



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



ÉLÉMENTS MARQUANTS

Les transmissions d'informations entre EHPAD et établissements de soins généraux restent encore trop souvent imparfaites ou absentes dans le parcours de soins malgré les obligations d'établir des fiches de liaison...

Des informations importantes, ici la présence de troubles cognitifs, ne sont pas transmises... Ces données sont d'autant plus cruciales que le changement d'environnement est brutal.

D'une façon générale, l'accès aux escaliers de secours pose le problème récurrent de la conformité aux exigences de la sécurité incendie articulée avec la sécurité des patients qui présentent des troubles cognitifs tout en étant en état de déambuler. Il s'agit d'identifier les patients à risques et de mettre en place des mesures de protection individuelles tout en permettant la libre circulation : repérage et identification des aptitudes physiques et mentales, localisation en secteur protégé, accompagnement et présence humaine, en recourant le moins possible aux mesures de contention.

Les barrières sont de l'ordre environnemental également : alarmes sonores, éclairage à détection de mouvement, signalisation, barrières de sécurité...

Le compromis est à trouver au cas par cas pour accepter un risque « mesuré », « adapté » et « partagé ».

Analyse Approfondie de Cas n° 72

Fracture du col du fémur suite à une chute dans un escalier de secours

Date de parution : Octobre 2020

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Un résident d'un EHPAD, âgé de 100 ans, est suivi depuis quelques semaines dans l'unité de consultations « plaies et cicatrisation » d'une clinique pour un problème d'ulcères chroniques. Malgré des soins spécifiques, la plaie au niveau du tiers inférieur de la jambe droite ne cicatrise pas. Le médecin propose une hospitalisation en unité de médecine interne pour effectuer un bilan vasculaire et rechercher l'origine du retard de cicatrisation. Une hospitalisation est programmée. Les antécédents et le traitement du patient sont notés dans le dossier mais il n'y a pas de fiche de liaison détaillée émanant de l'EHPAD. L'exploration vasculaire s'avère satisfaisante. Une biopsie de peau est prévue le lendemain pour éliminer tout autre diagnostic avant le retour à l'EHPAD.

Le lendemain, le patient présente des troubles importants du comportement. La biopsie est reprogrammée car le médecin est occupé par des urgences. Le patient semble de plus en plus agité et confus.

Le dimanche soir, vers 21 heures, l'équipe de nuit est alertée par une patiente qui a entendu des cris provenant de l'extérieur. Les soignants se mettent en quête de la provenance des cris et découvrent le patient gisant au sol, en bas des escaliers de secours extérieurs, couvert de sang.

Il est pris en charge par les urgentistes. Des sutures et des pansements sont effectués. Un scanner cérébral sans injection est programmé pour le lendemain matin. Une surveillance « TC » pour traumatisme crânien est prescrite, sans autre détail.

Dans l'unité de médecine interne, le patient est conscient et répond aux ordres simples. L'IDE de nuit remarque une position anormale du membre inférieur gauche mais n'ose pas en faire mention dans ses transmissions écrites. Elle le signale au moment des transmissions lors du changement d'équipe du matin.

Le scanner cérébral est réalisé et ne montre aucune anomalie. L'attitude vicieuse du membre inférieur gauche fait suspecter une fracture du col du fémur.

Des radiographies confirment le diagnostic et une intervention chirurgicale est programmée pour le lendemain.

Le 3 mars, le patient est opéré puis transféré en unité de soins continus pendant 48 heures avant d'être hospitalisé en unité de chirurgie.

Pendant le reste du séjour, les troubles comportementaux sont de plus en plus marqués. Le patient verbalise le souhait de retourner dans son lieu de vie.

Le patient quitte la clinique le 10 mars . Il décède le vendredi 27 mars à l'EHPAD .

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité : Décès





Un résident d'un EHPAD, âgé de 100 ans, est suivi depuis quelques semaines en unité de consultations « plaies et cicatrisation » au sein d'une clinique, pour un problème d'ulcères variqueux chroniques. Le résident est sous tutelle et le tuteur est l'un de ses fils. Dans les antécédents du patient on note : une hypertension artérielle, une cardiopathie de type ischémique, une fibrillation auriculaire, une broncho-pneumopathie chronique obstructive, des troubles cognitifs « modérés », une artérite des membres inférieurs, des troubles du transit avec diarrhées. Des traitements sont prescrits. Malgré le suivi et les soins spécifiques, la plaie située au tiers inférieur de la jambe droite ne cicatrise pas. Le médecin propose une hospitalisation en unité de médecine interne pour effectuer un bilan vasculaire et rechercher les facteurs à l'origine du retard de cicatrisation. Les soins locaux sont lourds et le personnel de l'EHPAD procède à de multiples réfections du pansement, chaque jour, en raison de manipulations intempestives du patient. Celui-ci réside en rez de chaussée et circule selon son gré y compris à l'extérieur de l'établissement. Une hospitalisation est programmée.

