

---

### Thématique

---

**Fugue ou suicide suivie d'une chute ayant entraîné le décès d'une résidente**

---

### Catégorie

---

**Établissements médico-sociaux : EHPAD**

---

### Résumé de l'EIGS

---

Une résidente âgée de 92 ans, admise en EHPAD et atteinte de troubles cognitifs, a fait, dans la nuit suivant son admission, une chute du 2<sup>ème</sup> étage après être passée par la fenêtre de sa chambre. Elle est décédée de la suite de ses blessures quelques jours après en service de soins palliatifs.

A l'issue de l'analyse de l'événement, il persiste un doute qui n'a pu être levé malgré l'analyse de l'événement au vu des antécédents de la résidente concernée.

Le contexte de l'événement pourrait aussi bien être une tentative de fugue ou une tentative de suicide.

---

## Chronologie des faits

---

### Jour 1 :

L'entrée de la résidente a eu lieu à 11h. En raison du contexte COVID, il n'y a pas eu de visite de préadmission physique. L'entrée a été préparée par entretien téléphonique avec la famille.

La résidente est venue accompagnée de sa nièce et de son neveu avec ses affaires personnelles.

Celle-ci a pris possession de sa chambre.

Le médecin traitant de la résidente est venu à l'EHPAD afin de réaliser une visite pré-vaccinale. Celui-ci n'a pas retranscrit la visite dans le logiciel de soins, mais cela a été fait par une IDE.

Du fait du contexte COVID, une période d'isolement de 7 jours a été mise en place.

La résidente a des difficultés à comprendre la consigne. Le personnel l'a raccompagné à plusieurs reprises dans sa chambre sans opposition, ni troubles du comportement.

La journée et la soirée se sont déroulées sans fait marquant.

Une veilleuse est passée voir la résidente en début de nuit, vers 21h et n'a rien remarqué d'anormal dans le comportement de la résidente.

### Jour 2 :

A 00h30, lors du second passage de la veilleuse, la résidente n'est plus dans sa chambre, en revanche la fenêtre est ouverte avec une chaise devant.

Le dessus de lit était sur la fenêtre et l'oreiller à l'extérieur 2 étages plus bas.

La veilleuse de nuit alerte sa collègue.

La résidente est hors de vue, mais les veilleuses entendent sa voix dans le parc.

Les veilleuses entreprennent des recherches à l'extérieur. Effectivement, elles la retrouvent au sol dans le parc, consciente mais avec de multiples fractures. Les secours sont immédiatement prévenus et arrivent peu de temps après.

La résidente est transférée au service des urgences le plus proche. Elle décède 2 jours après son transfert en service de soins palliatifs.

---

<b>Pourquoi est-ce un EIGS ?</b>	<b>Méthodologie de la recherche des causes profondes</b>
La résidente est décédée des suites de ses blessures, dans le cadre sa prise en charge associée aux soins et cet événement est inattendu.	Méthode ALARM

## Causes immédiates identifiées

- Tentative de fugue ou de suicide de la résidente
- Incompréhension par la patiente de la période d'isolement lié au contexte COVID
- Visite médicale de préadmission non réalisée en raison du contexte sanitaire

## Que s'est-il passé ?

### Facteurs latents

#### Facteurs individuels

- Troubles cognitifs non bilantés avec troubles de la mémoire d'où une mauvaise compréhension des informations transmises par rapport à l'isolement
- Charge de travail importante pour les veilles

#### Facteurs liés aux tâches / organisation définie

- Pas de visite de préadmission sur place du fait du contexte sanitaire
- Absence d'évaluation du risque de fugue et du risque suicidaire à l'entrée et absence de réévaluation le jour de son admission lié à l'absence de médecin coordonnateur

#### Facteurs liés à l'équipe

- Visite pré vaccinale non tracée dans le dossier par le médecin
- Dossier de préadmission faisant état de troubles cognitifs (pas de décision de placer la résidente en unité de vie protégée)

#### Facteurs liés à l'environnement

- Fenêtre qui s'ouvre entièrement, pas de système de sécurité

#### Facteurs d'atténuation

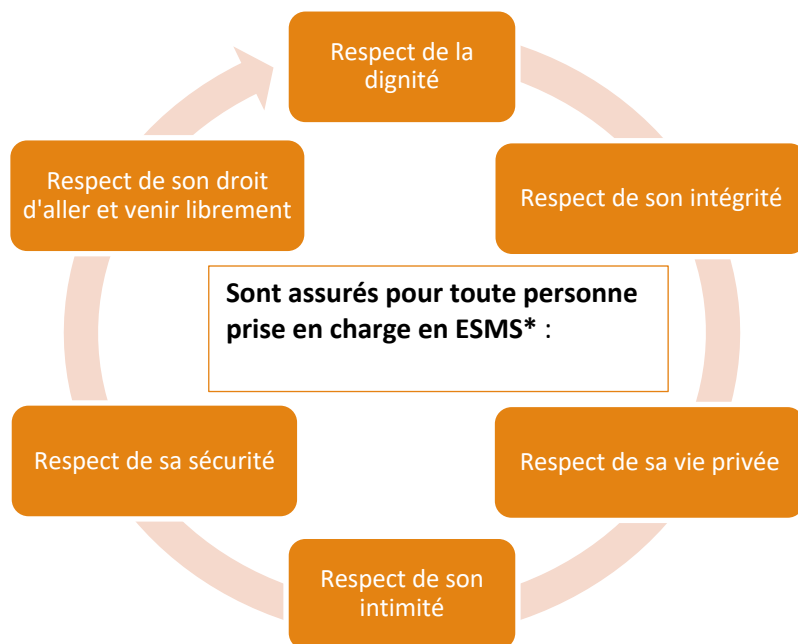
- Soins immédiats et appel rapide des secours

