



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



ÉLÉMENTS MARQUANTS

Il est convenu que le surcroît de travail infirmier a des conséquences sur la sécurité des professionnels mais aussi des patients.

Bien souvent la surcharge de travail peut être le résultat d'organisation mal pensée.

Aussi, dès l'ébauche d'un projet, il est nécessaire d'impliquer les différents professionnels dans la réflexion afin de définir l'ensemble des éléments indispensables au bon fonctionnement de ce projet.

De l'aménagement des locaux, au choix du matériel, en passant par la définition des différents circuits et le fonctionnement courant et en mode dégradé, il est indispensable d'anticiper chaque moment de prise en charge pour en définir les risques potentiels et y remédier.

Outre cette anticipation, il reste nécessaire pour chaque professionnel d'évaluer en permanence les risques potentiels engendrés par ses gestes et de demander l'aide nécessaire pour les éviter.

Analyse Approfondie de Cas n° 60 : Chute lors d'un acte de consultation externe

Date de parution : Décembre 2017

- Catégorie : EHPAD
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Un homme âgé de 91 ans, réside en EHPAD. Il se rend régulièrement en consultation « plaies et cicatrisation » de l'établissement proche, pour un suivi d'ulcères cutanés au niveau des malléoles des deux jambes. Il s'agit d'une personne grabataire, en surpoids, atteinte de multiples troubles cognitifs et poly pathologique. Il se déplace en fauteuil roulant avec de l'aide. Lors de cette nouvelle consultation, les ambulanciers l'installent sur un fauteuil roulant et le laissent seul dans le couloir de la salle d'attente. L'infirmière réalise les soins seule, sans transférer le patient sur la table d'examen. Elle utilise une chaise pour surélever la jambe du patient laissé dans le fauteuil. Lors de cette manipulation, le fauteuil bascule en arrière et le patient heurte le sol violemment sur l'arrière du crâne. Deux médecins présents dans les salles annexes viennent aider à le relever. Ils l'examinent. Il ne présente pas de signes cliniques particuliers. Des points de sutures sont

effectués au niveau du scalp.

Ce monsieur retourne sur son lieu de vie. Dans l'après-midi, il est admis aux urgences de la clinique pour bénéficier d'un examen clinique complet et d'un scanner du crâne en raison de l'apparition d'un déficit de l'hémicorps gauche avec hémiparésie, déviation conjointe de la tête et des yeux à droite, vigilance conservée et pupilles normales. Cette symptomatologie est rattachée à un hématome intra cérébral avec effet de masse mais sans engagement. Les neurochirurgiens contactés récuse le patient. Des mesures d'accompagnement palliatif sont entreprises et la famille est informée de la situation. Il est transféré le lendemain en unité de gériatrie pour bénéficier de soins palliatifs avec un traitement antalgique et anticonvulsivant. En accord avec la famille, il est retransféré en EHPAD 6 jours plus tard où il y décède le soir même de son retour.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Décès

Organisation en place :

Une démarche de maîtrise des risques associés aux soins est en place et est opérationnelle. Elle comporte, entre autre, le signalement, le traitement et l'analyse des événements indésirables, ainsi que la tenue de RMM et le suivi des actions correctives.





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Un patient de 91 ans, aux antécédents médicaux et chirurgicaux lourds (HTA, ACFA, AVC en 1995, artérite oblitérante des membres inférieurs, ulcères artériels des malléoles des 2 jambes, troubles cognitifs, adénome prostatique, pyélonéphrites à répétition, chirurgie biliaire et duodénale en 1960 ; patient grabataire, en surpoids : 80 kg pour 1 mètre 55 environ) vit en EHPAD. Il est suivi depuis le début de l'année pour des ulcères artériels au sein de la consultation plaie et cicatrisation de la clinique proche de son lieu de vie. Son traitement habituel comprend : alfuzodine, amiodarone, amlodipine, méprobamate, furosémide, acide acétylsalicylique, lévothyroxine sodique, colecalciferol, enoxaparine.

Le 5 mai vers 12h30 : Le patient est amené par des ambulanciers pour sa 12^{ème} consultation « plaies et cicatrisation » dans l'établissement de santé voisin. Ceux-ci laissent le patient seul, assis dans un fauteuil roulant de la clinique dans le couloir car les deux salles de consultation sont occupées. L'IDE prend en charge le patient. Etant seule, elle installe le patient en salle de soins, en laissant le patient sur le fauteuil roulant, bloquant un frein sur les 2. Lorsqu'elle soulève la jambe gauche du patient, le fauteuil bascule brusquement en arrière, la tête du patient heurte alors le sol. Le patient est conscient et effrayé. L'IDE demande immédiatement de l'aide aux deux médecins présents dans la salle voisine. Les médecins examinent le patient et constatent une plaie du cuir chevelu. Celle-ci est suturée par 3 points. Le patient ne présente aucun autre signe clinique inquiétant. L'IDE effectue les soins prescrits pour la réfection des pansements d'ulcères. Elle renseigne une fiche de liaison qui indique l'événement indésirable de chute et de la prise en charge effectuée et la demande médicale d'une surveillance clinique neurologique plus spécifique en lien avec la chute. Elle note les soins spécifiques aux pansements.

