



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

Analyse Approfondie de Cas n° 73

Strangulation au fauteuil par la ceinture de contention passive

Date de parution : juillet 2019

- Catégorie : SSR
- Nature des soins : Thérapeutique



ÉLÉMENTS MARQUANTS

La Direction a été alertée par l'équipe seulement le lendemain de l'évènement. Il s'agit dans ce cas d'un oubli et non pas d'un souhait délibéré de dissimulation. Il a donc été rappelé que la survenue d'un évènement indésirable grave doit faire l'objet d'un signalement sans délai auprès des responsables légaux et de l'ARS.

Lors du décès d'un patient dans des circonstances accidentelles, les logiques soignantes s'opposent parfois aux logiques judiciaires. La direction peut anticiper cette difficulté par un travail de sensibilisation des équipes aux contraintes juridiques, dans le but de formaliser un mode opératoire.

Le choix du matériel de contention est un acte de soins qui répond à des critères rigoureux de sécurité et qui doit faire l'objet de réactualisation de connaissances.

Afin de prévenir ces situations traumatisantes et pour répondre aux besoins de soutien des équipes, la direction doit mettre en œuvre des mesures de prévention et optimiser sa politique de communication envers les soignants et l'encadrement de proximité (charte de confiance, charte d'incitation au signalement).

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Un patient de 92 ans est admis dans une unité de soins de suite et de réadaptation (SSR) pour une prise en charge après une cure de hernie inguinale. Il est atteint d'une maladie d'Alzheimer avec une désorientation temporo spatiale importante, des chutes répétées, une déambulation fréquente.

Une semaine après son arrivée, il chute 3 fois en moins de 12 heures en voulant se lever.

Le médecin examine le patient : au vu du traitement et conformément aux recommandations de bonnes pratiques, il lui prescrit une contention passive au fauteuil pour une durée de 24 heures. Mais le patient supporte mal cette contrainte, il s'agite, se plaint, semble très confus ; il lutte en exprimant son anxiété et verbalise son souhait de retour à domicile. Les soignants se sentent démunis.

Le lendemain matin vers 11h30, après avoir pris connaissance des

répercussions de la contention, le médecin prescrit une possible utilisation du cadre de marche/déambulateur par le patient .

Vers 14h15, alors que l'équipe paramédicale est réunie pour effectuer les transmissions, le masseur kinésithérapeute se rend dans la chambre du patient pour évaluer les performances motrices.

Il découvre le patient inconscient, ayant glissé dans le fauteuil et bloqué au niveau du cou par la ceinture ventrale de contention. Le patient est marbré, inconscient.

Malgré les gestes de réanimation, le patient est déclaré décédé.

La famille est informée et prise en charge par le médecin et le cadre de santé.

GRAVITÉ :

Décès





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Du lundi 21 au lundi 28 septembre : le patient est accueilli dans une unité de SSR pour une prise en charge postopératoire aux fins de cicatrisation après une cure de hernie inguinale gauche. Le patient est atteint d'une maladie d'Alzheimer et présente de nombreux signes de désorientation, des chutes multiples et des déambulations avec des périodes d'agitation psychomotrices importantes. Pour préparer le retour à domicile et laisser un temps de répit à la famille, le patient est donc hospitalisé.

Le traitement comporte : alprazolam 25 mg par 24h, finastéride 5 mg par 24h, sulfate ferreux (Tardyféron®) 80 mg par 24h, paracétamol à la demande et zopiclone 3,75 mg par 24h. Il est installé seul dans une chambre proche du poste de soin pour faciliter sa surveillance et prévenir les risques de chute car il est connu pour ses états d'agitation.

Le lundi 28 septembre : vers 5 heures du matin, le patient chute en voulant se lever du lit. Il ne présente pas de signe clinique particulier suite à cette chute. Au cours de la matinée, par 2 fois, (8 heures et 11h25), le patient tombe à nouveau en voulant se lever. Ces faits font l'objet d'une fiche de signalement dédiée. Le médecin est informé de ces trois chutes en moins de 12 heures.

Vers 11h30 : le médecin examine le patient. Il décide la mise en place d'une contention au fauteuil. Celle-ci est prescrite et une contention par ceinture ventrale simple est installée pour une durée de 24 heures.

Le patient supporte mal cette contrainte. Il s'agite, se plaint, semble très confus et exprime son anxiété. Il verbalise son souhait de retour à domicile. Les soignants se sentent impuissants puisqu'ils ne peuvent pas répondre favorablement à son désir de déambulation au vu des chutes itératives.

Le mardi 29 septembre : dans la matinée, les soins de nursing sont réalisés et ponctués par les plaintes liées à la contention.

Vers 10h30 : le patient est installé au fauteuil avec la contention. Il ne semble toutefois pas tenter de s'extraire du fauteuil et n'a jamais été retrouvé ayant glissé dans le fauteuil. Le médecin est averti de la situation et du vécu de la contention par le patient et l'équipe.

11h30 : le médecin prescrit l'évaluation de la contention à la 24^{ème} heure avec une possibilité d'alternative par l'utilisation d'un cadre de marche/déambulateur.

12h30 : le repas du patient est servi dans sa chambre.

13h30 : le plateau repas est enlevé, le patient ayant pris son repas au fauteuil. La porte de la chambre est fermée pour le respect de l'intimité du patient.

