Fiche RETEX
Chute lors d'une consultation externe

N°42 • Mai 2026

Thématique

Sous-estimation collective du risque et de la gravité d'une chute

Catégorie

Sanitaire – SMR

Résumé de l'EIGS

Une patiente de moins de 80 ans, hospitalisée en SMR après une chirurgie du col fémoral et traitée par anticoagulant, est adressée en consultation externe de traumatologie pour son suivi post opératoire. Lors de l'attente dans un box, la patiente est installée sur un brancard non sécurisé, sans surveillance continue. Elle se mobilise seule, chute du brancard et présente un traumatisme crânien.

L'examen médical immédiat est jugé rassurant et la patiente est renvoyée dans son service d'origine. La chute n'est pas considérée initialement comme grave et ne donne pas lieu à une surveillance neurologique renforcée.

Dans les heures suivantes, l'état neurologique se dégrade. Le scanner cérébral réalisé le lendemain met en évidence un hématome sous-dural aigu avec effet de masse, sur terrain anticoagulé. Malgré la prise en charge spécialisée, l'évolution est défavorable et la patiente décède quelques jours plus tard

L'évènement est identifié comme un **évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS)**.

Chronologie des faits

J-1 - La patiente est admise en service de soins médicaux et de réadaptation (SMR) pour une rééducation locomotrice, dans les suites d'une ostéosynthèse du col fémoral gauche par clou gamma réalisée quelques jours auparavant. L'évolution initiale permet une prise en charge rééducative classique.

J0 - La patiente est transférée en ambulance, en position couchée, pour une consultation de contrôle en traumatologie. En l'absence de prescription médicale, aucune contention n'est mise en place sur le brancard, conformément à la réglementation. À l'arrivée, elle est installée par les ambulanciers et une IDE dans un box de consultation sur le brancard. Les ambulanciers quittent ensuite la salle. L'IDE informe la patiente de l'arrivée prochaine du médecin et lui demande de ne pas se lever.

Peu après, la patiente chute du brancard, retrouvé renversé, et est retrouvée au sol. Elle est aidée à se relever par les ambulanciers au moment de l'arrivée du médecin. Réinstallée sur le brancard, elle présente un œdème frontal droit. Un examen neurologique minutieux est réalisé et ne met pas en évidence d'anomalie clinique immédiate ni de plainte somatique. La question d'un traitement anticoagulant n'est pas abordée. La consultation se poursuit sans examen complémentaire.

La patiente est ensuite reconduite vers le SMR. Des consignes de surveillance neurologique sont appliquées durant le transport, et une transmission orale de l'évènement est annoncée. L'incident est tracé dans le dossier de consultation. De retour dans le service, la chute est rapportée oralement à l'infirmière, mais aucune mention écrite n'est retrouvée dans les documents de liaison. La patiente confirme les faits, se dit asymptomatique et ne manifeste pas d'inquiétude. L'impact est contrôlé localement, elle prend son repas normalement. La nuit se déroule sans évènement particulier, avec des surveillances habituelles, sans surveillance neurologique spécifique ni prise de constantes nocturnes.

J1 - Au tour du matin, les constantes mettent en évidence une hypertension artérielle marquée. La patiente est installée pour le petit déjeuner. Peu après, elle est retrouvée au sol avec des vomissements et une altération de la conscience. L'IDE est alertée et appelle le médecin d'astreinte, qui recommande de contacter le SAMU. La patiente est transférée rapidement au service des urgences, et la famille est informée.

À l'arrivée aux urgences, le tableau associe une altération de la conscience et un traumatisme crânien récent. Le traitement anticoagulant par Arixtra est identifié. L'examen neurologique montre une dégradation progressive de l'état de conscience avec confusion et baisse du score de Glasgow. Un scanner cérébral en urgence révèle un hématome sous-dural avec effet de masse. L'avis neurochirurgical conclut à l'absence d'indication opératoire immédiate, compte tenu de l'ancienneté de l'hématome, de l'âge de la patiente et du traitement anticoagulant. Le pronostic vital est jugé engagé et très défavorable. L'anticoagulant est arrêté et un scanner de contrôle est programmé.

En fin de matinée, la famille est de nouveau informée, puis la patiente est transférée en service de réanimation. À son arrivée, l'examen clinique retrouve un Glasgow à 3/15 avec une dégradation majeure de l'état général. Le fils de la patiente est reçu par le médecin réanimateur et exprime son souhait que sa mère ne souffre pas. Une décision collégiale de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) est donc actée, et la patiente décèdera 3 jours après son transfert en réanimation.

Pourquoi est-ce un EIGS ?	Méthodologie de la recherche des causes profondes
Cet évènement est un EIGS, car la sous-estimation du risque et de la gravité de la chute a entrainé un retard de prise en charge chez une patiente âgée qui a chuté sous anticoagulant et qui est décédée.	ALARM-E

Cause(s) immédiate(s) identifiée(s)

- Sous-estimation collective du risque et de la gravité de la chute

Que s'est-il passé ?

Causes profondes

Facteurs individuels liés au patient

- Fracture du col fémoral à la suite d'une chute
- Patiente sous anticoagulant

Facteurs liés à l'équipe

- Information de la chute de la patiente non communiquée au médecin du SMR
- Pas de fiche de liaison SMR- CH lors d'une consultation programmée, mais courrier de consultation pour retour au SMR
- Traçabilité de la chute et des consignes de surveillance non retrouvées dans les documents de liaison
- En consultation de chirurgie traumatologique : 2 IDE pour 4 box

Facteurs liés aux tâches à réaliser

- Absence de protocole de prise en charge des chutes en consultation de traumatologie
- Absence de demande de scanner au vu de l'état clinique rassurant de la patiente
- Absence de consignes sur une contention pour le transport en absence d'indication
- Absence de consigne sur les hauteurs de brancard à conserver dans les box de consultation, ni sur une surveillance en absence de système d'alerte
- Absence de surveillance rapprochée spécifique post-chute d'un patient sous anticoagulant en SMR en absence de consigne transmise

Facteurs liés à l'environnement de travail

- Pas de système d'appel malade dans les salles de consultation de chirurgie traumatologique
- Difficultés d'ouverture du DPI dans le secteur de consultation traumatologique
- En consultation de chirurgie traumatologique : 2 IDE pour 4 box
- Nombre de patients important et bruits dans les couloirs de consultation de traumatologie. Gestion en flux tendu

Barrières de sécurité qui ont fonctionné :

Barrière de prévention :

- Ceinture de sécurité et barrières du brancard sont des dispositifs de sécurité du transport et non des dispositifs de contention

Barrière de récupération :

- Examen neurologique post-chute minutieux et complet

Barrière d'atténuation :

- Transfert dans un secteur de soins adapté et prise en charge de l'urgence dès l'identification des symptômes de gravité du TC

Barrières de sécurité qui n'ont pas fonctionné :

Barrière de récupération :

- Communication orale interprofessionnelle

Enseignements : Actions d'amélioration

1. Information et sensibilisation des soignants et de l'encadrement sur l'importance de la communication avec les ambulanciers et de traçabilité des informations données et des surveillances réalisées

2. Révision du protocole « CAT en cas de chute d'un patient sous anticoagulant »

3. Demande de surveillance en box par les ambulanciers ci ceux-ci attendent leur patient

4. Mise à disposition du protocole « Prise en charge des traumatismes crâniens » des urgences

5. Travailler les documents de liaison à l'adressage et à la sortie des patients lors de consultations externes