

1. Synthèse du protocole (5 points clés)

- **Objet et application** : Le protocole définit la conduite à tenir, de jour comme de nuit, par l'ensemble du personnel de l'EHPAD dès la survenue ou la découverte de la chute d'un résident.
- **Alerte immédiate** : L'agent qui découvre le résident ne doit pas le relever immédiatement ; il doit évaluer la situation et alerter l'infirmier(e) (IDE) de service sans délai.
- **Évaluation et relevage** : L'IDE évalue l'état clinique (recherche de signes de gravité) et, si l'état du résident le permet, valide le relevage en utilisant une aide technique adaptée.
- **Surveillance et information** : Une surveillance rapprochée du résident est mise en place après la chute, et la famille est informée si la situation le justifie.
- **Traçabilité** : L'événement doit être obligatoirement tracé dans le dossier de soins du résident, sur le cahier de liaison de l'unité et via une fiche de déclaration de chute (registre papier).

2. Zones ambiguës ou obsolètes et proposition de reformulation

Points de vigilance identifiés dans le document d'origine :

- *Obsolescence (Outils)* : L'utilisation du fax pour prévenir le médecin traitant et le recours à des registres ou cahiers de liaison "papier" (salle de soins) sont des pratiques datées. Aujourd'hui, les transmissions et alertes se font majoritairement via le Logiciel de Soins Partagé (Dossier Usager Informatisé - DUI).
- *Obsolescence (Fréquence de révision)* : La dernière révision date de 2016, ce qui rend le document obsolète. De plus, l'absence de périodicité formalisée pour la révision est une faille qualité.
- *Incohérence méthodologique* : L'application de l'échelle de Tinetti (qui est un outil d'évaluation clinique *médico-technique* du risque de chute et de l'équilibre) par "l'agent présent" ou au moment même de la découverte de la chute au sol est une erreur méthodologique majeure.

Proposition de reformulation pour une nouvelle recrue paramédicale :

GUIDE RAPIDE : Conduite à tenir en cas de chute d'un résident

1. **Sécuriser et Alerter** : Si vous découvrez un résident au sol, **ne le relevez pas**. Couvrez-le, rassurez-le et appelez immédiatement l'infirmier(e) de service.
2. **Évaluation clinique (Rôle IDE)** : L'infirmier(e) réalise l'examen clinique initial (recherche de traumatismes, douleurs, perte de connaissance). En cas d'urgence vitale ou de suspicion de fracture, l'IDE contacte le SAMU (15). Pour les situations non urgentes, le médecin traitant ou le médecin coordonnateur est alerté via [insérer ici le canal numérique de l'établissement, ex: la messagerie sécurisée du logiciel de soins].
3. **Aide au relevage** : Une fois le feu vert de l'infirmier(e) obtenu, procédez au relevage du résident en binôme, en utilisant impérativement les aides techniques adaptées (verticalisateur, lève-personne, ou drap de transfert) afin de préserver le résident et votre posture.

4. **Surveillance post-chute** : Appliquez le protocole de surveillance renforcée (constantes, état neurologique, comportement) selon la planification informatique établie par l'IDE.
5. **Traçabilité informatique** : Enregistrez immédiatement l'événement dans le logiciel de soins de l'établissement (Déclaration d'Événement Indésirable - DEI) et complétez les transmissions ciblées dans le dossier du résident.

3. Rappel sur le secret médical et les outils externes

Dans le cadre de vos fonctions et de l'utilisation d'outils numériques ou d'intelligences artificielles, **le respect du secret médical et professionnel est absolu.**

Ce qui ne doit JAMAIS sortir de l'établissement (ni être copié dans un outil externe) :

- **L'identité du résident** : Nom, prénom, date de naissance, numéro de chambre ou tout autre élément permettant de l'identifier (ex: "Mme X, chambre 12").
- **Les données de santé spécifiques** : Les diagnostics, les antécédents médicaux, les constantes mesurées (tension, pouls), la description précise des blessures ou des circonstances de la chute de ce résident en particulier.
- **Les coordonnées des tiers** : Le nom du médecin traitant ou les coordonnées de la famille du résident.

Règle d'or pour les transmissions : Pour générer des documents de travail ou des synthèses sur un outil externe, vous devez utiliser des données **strictement anonymes ou fictives** (comme c'est le cas dans le texte d'exemple fourni). Les informations réelles des résidents doivent rester exclusivement cantonnées aux outils sécurisés et internes de l'EHPAD (logiciel de soins hébergé sur un serveur HDS - Hébergeur de Données de Santé).