



Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des
Événements Indésirables - Aquitaine



ÉLÉMENTS MARQUANTS

Le droit de prescription du médecin coordonnateur en EHPAD se limite à des situations particulières (urgence, risque vital, situation exceptionnelle).

Les prescriptions thérapeutiques sont du seul ressort du médecin traitant.

Ainsi, les situations « d'urgence relative » ne peuvent elles être solutionnées que par les prescriptions conditionnelles, à condition qu'elles soient anticipées, et surtout par la bonne tenue d'un dossier complet. Au-delà des commissions de coordination gériatriques institutionnelles, la participation régulière à des staffs pluri-professionnels dédiés au suivi des projets de soins de chaque résident serait souhaitable mais de réalisation souvent malaisée.

Se pose la question de la limite de la sécurisation des locaux est en cours de réflexion, avec les difficultés soulevées par l'articulation des exigences réglementaires de sécurité incendie et celles de la sécurisation des résidents présentant des troubles cognitifs graves (sorties de secours, contraintes techniques des entrebâilleurs de fenêtres, etc.) ; les deux avec la préservation d'un environnement favorisant le bien-être des résidents quelles que

Analyse Approfondie de Cas 36 :

Défenestration d'une résidente atteinte de maladie d'Alzheimer

Date de parution : juillet 2019

- Catégorie : Médico-social—EHPAD
- Nature des soins :
Accompagnement de la perte d'autonomie

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une dame âgée de 85 ans, vivant seule à son domicile et atteinte de maladie d'Alzheimer, est accueillie de façon accélérée, en EHPAD, à la demande de la famille un lundi matin. Cette personne a été victime, à son domicile, d'une tentative de cambriolage, événement traumatisant et provoquant une angoisse majeure. La personne âgée est donc reçue au sein de l'EHPAD le lundi après-midi.

La résidente rencontre le médecin coordonnateur de l'EHPAD, qui lui explique où elle se trouve, lui explique que du personnel est présent la nuit et qu'il passera la voir, lui explique le fonctionnement de la sonnette si elle a besoin de quelque chose. Le médecin coordonnateur trouve la résidente souriante et calme mais désorientée dans le temps et dans l'espace. La résidente ne sait pas du tout pourquoi elle est là mais accepte en souriant de rester « pour voir ». Cette rencontre se fait en présence de la famille proche dont la résidente ne reconnaît pas tous les membres.

Elle est installée dans sa chambre au premier étage du bâtiment et le mobilier est redressé par la famille.

La première nuit dans l'établissement se déroule sans faits marquants. La seconde journée, la résidente est prise en charge par l'ergothérapeute lors d'une toilette évaluative durant laquelle la résidente fait part de ses difficultés cognitives et pleure, ne comprenant pas ce qu'elle fait dans cet établissement. L'équipe la rassure et l'entoure. Le reste de la journée se déroule sans problème particulier.

Dans la nuit du mardi au mercredi, les soignants de nuit passent plusieurs fois dans la chambre de la résidente qui semble endormie.

A 4 heures du matin les soignants sont avertis par la police et les pompiers que la résidente a été retrouvée couchée sur les poubelles situées sur l'un des trottoirs longeant l'EHPAD, à l'opposé de l'entrée principale. Elle est consciente et prise en charge par les pompiers qui l'emmènent au service des urgences du CH le plus proche.

La résidente souffre de multiples fractures du bassin. Ne pouvant pas être opérée, elle est hospitalisée 12 semaines puis accueillie dans une EHPAD proche du domicile de l'un de ses fils.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Fractures multiples traitées orthopédiquement.

Hospitalisation de 12 semaines.

Perte d'autonomie.





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Janvier : Une dame âgée de 85 ans vit seule chez elle. Elle est atteinte depuis 2009 d'une maladie d'Alzheimer. Cette personne est décrite comme casanière, ne sortant jamais de son domicile (maison de plain pied). Sa famille passe chaque jour et effectue les achats courants. La famille visite l'EHPAD en envisageant un placement futur dans un établissement médicosocial, car ils jugent que l'état de santé de leur parente ne permet plus le maintien à domicile dans un avenir proche. La résidence comporte 5 étages et une unité « protégée » pour personnes désorientées se situe au second étage.

Février : La personne est victime d'une tentative de cambriolage avérée. Elle fait appel aux services de police et reste extrêmement choquée par cette effraction. Elle contacte de manière pluriquotidienne sa famille, habitant non loin, et les services de police. Son anxiété est majeure et devant cet état de fait, la famille décide de reprendre contact avec l'EHPAD pour réaliser un placement plus rapidement que prévu.

Le 25 février : Dans la matinée, la famille se rend dans l'établissement et effectue les formalités d'admission. L'équipe est informée des éléments précipitant la décision familiale de placement. La demande est immédiatement validée par le médecin coordonnateur qui connaissait déjà le dossier. Le médecin coordonnateur prend contact avec le médecin traitant qui est absent et remplace, pour compléter son dossier.