## Enseignements : Actions d'améliorations

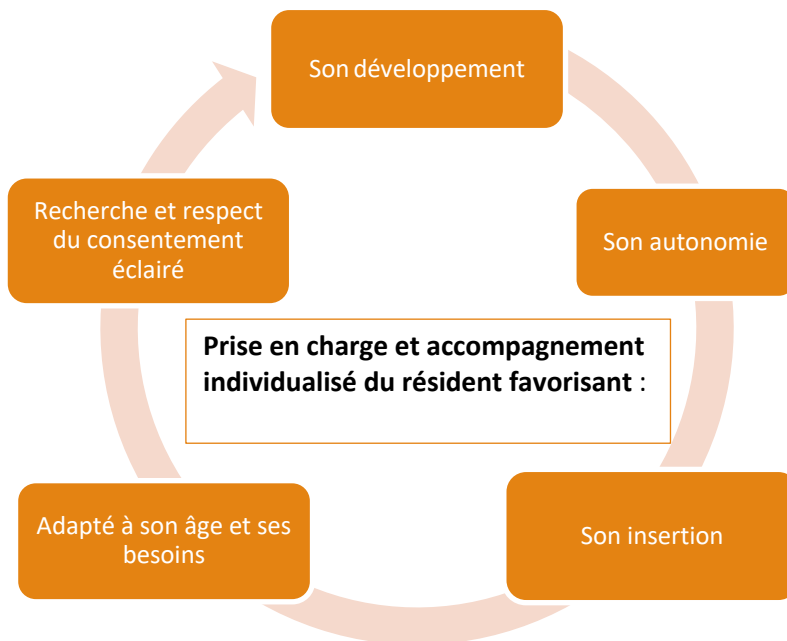
1. Recruter un médecin coordonnateur à la suite du départ du médecin précédent
2. Réaliser de manière systématique une évaluation médicale le jour de l'admission des résidents afin d'évaluer d'éventuels troubles cognitifs
3. Sécuriser l'environnement de la chambre des résidents notamment en cas d'isolement
4. Évaluer de manière systématique à l'entrée le risque de fugue et de suicide et surtout chez les résidents « mobiles »
5. Révision de la procédure d'admission des résidents
6. Rappel auprès des soignants de l'aspect médico-légal de retranscrire les visites médicales
7. Sécuriser les fenêtres des résidents en lien avec le service technique avec l'installation d'entrebâilleurs ou permettant une fermeture par clé

### Concilier « liberté » et « sécurité » des résidents : que disent les textes ?

#### Article L311-3 du code de l'action sociale et des familles relatif aux droits des usagers



\*ESMS : Établissements sociaux et médico-sociaux



### Conférence de consensus HAS « Liberté d’aller et venir dans les ESMS et obligation de soins et de sécurité » du 24 et 25 novembre 2004 : recommandations

« La préservation de la liberté d’aller et venir doit se fonder **sur un principe de prévention individuelle du risque et non sur un principe de précaution**. Elle ne saurait donc être restreinte en fonction d’un risque supposé ou appréhendé. En revanche, une fois ce risque d’ordre physique (risque de chute, risque de fugue par exemple) ou d’ordre psychologique (désorientation, tentative de suicide, automutilation) objectivement identifié et évalué, des réponses concrètes visant à préserver l’exercice de la liberté d’aller et venir doivent être recherchées par l’équipe, par la personne elle-même ou par sa famille et son entourage.

**Les conditions d’exercice de la liberté d’aller et venir doivent faire l’objet d’un accord écrit, inscrit dans son projet de vie.**

Enfin, **la liberté d’aller et venir étant un principe fondamental, sa limitation doit être étudiée pour chaque personne** en la faisant participer par tout moyen au partage du risque, qui peut être le plus souvent théorique.

**De façon générale, il faut privilégier l’aspect relationnel et humain à un recours à des moyens strictement techniques. »**

## Que faire en cas de fugue d'un résident dans mon établissement ?



- √ Rechercher le résident immédiatement en mobilisant tous les moyens possibles, au sein du service, de l'établissement et ses abords immédiats (parc, parking) tout en assurant la continuité des soins pour les autres résidents.
- √ Communiquer le nom et le signalement (description des vêtements portés) du résident au personnel assurant la surveillance de l'accès de l'établissement avec l'appui d'une photo si possible.
- √ Si le résident n'est pas retrouvé rapidement après ses premières recherches, alerter le médecin responsable du résident, ainsi que le/la cadre du service et le directeur de l'établissement, selon procédure en vigueur dans la structure.
- √ Prévenir la personne de confiance désignée par le résident.
- √ Si le résident est considéré comme présentant un danger pour lui-même ou pour les tiers, l'établissement doit prendre toutes les mesures et saisir le procureur et/ou les forces de police.
- √ En cas de résident majeur protégé ou hospitalisé à la demande de tiers, ou si le résident court un danger compte tenu de son état de santé, le commissariat de police ou la gendarmerie doit être prévenu(e) de sa disparition.

---

### Bibliographie :

- Conférence de consensus « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité » du 24 et 25 novembre 2004 HAS (texte de recommandations version longue)
- Sham : liberté et sécurité des résidents en EHPAD : concilier l'inconciliable
- MACSF : Patient fugueur dans un service, que faire ?