

FICHE PARTAGE

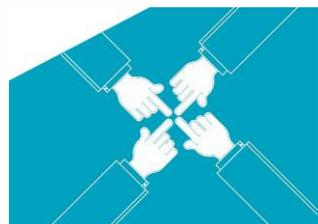
Favoriser le partage d'expérience

Avril 2021



Equipe Régionale d'Appui à la Gestion des Evènements indésirables

CONTACT
erage@requa.fr



LA NUIT RIEN NE S'OPPOSE A LA CHUTE

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

INCIDENT

Il est 20h30 dans l'Unité Alzheimer de l'EHPAD et l'aide-soignante (AS) de nuit procède à un tour de change et de distribution des traitements médicamenteux de nuit. Elle donne le traitement à Mme T, l'installe aux toilettes, lui met une protection pour la nuit et la couche. Mme T. n'a pas de barrières au lit car elle déambule la nuit. Son lit est situé près du mur sur lequel est fixé une main courante pour l'aider à se lever. Une table de nuit, un fauteuil, une table, deux chaises, une commode sont également présents dans la pièce.

A 22h30, l'AS fait un tour de l'ensemble des chambres et les 15 résidents de l'unité dorment. A 1h, Mme T. est dans son lit et dort.

A 4h, Mme T. est retrouvée au sol, face contre terre, entre son lit et la salle de bains, le coude gauche accroché au fauteuil près d'elle. Son lit est retrouvé déplacé contre la fenêtre. La résidente présente des saignements sur le genou, le coude, et semble avoir froid. L'AS contacte sa collègue qui se joint à elle pour l'aider. Elles décident de la mettre sur le dos. Puis elles l'assoient. Pas de vomissements, ni vertiges. Elles décident de l'installer au lit en position assise, en changeant sa protection, elles constatent des urines foncées.

A 4h10, l'AS contacte le centre 15 devant la douleur à la mobilisation du bras gauche et la présence de plaies. Celui-ci prévient qu'au vu des signes cliniques, un véhicule se déplacera mais qu'il faudra attendre au moins 1h avant l'arrivée de l'ambulance. L'AS procède au nettoyage des plaies. Celles-ci semblent superficielles. Elle s'aperçoit néanmoins de la présence d'hématomes et d'œdèmes sur le flanc ainsi que sous l'aisselle. Mme T étant connue pour faire des chutes à répétitions, l'AS ne sait pas évaluer si cela est antérieur à la chute ou vient d'apparaître.

Une ambulance vient chercher Mme T vers 5h30, et le référent familial est prévenu à 6h.

Le lendemain à 14h30, l'infirmière en poste se met en contact avec l'hôpital : absence de fractures mais altération de la conscience. Mme T. souffre de rhabdomyolyse liée à l'écrasement prolongé des chairs sur le sol, qui occasionne une insuffisance rénale sévère. Son pronostic vital est engagé.

ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE ASSOCIÉ AUX SOINS ET CONSÉQUENCE:

Rhabdomyolyse entraînant une insuffisance rénale sévère engageant son pronostic vital

CAUSE IMMÉDIATE

Délai de découverte de la chute entraînant une station prolongée au sol

CONTEXTE

Le temps passé au sol après une chute est un élément déterminant du pronostic de la personne. En effet, 40 à 50% des chuteurs ayant passé plus d'une heure au sol décèdent dans l'année qui suit leur chute. Les conséquences immédiates sont physiques : contusion, hématome, luxation, fracture. Les conséquences secondaires sont liées à la fois au maintien au sol prolongé et au fait que la personne ne peut plus bouger.



DYSFONCTIONNEMENTS ET CAUSES RACINES REPÉRÉS LORS DE L'ANALYSE

Défaillances liées à l'information du patient :

Défaut d'explication sur l'usage de la sonnette et/ou de vérification, auprès du résident, de sa connaissance sur l'utilisation.
Défaut de sensibilisation à l'utilisation de la main courante.

Défaillances liées aux tâches à accomplir :

Absence de protocole spécifique de prise en charge d'une chute en dehors des heures de présence de l'infirmière et du médecin coordonnateur.

Description incomplète des signes cliniques lors de l'appel au centre 15 (pas de précision du temps potentiel passé au sol, pas d'informations sur les œdèmes/hématomes et la baisse de température corporelle).

Défaillances humaines individuelles :

Oubli de vérification du blocage du lit lors du coucher de la résidente.

Défaillances liées à l'équipe :

Écarts de pratiques sur le rangement approprié de la chambre pour éviter les chutes lors des déplacements du résident.

Défaut de traçabilité du suivi des hématomes/abrasions cutanées constatés (après une chute ou apparus spontanément par exemple).

Défaillances liées à l'environnement de travail :

Absence d'éclairage nocturne (chemin lumineux) dans les chambres pour permettre une déambulation sécurisée.

Absence de bracelet d'alerte en cas de chute.

Défaillances liées à l'organisation et au management :

Absence d'IDE de nuit (garde, astreinte...).

Défaillances liées au contexte institutionnel :

Temps d'intervention du Centre 15 en lien avec description incomplète des signes cliniques (pas de précision du temps potentiel passé au sol, pas d'informations sur les œdèmes/hématomes et la baisse de température corporelle)



BARRIÈRES EXISTANTES

- Main courante installée pour aider la résidente à se lever
- Absence de barrières pour laisser les résidents déments déambuler à leur gré quel que soit le moment du jour ou de la nuit, faisant l'objet d'une réflexion bénéfiques risques en équipe, prévu dans les projets personnalisés des résidents de l'unité.
- Appel au Centre 15

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES, RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

HAS – SAED Un guide pour faciliter la communication entre professionnel de santé – Octobre 2014
SGGIF ARS IdF – IDE et AS Conduite à tenir en situation d'urgence 20 symptômes, 20 fiches – Décembre 2015



ACTIONS CORRECTIVES PROPOSÉES

Amélioration de l'organisation :

- ✓ Révision de la fiche de poste et de tâches avec augmentation de la fréquence des rondes sur l'unité Alzheimer.
- ✓ Mise en place de bracelets détecteurs de chutes dans l'unité relié au système d'appel malade, pour les patients multichuteurs.
- ✓ Mise en place d'une astreinte IDE la nuit Installation d'éclairage LED dans les chambres se déclenchant lors de la détection de mouvement.

Amélioration de la communication :

- ✓ Utilisation de l'outil SAED pour l'appel au centre 15.

Amélioration de la formation :

- ✓ Formaliser la prise en charge des chutes par un document écrit précisant la conduite à tenir en cas de chute (évaluation de la douleur, recherche de signes de gravité à rechercher avant mobilisation de la personne chuteuse (plaie ou hématome, impotence fonctionnelle d'un membre, zone douloureuse spontanée ou à la palpation, cervicalgie-douleur à la ligne médiane postérieure centrale de la colonne vertébrale)), les modalités d'appel du centre 15 dans des cas particuliers (signe de gravité, maux de têtes, traitement par anticoagulant, absence de médecin dans la structure, potentielle station prolongée au sol), la mise en place de transmission écrite spécifique « suivi de chute » avec réévaluation de la douleur et l'appel systématique de l'entourage pour les informer d'une chute du résident.
- ✓ Formation des agents au protocole en cas de chute par le médecin coordonnateur.
- ✓ Chambre des erreurs spéciale « Chute » pour sensibilisation aux pratiques de vérification du blocage du lit, du blocage des barrières quand prescrites, de la hauteur de lit adaptée, de la mise à disposition des sonnettes.