Fiche RETEX
Défaut de communication lors de l'appel au service d'urgence

N°36 • Octobre 2025

Thématique

Défaut de communication des éléments essentiels lors du premier appel au service d'accueil des urgences

Catégorie

Médico-social : EHPAD

Résumé de l'EIGS

Un résident d'EHPAD sous anticoagulant fait une chute grave avec traumatisme crânien en présence de son épouse.

Lors de la prise ne charge de l'urgence vitale et du portage de l'alerte auprès du SAMU-Centre 15, la première décision collégiale sera de garder le patient à l'EHPAD. Mais 1h après cette décision, l'état du résident va rapidement se dégrader et un transfert médicalisé rapide vers le service d'accueil des urgences le plus proche sera organisé. Malgré ce transfert, le résident décèdera après son arrivée.

L'analyse inter-établissement de cet évènement a mis en évidence l'importance de communiquer de manière précise lors de l'appel au Centre 15 pour permettre l'envoi du vecteur le plus adapté aux situations cliniques des requérents.

Chronologie des faits

Un résident, sous anticoagulants en unité de vie protégée au sein de son EHPAD, chute en début de nuit en présence de son épouse avec un choc à la tête. Il est pris en charge par les soignants avec une prise des constantes vitales indiquant un besoin de soins hospitaliers. Le SAMU-Centre 15 est donc contacté dans les dix minutes suivant la chute.

L'assistant régulateur médical (ARM) réceptionne l'appel de l'EHPAD pour motif d'une chute au sol. L'ARM engage les pompiers et transfère l'appel au médecin régulateur urgentiste (MRU) pour avis médical. Il est transmis au MRU que le résident a chuté de son lit et ronfle. Il a été mis en PLS mais réagit et réponds un peu maintenant, il présente une grosse dermabrasion au niveau de la main. Le MRU indique que les pompiers sont en route. Au vu des éléments, il n'y a pas à ce moment d'envoi de renfort médical.

Trente minutes après le constat de la chute, les pompiers arrivent sur place. Ils relèvent le résident. Ils transmettent leur bilan à l'ARM 10 minutes plus tard : le résident a été retrouvé à côté de son lit, il parle aisément et dit se sentir bien. Les symptômes ont disparu, pas de douleurs thoraciques, pas de dyspnée, une hypotension à 89/65mmHG, habituelle d'après l'équipe et en cours de bilan, il a vu son cardiologue le jour-même. L'appel des pompiers est transmis au médecin régulateur qui donne pour consigne de laisser le résident sur place.

Une heure après le départ des pompiers, l'EHPAD rappelle le SAMU-Centre 15 car le résident se dégrade avec une hypotension systolique à 5 mmHG de, il est devenu violet et présente des râles. L'appel est transmis au MRU qui envoie une ambulance pour un transfert vers le service d'urgences le plus proche pour une imagerie. L'ambulance arrive 45 minutes plus tard et transmet son bilan au médecin régulateur qui formule une demande de renfort médical. 4 minutes plus tard le médecin arrive sur place, le résident est confus, pâle, et se plaint de céphalées. Il est somnolent mais conscient. Sa saturation est à 98%, sa fréquence cardiaque est à 73, sa tension à 6/4 mmHG malgré les jambes surélevées, sa glycémie à 3,21 g/L : le résident est évacué vers le service d'accueil des urgences le plus proche.

Il décèdera quelques heures après son arrivée au service des urgences.

Pourquoi est-ce un EIGS ?	**Méthodologie de la recherche des causes profondes**
Il s'agit d'un évènement indésirable grave associé aux soins car des dysfonctionnements ont été relevé au cours de la prise en charge et le résident est décédé dans les suites de son transfert ce qui constitue un EIGS selon la définition du décret du 25 novembre 2016.	Méthode ALARM-E

Cause(s) immédiate(s) identifiée(s)

- Défaut de communication des éléments essentiels lors du premier appel au Centre 15

Que s'est-il passé ?

Causes profondes

Facteurs individuels liés au patient

- Antécédents : ACFA, cardiopathie ischémique stentée, troubles cognitifs, résident pris en charge en unité de vie protégée
- État de santé : personne vulnérable, désorientation temporo-spatiale habituelle. Hypotension en cours de bilan avec arrêt de son traitement le jour de sa chute
- Traitement : anticoagulants
- Personnalité : pas de plaintes du patient au cours de la prise en charge par les pompiers

Facteurs individuels liés aux professionnels

- Qualifications, compétences : AS en formation IDE
- Facteurs de stress : panique au moment de la survenue des faits avec gestion de l'épouse qui était présente lors de la chute et d'autres résidents déambulant dans le service

Facteurs liés aux tâches à réaliser

- Protocoles : pas de protocole existant ou de trame avec les informations à transmettre lors d'une sollicitation du centre 15 (existence du DLU transmis au moment du départ)
- Aide à la décision : informations transmises au moment du premier appel imprécises ne permettant pas au MRU de déterminer au mieux l'équipe à dépêcher sur place. Informations transmises par l'équipe au SDIS non prise en compte par le SDIS

Facteurs liés à l'équipe

- Communication entre professionnels : transmission partielle des éléments par l'EHPAD, pas de transmission concernant la chute sur la tête et la présence d'un traitement anticoagulant ou non au vu des antécédents du résident. Relation conflictuelle entre le SDIS et le personnel de l'EHPAD au moment de la prise en charge du résident
- Transmissions et alertes : manque d'informations cruciales au moment du premier appel au centre 15

Facteurs liés à l'environnement de travail

- Charge de travail, temps de travail : prise en charge de nuit

Barrières de sécurité qui n'ont pas fonctionné :

Barrière de prévention :

- Évaluation du risque de chute et commission chute

Barrière de récupération :

- Appel des services de secours de manière immédiate lors du constat de la chute avec traumatisme crânien

Barrière d'atténuation :

- Transfert lors de la situation d'urgence

Enseignements : Actions d'amélioration

1. Protocoliser les informations à transmettre au Centre 15 lors d'une sollicitation sous forme éventuellement d'un mémo pour l'équipe basé sur la fiche mémo du kit ASSURE

2. Imprimer ou s'enquérir du dossier de liaison des urgences avant d'appeler le Centre 15 pour transmettre les informations essentielles et définir au mieux le besoin de médicalisation ou non (antécédents, traitements, description de la chute…)

3. Diffusion du kit ASSURE disponible sur le site précisant les recommandations de bonnes pratiques

4. Rappel au SDIS des critères de gravité d'un patient chuteur (anticoagulants, choc de la tête)

5. Orienter les questions lors de la réception de l'appel d'un EHPAD afin d'améliorer la qualité des informations transmises

Comment communiquer lors d'une situation d'urgence ?

SAED : ça aide à communiquer !



SAED : un outil utilisé pour structurer la communication entre professionnels de santé

L'outil de communication « situation, antécédents, évaluation, demande » (SAED) est l'adaptation française de l'outil anglo-saxon « Situation Background, Assessment, Recommandation » (SBAR). **C'est un outil mnémotechnique qui permet aisément à un professionnel de santé de structurer sa communication orale auprès d'un autre professionnel.**
L'objectif principal de cette standardisation est de prévenir les évènements indésirables pouvant résulter d'erreurs de compréhension lors d'une communication entre professionnels, mais également de faciliter la mise en œuvre d'une communication documentée, claire et concise, et d'éviter les oublis.

Pour aller plus loin :
SAED : un guide pour faciliter la communication entre professionnels

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