Le 25 février : le patient est accueilli en unité de médecine interne. Il est examiné par un médecin qui note : «des fonctions cognitives correctes, pas de déficit neurologique, une dyspnée avec râles bronchiques disséminés et un léger frein expiratoire, des bruits du cœur réguliers et pas d'insuffisance cardiaque. Abdomen souple et indolore. Membres inférieurs : ulcère propre et pouls périphériques perçus». Une exploration en échographie doppler pulsé est programmée au lendemain. Les infirmières notent que le patient est accueilli pour une biopsie de peau sur le membre inférieur droit. Le dossier ne comporte pas de fiche de liaison détaillée de l'EHPAD mais un document récapitulatif le traitement en cours et les antécédents du patient. Le dossier infirmier ne comporte pas de macro-cible d'entrée. Le dossier papier des consultations externes est joint au dossier d'hospitalisation (pour la durée de l'hospitalisation uniquement).

Le 26 février : l'exploration vasculaire conclut que «le bilan vasculaire est totalement rassurant chez ce patient». Le bilan sanguin est normal. Des soins locaux sont effectués avec application de vaseline sur la peau fragile au niveau de la kératose. La biopsie de peau est programmée au lendemain pour éliminer tout autre diagnostic avant le retour à l'EHPAD. Le patient passe une bonne journée. Aucune transmission ciblée n'est effectuée dans la journée par les soignants paramédicaux.

Du 27 au 28 février : l'équipe de nuit note dans les transmissions ciblées que le patient est «très perturbé». La biopsie de peau ne peut-être réalisée par le médecin car il doit prendre en charge plusieurs urgences. Elle est reprogrammée au lundi 2 mars. La nuit du 28, le patient est de nouveau agité et confus.

Le dimanche 1er mars vers 21 heures : l'équipe de nuit effectue le premier passage dans les chambres. Alors que les soignants sont occupés auprès d'un patient pour des soins de propreté, une patiente les interpelle car elle a entendu des appels au secours et des cris. Les soignants entendent à leur tour ces cris et se mettent en quête de leur origine. Ils constatent que le patient n'est pas dans son lit et que la salle de bain est vide. Ils découvrent le patient gisant au sol, en bas des escaliers de secours extérieurs, couvert de sang. L'équipe de nuit contacte l'unité des urgences internes, qui se rend immédiatement sur les lieux. Le médecin des urgences note «chute dans les escaliers extérieurs à 21 heures. Retrouvé au sol conscient, sur le béton. Pas de perte de connaissance, pas de malaise, serait sorti et n'aurait pas vu la présence d'escaliers. Conscient, multiples plaies des membres, du front, du nez et du scalp». Il n'est pas fait mention du reste de l'examen clinique ni d'anomalies éventuelles. Le patient est pris en charge aux urgences. Des sutures et des pansements sont effectués sur les diverses plaies. Un scanner cérébral sans injection est programmé pour le lendemain matin. Une surveillance «TC» (pour traumatisme crânien) est prescrite sans autre détail. Le patient est de nouveau installé dans sa chambre à l'unité de médecine interne. Des barrières de protection sont mises en place. Le patient est conscient et répond aux ordres simples lorsqu'il est éveillé. L'IDE remarque une position anormale du membre inférieur gauche mais n'ose pas en faire mention dans ses transmissions écrites. Elle le signale au moment des transmissions orales, à l'arrivée de l'équipe paramédicale du matin.

Le lundi 2 mars : le scanner cérébral ne montre aucune anomalie. Les enfants du patient sont prévenus par le médecin interniste. L'attitude vicieuse du membre inférieur gauche fait suspecter une fracture du col du fémur. Des radiographies confirment la fracture. Le chirurgien orthopédique planifie une intervention chirurgicale dès le lendemain, à la suite de la consultation anesthésique. Le patient est algique lors des mobilisations et une antalgie par morphine est administrée après la pose d'une voie veineuse périphérique. Le patient est encombré sur le plan respiratoire. Le consentement pour l'intervention est signé par le fils-tuteur. Un courrier mentionnant les circonstances de l'événement est rédigé au médecin traitant.