14h15 : l'équipe est réunie pour les transmissions orales entre le personnel de matin et d'après midi. Le masseur kinésithérapeute est informé de la prescription d'une évaluation de la contention et du recours éventuel au cadre de marche/déambulateur. Il se présente devant la porte de la chambre du patient et frappe. N'obtenant pas de réponse, il pénètre dans la chambre et se rend compte que le patient a glissé dans son fauteuil et est inconscient. Il appelle immédiatement du renfort auprès de ses collègues AS, IDE et cadre de santé. À leur arrivée, ils découvrent le patient en position pratiquement extraite du fauteuil, bloqué au niveau du cou par la ceinture ventrale de contention. Le patient est marbré, inconscient. Les gestes de réanimation cardio-respiratoires sont réalisés par l'équipe selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Le médecin arrive aussitôt et constate que le patient est en mydriase bilatérale, sans reprise d'une activité cardiaque. Le patient est déclaré décédé. Le cadre de santé et le médecin contactent et reçoivent très rapidement la famille du patient. Les circonstances de l'événement sont relatées à l'épouse du patient et à sa fille et un accompagnement psychologique leur est dispensé par l'équipe.

Le mercredi 30 septembre : la direction de l'établissement et le cadre supérieur de santé sont informés de la survenue de l'événement. La psychologue est prévenue fortuitement du décès et de ses circonstances, car une demande de prise en charge avait été effectuée pour ce patient. Aucune demande de soutien psychologique n'a été formulée par les membres de l'équipe. La psychologue n'a pas proposé aux membres de l'équipe un accompagnement psychologique organisé de façon institutionnelle.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Utilisation d'une ceinture de contention inadaptée (maintien ventral simple sans rappel pelvien).

Facteurs latents

Patient :

Grand âge. +

Maladie d'Alzheimer évoluée avec chutes itératives et déambulation.+++

Attitude opposante à la contention en raison d'un vécu traumatique ancien.+

Modification récente du lieu d'hébergement.+

Influence forte : +++

Influence moyenne : ++

Influence faible : +

Professionnels / facteurs individuels :

Méconnaissance des risques liés au type de contention choisie. +++

Équipe :

Défaut de surveillance lors des temps de transmission.+++

Gestion de l'événement grave réalisé à l'échelon de l'équipe sans signalement interne immédiat, avec une faible propension à solliciter de l'aide (non contributif).

Tâches :

Définition des tâches liées à la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer avec épisodes de confusion ou d'agitation psychomotrice insuffisamment développée (vigilance requise de chaque membre de l'équipe, accompagnement du patient dans ses velléités de déambulation, activité occupationnelle destinée à canaliser l'excès d'agitation psychomotrice...) +++

Environnement :

Fonctionnalités non adaptées du système de contention mis en place : ceinture ventrale simple (conception, sécurité, ergonomie).+++

Pas de surveillance visuelle du patient (porte fermée, patient seul en chambre). +++

Organisation :

Absence de procédure de gestion des décès inattendus ou suspects (signalement interne, mesures conservatoires, conduite à tenir médico-légale, signalement externe). +

Institution :

Absence de politique de prise en charge psychologique du personnel médical et paramédical, lors d'événements indésirables graves.+

Tensions dans la communication entre les équipes de soins et la direction.+

Méconnaissance des ressources bénévoles potentielles. +

Enseignement : Actions / Barrières



Spécifique :

Evaluer les différents moyens de contention en termes d'indication et de risques a priori.

Sensibiliser et former l'ensemble du personnel soignant à l'utilisation et à la surveillance des différents dispositifs de contention.

Définir en équipe pluridisciplinaire la prise en charge spécifique des patients atteints de la maladie d'Alzheimer en précisant la conduite à tenir lors d'épisodes aigus, la surveillance à mettre en place pour sécuriser l'environnement et les mesures de contention physiques adaptées.

Conduire une réflexion sur la pertinence des hospitalisations de ces patients, sur la nécessité de laisser occasionnellement les portes des chambres ouvertes et sur le rôle des bénévoles qui peuvent aider, de façon ponctuelle, à la prise en charge des patients.

Évitabilité (échelle ENEIS)
Pour les professionnels :
événement évitable.



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

Commun :

Mener une réflexion sur les modalités du suivi psychologique du personnel médical et paramédical lors de la survenue d'un EIGS, en collaboration avec la direction de l'établissement, les médecins, le responsable Qualité et Gestion des Risques, l'encadrement paramédical ainsi que les différents professionnels de santé concernés.

Avec la direction de l'établissement, définir en équipe pluridisciplinaire la gestion des **EIG/EPR**, leur signalement interne et l'utilisation des fiches d'événements indésirables.

Mettre en place une procédure concernant cette gestion en décrivant sur le plan opérationnel les rôles et les fonctions de chaque professionnel.

PRAGE / CCECQA

Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex

05 57 62 30 14
prage@ccecqa.asso.fr

Général :

Elaborer un protocole institutionnel concernant les gestes à effectuer et à ne pas effectuer lors de la découverte d'un décès suspect ou violent en collaboration si besoin avec le procureur de la république ou la gendarmerie.

Références et Bibliographie

- Sensibilisation sur le risque d'étouffement lors de la sécurisation d'un patient à l'aide d'un dispositif de contention physique. AFSSAPS 28/12/11
- Limiter les risques de la contention physique chez la personne âgée. ANAES octobre 2000
- Guide de bonnes pratiques de la contention physique passive des patients adultes. Direction de la qualité et de la gestion du risque CHU Bordeaux septembre 2013.
- 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
- Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. ANAES Octobre 2000.
- Évaluation des pratiques professionnelles : rapport de l'expérimentation nationale – audit clinique ciblé appliqué à la diminution de la contention physique chez la personne âgée. HAS – Juin 2006

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