Le cadre de santé, informé de l'événement indésirable, réalise une fiche spécifique « chute » pour le système de signalement interne..

Vers 14 h : Le patient retourne accompagné par des ambulanciers, sur son lieu de vie. Le résident est installé dans un petit salon proche de la salle de soin, afin de bénéficier d'une surveillance accrue. La famille du résident est informée de la chute durant la consultation plaies et cicatrisation.

Vers 16 h : L'état neurologique du résident est surveillé régulièrement. Le résident ne répondant plus aux ordres simples, le médecin traitant est informé de ce changement de comportement, ainsi que de l'apparition d'une hémiparésie gauche. Il décide de faire hospitaliser en urgence le résident dans le service des urgences de la clinique.

Vers 18h50 : Le patient est accueilli dans le service des urgences. Il est admis pour « une douleur du membre supérieur gauche après chute d'un patient sous traitement anticoagulant ». A l'examen clinique le médecin urgentiste note un déficit hémicorporel gauche avec héminégligence et déviation conjointe de la tête et des yeux à droite, un état de vigilance normal, des pupilles égales intermédiaires et réactives. Une radiographie du membre supérieur gauche est prescrite et effectuée et ne montre pas de fracture. Un scanner cérébral est prescrit et réalisé, il indique un hématome intra parenchymateux avec effet de masse, sans engagement. Le médecin urgentiste contacte un neurochirurgien du CHU pour un avis et une conduite à tenir. Le neurochirurgien récuse l'intervention étant donné les antécédents médicaux et chirurgicaux et l'âge du patient. Le patient est installé dans l'unité de courte durée d'hospitalisation pour mise en place d'une prise en charge palliative. Il présente des convulsions. La famille du patient et le médecin traitant sont informés des résultats des examens et de la prise en charge proposée. Par contre il n'est pas fait de communication de ces développements directement à l'EHPAD.

Du 6 mai au 13 mai : Le patient est hospitalisé en service de médecine gériatrique pour des soins palliatifs. Son état de vigilance fluctue. Il reste hypo vigilant la plus grande partie de son hospitalisation. Une décision de retour sur son lieu de vie est prise en commun accord avec la famille et les soignants de l'EHPAD.

Le 13 mai : Le patient est accueilli à l'EHPAD. Il décède quelques heures plus tard.

Le 16 mai : La direction de l'EHPAD envoie un courrier pour informer l'ARS de la survenue d'un événement indésirable. L'ARS demande la réalisation d'une analyse approfondie des causes. Cette réunion d'analyse des causes est réalisée au sein de la clinique avec les différents professionnels de l'EHPAD, des services des urgences et des consultations de plaies et cicatrisation en présence de la PRAGE.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Installation inadéquate du patient pour les soins d'ulcères des membres inférieurs.

Facteurs latents

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

Patient :

Patient âgé, obèse et grabataire.
Traitement par anticoagulants en cours.

Professionnels / facteurs individuels :

IDE isolée pour les transferts des patients dépendants / grabataires sur une table de soins. +++

Équipe :

Pas de facteurs latents retrouvés.

Tâches :

Pas de facteurs latents retrouvés.

Environnement :

Agencement des locaux de consultation et exigüité ne permettant pas la mise à disposition de brancards en salle d'attente. +++

Installation inadaptée du patient sur un fauteuil roulant par les ambulanciers. +++

Fauteuil roulant non sécurisé (freins et tiges anti-basculement) +++

Organisation :

Délais d'attente ne permettant pas une prise en charge immédiate du patient en consultation. ++

Institution :

Défaut de communication entre la clinique et l'EHPAD (pas de transmission des informations concernant la prise en charge à partir des urgences) ++

Facteurs d'atténuation :



Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique: Travaux prévus à court terme avec réagencement architectural intégrant les contraintes d'installation sécurisée des patients non valides en salle d'attente.

Commun :

Appel à l'agent des transports internes pour les transferts de patients à risques.

Adaptation des fauteuils roulants à usage interne.
Rencontres institutionnelles programmées pour améliorer les modalités de collaboration lors des consultations et, au-delà, lors des hospitalisations des patients.



Docteur Régine LECULEE
Nathalie ROBINSON cadre de santé
CCECQA Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex
05 57 62 31 16
regine.leculee@ccecqa.asso.fr
nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr

Général :

Mise en place de fiches de liaison clinique/EHPAD et modification des fiches de liaison existantes (items dédiés à la réalisation de l'annonce d'un dommage, l'information effective de la famille ou tuteur ou représentant légal, ...) à l'instar des fiches de liaison EHPAD/Service des urgences de l'HAS et ANESM.

Références et Bibliographie

- HAS – synthèse des recommandations professionnelles – Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Avril 2009
- Fondation pour la sécurité des patients – Prévention des chutes – Février 2008
- HAS- Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée – Fiche de synthèse – Recommandation pour la pratique clinique – Novembre 2005