Le mardi 3 mars : le patient est opéré sous anesthésie générale. Une prothèse intermédiaire de hanche gauche est implantée. Le réveil est très agité. Une contention physique et un traitement neuroleptique sont prescrits et mis en œuvre.

Le 4 et 5 mars : le patient présente des phases d'agitation et, malgré la contention, il arrache les différents dispositifs médicaux. Il semble désorienté et la communication est difficile avec l'équipe soignante. Il est hyperthermique.

Du 6 et 9 mars : le patient est toujours agité. Des troubles de la déglutition surviennent et deviennent de plus en plus marqués. L'ingestion de liquides est proscrite. Le patient est très encombré au niveau pulmonaire. Son état cutané est précaire et nécessite la mise en place d'un matelas spécifique. Les soins de nursing et les soins locaux sont réalisés. Le patient est de plus en plus fatigué. Les épisodes d'agitation se raréfient. Il émet le souhait de retourner dans son lieu de vie.

Le 10 mars : le fils-tuteur est contacté par l'équipe afin d'envisager le devenir du patient. Plutôt qu'une hospitalisation en unité de soins de suite et de réadaptation, le retour en EHPAD est privilégié.

Le fils-tuteur dépose une plainte contre l'établissement. Il est reçu par la Direction de la clinique.

Le 27 mars : le patient décède à l'EHPAD



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Sous estimation de la désorientation temporo-spatiale du patient.
Accès aux escaliers de secours non sécurisé .

Facteurs latents

Patient :

Grand âge avec troubles cognitifs. +
Modification récente du lieu d'hébergement. +++
Traitements multiples pour poly pathologies. +
Traitements «à risques» (psychotropes pour la nuit). +++
Données générales du patient non disponibles (fiche de liaison incomplète).+++

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

Professionnels / facteurs individuels :

Dans l'unité de soins :

- Prise en compte partielle des caractéristiques du patient : évaluation insuffisante des troubles cognitifs et de la désorientation temporospatiale. +++
- Réserve excessive dans l'alerte des faits cliniques anormaux après la chute (membre inférieur en rotation vicieuse) et défaut d'alerte dans la nuit auprès des urgences. +++
- Absence de recherche étiologique de la désorientation

Aux urgences :

- Sous estimation des facteurs de risque de complications hémorragiques cérébrales. +++
- Formulation de consignes de surveillance non explicites pour le traumatisme crânien.+++

Équipe :

Insuffisance de transmission d'informations entre établissements. +++

Tâches :

Défaut de traçabilité des macrocibles, dont la macrocible d'entrée. ++
Planification des tâches non adaptée : la biopsie chirurgicale programmée a dû être reportée. +
Absence de protocole de surveillance des traumatismes crâniens (hors service d'urgences).+++

Environnement :

Absence d'alerte sonore lors de l'utilisation intempestive des accès de secours. +++
Défaut de structuration du dossier : coexistence d'un dossier patient mixte (papier et informatique), avec juxtaposition d'un dossier de consultations distinct.++

Organisation :

Intégration des priorités de sécurité dans l'organisation des soins insuffisante. +++
Charge de travail inadaptée : surveillance neurologique étroite incompatible avec les tâches usuelles du service.+++

Institution :

Pas de facteurs latents retrouvés.

Nota Bene :

Bien que non contributives de cet EIGS, les conditions d'exercice de la surveillance neurologique ont été abordées par les professionnels en raison des défaillances identifiées durant la réunion. Leur correction est à même d'éviter la survenue d'autres EIGS.

Enseignement : Actions / Barrières



Spécifique:

En l'absence de condamnation possible de l'accès aux escaliers de secours :

- Alarme sonore sur la porte de l'issue de secours.
- Panneaux de signalisation.
- Eclairage à détecteur de mouvement dans les escaliers de secours.

Commun :

Mise en place d'une procédure d'évaluation clinique médicale et paramédicale à l'admission du patient âgé afin d'anticiper la sécurisation de séjour hospitalier (risque de chute, troubles cognitifs, désorientation temporo spatiale, incontinence, etc.).

Structuration de l'évaluation paramédicale et définition des modalités de traçabilité.

Mise en place d'un groupe de travail pluri professionnel (urgences/unités d'hospitalisation) pour établir une procédure de prise en charge des traumatismes crâniens :

- Protocole standardisé de surveillance neurologique
- Evaluation des facteurs de risques
- Conditions et lieux de surveillance

Homogénéisation du dossier patient, y compris le dossier de consultation.

Général : Sensibilisation des EHPAD à l'obligation de transmission d'informations cliniques et personnelles (*habitus*, environnement, etc.) du patient.



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

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

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 – Recommandations 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>