

FR2021-02

Date de parution :
Juillet 2021

Catégorie :

Spécialité

Gériatrie

Filière

Médecine, médico-social

Population

Personnes âgées

Nature des actes :

- Thérapeutique
- Diagnostique
- A visée esthétique
- Préventif

FICHE RETOUR D'EXPÉRIENCE

ANALYSE APPROFONDIE

Chute en EHPAD

Fiche REX élaborée à partir de l'analyse réalisée par les acteurs impliqués dans l'évènement, mise à disposition dans une visée pédagogique, ne se substituant pas aux publications et recommandations en vigueur.



Ce que l'on retient

Les chutes sont des événements indésirables fréquents en EHPAD. Eviter leur banalisation et améliorer la réactivité des soignants face au risque participe à un accompagnement de qualité en EHPAD. La sensibilisation au risque de chute concerne chacun, y compris l'entourage, pour des actions conjointes et complémentaires.

Une démarche commune à l'équipe interprofessionnelle est donc utile pour l'amélioration des pratiques de prévention incluant : le repérage initial individualisé du risque par une grille d'évaluation commune et partagée ; la définition d'objectifs et d'actions de soins personnalisés, au regard du type et du niveau de risque identifié ; la traçabilité de la réalisation des actions dans un plan de soin personnalisé et l'évaluation régulière des objectifs visés et des actions mises en oeuvre.

Des actions collectives de type "atelier de marche/équilibre) concourent, aussi, à la diminution du risque pour tous les résidents, allant dans le sens d'une prévention des chutes lié à l'évolution de leurs capacités avec l'avancée en âge.

Un protocole formalisé avec les professionnels soignants et de rééducation et basé sur les recommandations de bonnes pratiques, favorise la pérennité de pratiques harmonisées.



De quoi s'agit-il ?

Chute avec fracture du col du fémur chez une résidente en EHPAD, connue pour troubles de l'équilibre et perte de l'acuité visuelle associés à un contexte d'altération progressive de l'état général et psychologique.

Impact patient :

Hospitalisation en soins palliatifs dans les suites post-opératoires avec décès à 5 semaines

ANALYSE SYSTÉMIQUE

Points clés de la chronologie des faits

- **Jo** : La résidente est accueillie en EHPAD, les informations médicales citent des problèmes cardiaques, un déficit visuel et un risque de perte d'équilibre.
- **J60** : Episode de "gastro" avec fièvre, diagnostiqué par une visite du médecin traitant et traité par prescription d'antispasmodique avec dépistage COVID négatif. Le déplacement avec risque de chute est identifié par l'aide-soignant de nuit, l'action de rapprochement du montauban près du lit est réalisé et tracé dans les transmissions du dossier informatisé.
- **J 77 à J 91** : J 77 : La résidente n'a pas le moral, elle a envie de pleurer et n'a plus de goût à rien car elle ne voit pas. Le médecin traitant prescrit un traitement par antidépresseur et oralement la pose des « barrières la nuit pour éviter une chute liée au risque de somnolence ». L'information est saisie dans les transmissions Infirmières (IDE) sur Word.
J 81 : La résidente est très anxieuse ce matin, "dit avoir eu une crise de tremblement au niveau des jambes et que son état de santé l'inquiète". Lors d'un temps d'écoute active par l'IDE, dit " qu'elle veut aller à l'hôpital pour faire des examens" et " qu'elle veut mourir".
J 86 : Visite médicale avec prescription de majoration de l'antidépresseur le soir.
J 91 : La résidente descend en salle à manger le midi et reste à l'étage le soir. "Ne semble plus avoir d'idées morbides".
- **J 103 à J 111** : J 103 : La résidente déambule avec perte régulière de repères. Elle se plaint de sa vue qui baisse. Les transmissions indiquent un risque de chute. Les actions mises en place sont de la reconduire dans sa chambre ainsi que les visites de sa fille pour apaisement.
J 111 : La résidente chute sans conséquence. Les transmissions indiquent "qu'elle est retrouvée au sol, derrière sa porte" et l'aide soignante signale l'incident par une fiche déclaration de chute.
- **J 119 à J 125** : J 119 : La résidente est "confuse et ne se sent pas bien". L'IDE surveille ses constantes qui sont correctes : Sat 93%-TA 13/8- Pouls 95. La résidente se sent mieux suite à cette surveillance.
J 120 : Altération de l'état général de la résidente qui présente à nouveau une perte de dynamisme, du moral et une diminution de son autonomie avec douleurs abdominales et nausées récurrentes sans troubles du transit. Elle refuse la surveillance des constantes, dit "ça ne sert à rien".
L'après midi de J125, l'IDE administre un comprimé de Spasfon® qui est peu efficace , suivi à 19h d'un comprimé de Vogalène ®devant la persistance des nausées et présence de vomissements . L'IDE indique sur les transmissions Word IDE : "en reparler au passage du docteur cette semaine"
- **J 127** : La résidente est vue par le médecin lors de son passage le matin. Il saisit, dans le dossier patient informatique, une prescription Alprazolam® midi et soir.
- **J 132** : La résidente bénéficie d'un entretien avec la psychologue qui transmet oralement aux IDE les actions à envisager : " essayer de lui proposer d'effectuer des activités de la vie quotidienne (passer le balai, pliage de linge, ...) et la stimuler pour aller dans le patio quand il fait bon".
- **J 134** : Lors des soins, en matinée, dit à l'aide-soignante "qu'elle ne veut pas être abandonnée, elle veut sa fille". L'aide soignante signale la présence de selles décolorées et des douleur abdominales. persistantes

malgré l'administration d'un comprimé de Spasfon®, le matin. La résidente demande à aller au fauteuil, l'aide-soignante l'installe et trace ces actions dans le dossier informatisé.

