

Dialogue de sourds aux urgences



erage@requa.fr

Le cas présenté est un cas fictif, élaboré à partir de plusieurs prises en charge de patients au sein de la région



L'incident...

Mme X, 82ans, vit seule à domicile. Elle souffre d'arthrose à la hanche droite, d'une thrombose veineuse profonde et d'une déficience auditive appareillée.

En janvier, Mme X bénéficie d'une pose de prothèse de hanche droite. En raison de complications post-opératoires, une admission en EHPAD lui est proposée à la suite de son séjour en SMR en raison de sa perte d'autonomie.

Elle y est admise le 01/03. Mme X accepte mal sa perte d'autonomie, elle poursuit sa rééducation à la marche avec la kiné et l'ergothérapeute de la structure.

Le 03/04, le médecin traitant de Mme X introduit de l'Eliquis en raison du risque de récurrence de thrombose accentué par la faible activité physique.

Le 07/04 à 15h, une aide-soignante entend un bruit sourd dans la chambre de Mme X et la retrouve au sol. Elle se plaint d'une vive douleur au poignet droit et explique qu'elle est tombée en voulant se rendre seule aux toilettes.

L'équipe appelle rapidement le Centre 15 et un transfert aux urgences est organisé. Dans la précipitation, les soignants ne pensent pas à lui remettre ses appareils auditifs, restés en charge pendant la sieste.

Aux urgences, l'entretien avec Mme X est complexe. Ses réponses sont confuses et l'équipe ne sait pas comment les interpréter, la notion de défaillance auditive ou de potentiels troubles cognitifs n'étant pas mentionnée dans le dossier de liaison d'urgences (DLU). La dernière ordonnance d'Eliquis n'apparaissant pas non plus, les urgentistes n'ont pas notion du traitement anticoagulant. Sans notion claire de traumatisme crânien à l'interrogatoire et l'examen neurologique étant rassurant, l'équipe médicale décide de ne pas prolonger l'attente de Mme X aux urgences et ne réalise pas de scanner cérébral.

Mme X est donc retransférée à l'EHPAD vers 21h avec une attelle pour une entorse du poignet, une prescription antalgique et la notion de « surveillance neuro TC ». Mme X dort ensuite à chaque tour réalisé par l'équipe d'aides-soignantes de nuit.

Le lendemain, Mme X somnole toute la matinée, ce qui est inhabituel chez elle mais que l'équipe attribue à l'agitation de la veille. Aucun médecin n'étant présent, la surveillance neurologique est réalisée par l'infirmière, qui décide tout de même de réveiller Mme X à 11h30 pour la stimuler et évaluer son état. Rencontrant de grosses difficultés pour stimuler Mme X, l'infirmière appelle le Centre 15 et un hématome cérébral est mis en évidence, induisant de lourdes séquelles.

EVENEMENT INDESIRABLE ASSOCIE AUX SOINS ET CONSEQUENCE :

Séquelles neurologiques
lourdes à la suite d'un
hématome cérébral
traumatique

CAUSE IMMEDIATE

Détection tardive d'un
traumatisme crânien sous
anticoagulants

CONTEXTE

En Bourgogne-Franche-Comté, les données 2020 du PMSI indiquent que les chutes chez les personnes de 65 ans et plus sont à l'origine de 8 148 séjours hospitaliers.

A l'échelle de la France, cela représente plus de 130 000 hospitalisations.

(Plan antichute des personnes âgées Bourgogne-Franche-Comté)



DYSFONCTIONNEMENTS ET FACTEURS CONTRIBUTIFS

Facteurs contributifs liés au patient :

- Surdité ; traitement par anti-coagulants

Facteurs contributifs liés aux tâches à accomplir :

- Absence de protocole de surveillance post chute dans l'établissement

Facteurs contributifs liés aux professionnels :

- Oubli des appareils auditifs en raison du stress

Facteurs contributifs liés à l'équipe :

- Remplissage incomplet du dossier de liaison d'urgences par défaut de transmission d'informations au sein de l'équipe
- Défaut de prise en compte des consignes transmises par les urgences

Facteurs contributifs liés à l'environnement de travail : /

Facteurs contributifs liés aux systèmes d'informations :

- Absence de mise à jour automatique du DLU lors du changement de prescription

Facteurs contributifs liés à l'organisation et au management :

- Absence de médecin coordonnateur dans la structure

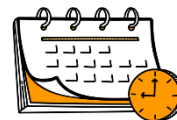
Facteurs contributifs liés au contexte institutionnel :

- Délai d'attente aux urgences pour obtenir un examen d'imagerie cérébrale
- Transfert d'une patiente nécessitant une surveillance sans personnel adapté dans l'établissement la nuit
- Absence de consignes précises de surveillance et de signes d'alerte nécessitant un rappel au centre 15



BARRIÈRES EXISTANTES

- Repérage rapide de la chute
- Appel immédiat au centre 15



ACTIONS CORRECTIVES PROPOSÉES

- Améliorer le remplissage du dossier de liaison d'urgences et son actualisation (notamment concernant les prescriptions médicamenteuses)
- Elaborer une conduite à tenir en cas de chute, précisant notamment les éléments à vérifier et les signes de gravité
- Elaborer un protocole de surveillance post chute incluant le risque lié au traumatisme crânien ( l ments à surveiller, seuils d'alerte, rythme et durée de surveillance...)
- Définir, en concertation avec le service des urgences, les modalités de retour d'un résident la nuit en EHPAD

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES, RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

- Pôle de Gérontologie et d'Information et ARS Bourgogne-Franche-Comté. Plan antichute des personnes âgées Bourgogne-Franche-Comté ; décembre 2022.
- Réseau régional des urgences Auvergne-Rhône-Alpes et ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Prise en charge des résidents d'EHPAD en situation d'urgence ; juin 2015.
- AFTC Gironde. Traumatisme crânien de la personne âgée (<https://aftc-gironde.org/traumatisme-cranien-de-la-personne-agee/>)
- OptimiPS-TC et ARS Occitanie. TC légers et commotions cérébrales chez l'adulte (<https://www.parcourscerebroleses.fr/ressources/informations-et-documents-sur-le-tc/tc-legers-et-commotion/>)