Vers 16h30 : La personne est accueillie par l'équipe et rencontre le médecin coordonnateur. Lors de l'entretien la résidente présente des troubles cognitifs importants, ne reconnaissait pas sa famille qui l'accompagne et ne comprend pas ce qu'elle fait là. Le médecin lui rappelle son placement et lui explique les modalités de prise en charge. Le remplaçant du médecin traitant a joint une lettre qui donne peu de renseignements médicaux mais fait part des faits suivants : « présence d'idées délirantes, d'hallucinations et des troubles du comportement à type de déambulation ». Une prescription de Léxomil® « à la demande », est jointe au courrier (le traitement spécifique par galantamine de 2010 à 2012 a été interrompu). La personne est admise dans l'unité protégée pour personnes désorientées au deuxième étage, dans une chambre choisie par sa famille qui réorganise le mobilier. Lors de l'installation dans sa chambre, la résidente se sent perdue et exprime ses craintes. L'équipe la rassure et l'entoure pour atténuer son anxiété. Le médecin coordonnateur consigne ses observations et les prescriptions du médecin traitant sur le dossier informatisé, à savoir : l'aide à la toilette, la surveillance du comportement, l'absence de contention, la nécessité de ré-explication pour situer la résidente au niveau temporo-spatial ; l'absence de risque suicidaire est notée. La résidente prend son repas à l'étage avec les autres résidents de l'unité protégée. La nuit elle semble dormir et passe une nuit calme, sans problème particulier.

Le 26 février : La résidente bénéficie d'une toilette évaluative avec un ergothérapeute. Elle exprime ses difficultés cognitives et pleure beaucoup. Par la suite, elle prépare sa valise pour partir. Les soignants la rassurent et l'apaisent. La journée se déroule sans fait marquant et les prises de repas se déroulent normalement.

Vers 21h30 : Les 2 aides-soignants de nuit passent dans la chambre de la résidente qui est couchée dans le noir. Ils lui rappellent le jour, l'heure et l'endroit où elle se trouve, qu'ils sont présents et passeront plusieurs fois dans la nuit pour s'assurer qu'elle n'a pas de besoin particulier.

Vers 2h30 : Les aides-soignants constatent que la résidente semble dormir.

Vers 3h45—4h : Les 2 aides-soignants sont au cinquième étage pour effectuer un soin auprès d'une autre résidente. Un appel se produit, venant de la sonnette de la porte d'entrée principale. L'un des aide-soignant va répondre mais constate que personne n'est présent. Il pense alors qu'il s'agit peut-être d'un livreur du linge qui s'est trompé d'entrée pour sa livraison et que celui-ci sonnera de nouveau en cas de besoin. Il monte rejoindre son collègue pour terminer les soins, au cinquième étage.

Vers 4h15 : Les soignants reçoivent un nouvel appel émanant de la porte d'entrée principale. L'aide-soignant descend pour répondre et se trouve en présence de pompiers et de policiers qui l'informent qu'un résident a été retrouvé sur un container de déchets fermé, par les éboueurs qui ont sonné à la porte. Sans réponse immédiate des soignants de l'EHPAD, ils ont contacté les pompiers et la police. L'aide-soignant part dans les étages pour vérifier quel résident peut être concerné.

L'autre aide-soignant rejoint un policier qui lui demande de l'accompagner dans le véhicule des pompiers pour identifier la personne tombée. Il reconnaît alors la résidente. Celle-ci est prise en charge pour les premiers soins par les pompiers.

L'aide-soignant qui vérifie les étages, constate que la porte de la chambre de la résidente du second étage est bloquée par une chaise et parvient à ouvrir la porte sans difficulté. Une autre chaise bloque la porte menant à la salle de bain et une troisième chaise se trouve devant une petite table mise devant le mur à l'aplomb d'une plateforme menant à la fenêtre de la chambre. (la table a été redispensée par la famille de la résidente). La fenêtre, située à 1 mètre 50 de haut et menant à une plateforme d'une dizaine de mètres, fermée par une rambarde simple, est ouverte.

Vers 5 h : les soignants contactent la direction et l'avertissent de l'évènement.

À 5h45 : les pompiers évacuent la résidente au service des urgences du CH le plus proche.

À 6h45 : la direction informe la famille de l'évènement et de l'état de santé de la résidente qui présente de multiples fractures du bassin. **Dans l'après-midi :** le médecin coordonnateur informe le médecin traitant de la résidente de l'évènement.

La résidente a été maintenue sous sédation pendant plusieurs jours mais n'a pas été opérée. Elle a été hospitalisée pendant 12 semaines puis a été placée dans une structure de type EHPAD proche du domicile d'un de ses enfants.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Crise de panique après un accès d'angoisse nocturne chez une personne âgée atteinte de maladie d'Alzheimer.
Fenêtres non sécurisées dans une unité sécurisée pour personnes désorientées et/ou déambulantes située au deuxième étage.

Facteurs latents

Influence forte : +++
Influence moyenne : ++
Influence faible : +

Patient :

Personne âgée atteinte de maladie d'Alzheimer, nouvellement admise dans une structure non connue, dans un contexte post traumatique après une tentative de cambriolage à son domicile.
Personne placée précipitamment qui avait pour habitude de vie de rester seule chez elle (maison de plain pied), sans sortir et avec le passage quotidien de ses proches.
Résidente n'ayant pas pu cognitivement intégrer son nouveau lieu de vie et son nouvel entourage par l'équipe soignante.
Absence de traitement spécifique de l'anxiété et de l'angoisse latente (en dehors d'un « si besoin »).
Traitement spécifique de la maladie d'Alzheimer interrompu par le médecin traitant.
Faible adhésion au placement en EHPAD, liée à la confusion et à la maladie d'Alzheimer de la personne.

Professionnels / facteurs individuels :

Méconnaissance de l'ensemble des éléments utiles à la prise en charge en raison : +++

- des difficultés relationnelles avec une résidente nouvellement admise, confuse, n'adhérant pas au placement en raison de son déficit cognitif.
- de la traçabilité incomplète des informations : le recueil est partiel en raison de l'arrivée récente.

Équipe :

Manque de temps de concertation et/ou de coordination entre les équipes de jour et de nuit. ++
Incomplétude des informations écrites et/ou orales, ne permettant pas aux professionnels d'obtenir rapidement une « représentation » de la personne prise en charge et de ses spécificités, leur permettant de prioriser les points de vigilance à observer (malgré les temps de transmissions institutionnelles le matin et dans la journée, et le « cahier de difficultés » mis en place par le psychologue avec une rencontre tous les vendredi matin). +

Tâches :

Pauvreté des informations médicales concernant la personne prise en charge transmises par le médecin traitant, entraînant une difficulté majeure d'aide à la décision pour le médecin coordonnateur. +++

Environnement :

Changement brutal d'environnement de la personne. +++
Fenêtre non sécurisée dans une unité protégée pour personnes désorientées. +++
Absence de téléphone (équipement connu et utilisé par la personne au domicile) et qui aurait pu être un objet perçu comme sécurisant dans la chambre de l'établissement. ++
Architecture de l'EHPAD, sur 5 niveaux, pouvant rendre plus important le temps de réponse aux appels de nuit des 2 soignants. ++

Organisation :

Absence de procédure standardisée du recueil de données (paramédical et médical).
Absence de staff pluri professionnel régulier (comprenant le personnel de jour et de nuit).

Institution :

Absence de procédure sur la gestion des résidents « à risque » et/ou hébergés dans l'unité protégée des personnes désorientées, lors des premiers jours suivant leur arrivée. ++

Facteurs d'atténuation

Lorsque l'accident traumatique se produit, il est opportun que les équipes soient rodées à la réalisation des gestes d'urgence, à l'annonce de l'EIG à la famille, sachent alerter les secours, prévenir la direction et l'ARS. Surtout il est indispensable de savoir rassurer les autres résidents et les protéger du risque d'accidents similaires (mesures conser-



Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique : Sécuriser les fenêtres (même semblant d'accès difficile) dans une unité protégée pour personnes désorientées.

Commun :

Elaboration d'une procédure standardisée de recueil des données et des antécédents des résidents nouvellement admis.

Détermination des points de vigilance spécifiques pour la sécurisation de la prise en charge des patients confus et/ou désorientés.

Mise en place de staff pluri-professionnels réguliers.

Évitabilité (échelle ENEIS)
Pour les professionnels, événement probablement évitable.



PRAGECCECA
Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex
05 57 62 31 16
prage@ccecqa.asso.fr

Général :

Les textes réglementaires sont insuffisamment précis quant à la définition des éléments de sécurité à mettre en place dans les EHPAD, contrairement aux recommandations sur la bientraitance qui sont nombreux et riches...

Références et Bibliographie

- Recommandations de l'HAS « maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs » Mai 2009.
- Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ANESM « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentées en établissement médico-social » Février 2009.
- Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement
- Mémoire « Conception architecturale des établissements accueillant des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer : revue de la littérature »- Dr D. Treussard Marchand – DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD – Université R. Descartes – Paris V- Année 2007/2008.
- Maladie d'Alzheimer : dispositif d'annonce du diagnostic et d'accompagnement – HAS et ANESM – Avril 2012.

<http://www.ccecqa.fr/activités/événements-indésirables-graves#rex>