L'IDE note dans les transmissions sur Word, le besoin de consultation médicale pour le prochain passage du médecin.

En fin de matinée (11H50), la résidente est retrouvée au sol. Elle a chuté de son fauteuil. Elle présente un hématome au front, l'IDE ne note pas de déformation mais transmet que la résidente est "algique au niveau de la hanche gauche". Elle assure des soins avec Hémoclar® sur l'hématome frontal et sur la hanche gauche ainsi que de la glace sur la hanche gauche. L'IDE ajoute cet élément pour le médecin dont le passage est prévu ce jour.

- **J134 - Après midi** : 16H : les agents de soin essayent de faire marcher la résidente pour l'accompagner aux toilettes. Celle-ci est "algique ++". Au retour elles observent un raccourcissement du membre inférieur gauche.

17H : Appel téléphonique au médecin (qui n'est pas encore passé), en présence d'un enfant de la résidente dans sa chambre, pour avoir son avis car la résidente est douloureuse. Le médecin demande à ce que la résidente soit hospitalisée pour bilan radiologique suite à une chute avec hématome.

17H-20H : organisation du départ, appel du transport vers le centre hospitalier .

- **J 135 à J 172** : J 136 et J 140 : Rencontres avec des membres différents de la famille, par la direction, pour rappel de la chronologie des faits et des données d'évaluation de l'impact à chacun de ces moments pour répondre aux questionnements relatifs à l'adéquation du suivi de la chute par les soignants et d'un éventuel retard de prise en charge de la fracture pouvant être préjudiciable à la résidente.

J 140 : Appel du CH, pour transmissions : intervention réalisée mais la résidente va vers une fin de vie. Le questionnement d'un retour à l'EHPAD est posé avec conditions que la résidente reçoive des visites et avec une prise en soin palliative avec le médecin traitant.

J 147 : Avenir discuté avec le médecin traitant qui préconise plutôt une suite en service de soins palliatifs sur un CH Local .

J 172 : Réception de l'information du décès de la résidente. Une déclaration d'événement indésirable grave associé aux soins (EIGS) est saisie sur le portail national de signalement des événements sanitaires, par la direction de l'EHPAD.

Causes immédiates identifiées

- Absence de démarche d'évaluation du risque de chute

Identification des causes profondes

Catégorie de causes	Causes profondes identifiées
Patient	Résidente avec insuffisance cardiaque, déficit visuel et troubles de l'équilibre connus, Traitement instauré récemment: anxiolytique (Alprazolam) avec risque de faiblesse musculaire et de vision double; et anti-dépresseur (Paroxétine) avec risque de trouble de la vision, diminution de l'appétit, constipation. Résidente "qui n'utilise pas sa canne".
Individu (soignant)	Professionnels agacés de la surcharge de travail et fatigués, dont les connaissances sur le risque de chute ne sont pas actualisées, non experts dans la surveillance des traitements anxiolytique et antidépresseur, Présence d'une ergothérapeute récemment arrivée dans ses fonctions au sein de l'EHPAD.
Équipe	Communication aléatoire, non organisée avec les médecins traitants, Transmissions écrites défailtantes (pas toujours systématique) : les AS /ASH n'ont pas accès aux transmissions IDE réalisées sur support Word, le temps de transmissions orales le midi n'inclut pas les ASH. Les informations IDE vers le médecin traitant pour les consultations sont saisies sur papier volant et détruites après passage, Absence de temps de synthèse d'équipe définis et défaut de formalisation des Projets de Soins Personnalisés (incluant les évaluations de risques dont celui de chute et la formalisation d'objectifs d'accompagnement en regard), Utilisation du Dossier Patient Informatisé (DPI) en cours d'évolution, avec présence de co-existence de 2 outils de traçabilité des transmissions (DPI pour AS et Word pour IDE), Recours à l'expertise ergothérapeute, en cours de constitution, Absence de cadre de santé (congé) et absence de médecin coordonnateur.
Tâches à accomplir	Absence de protocole sur la prévention des chutes, Absence de modalités définies relatives aux passages des médecins (passage à l'heure qui leur convient, le jour où cela leur convient), Absence de saisie des observations médicales dans le dossier informatisé.
Environnement de travail	Épidémie de COVID 19 et récente période de sous-effectif IDE (congés et arrêt maladie), Espace d'hébergement : chambre petite, Système informatique présentant de nombreuses pannes de connexion (difficultés d'accès au dossier en temps rapide) et double système de transmissions (papier et informatique), Charge de travail : plusieurs résidents avec problèmes ce matin-là (problèmes digestifs, chutes).
Organisation Management	Impulsion relativement récente de la dynamique sécurité des soins, Pauvreté du plan de formation sur les années antérieures, Culture sécurité insuffisamment acquise et structurée au sein de l'EHPAD (objectif de la direction depuis son arrivée au second semestre 2019) .
Contexte institutionnel	Changement de direction assez récent ; structuration débutante du traitement des déclarations et existence de craintes relatives à l'analyse des Evénements Indésirables par les professionnels, du fait de la mise en œuvre de la politique assez récente, ralentie par la crise COVID, Difficulté territoriale de recrutement de médecin coordonnateur.



Barrières de sécurité mises en oeuvre par l'équipe

Barrières	Actions
Récupération	
Atténuation	Adaptation de l'environnement pour éviter les chutes la nuit par les soignants de nuit, Réponse aux demandes de la famille au fil de l'eau. Surveillance de l'impact de la chute dans les heures et réajustement des soins en lien au regard de l'évolution des signes.



Perception du caractère évitable par les professionnels





Plan d'action (actions de réduction du risque/barrières de sécurité)

Formaliser et diffuser un protocole de prévention des chutes (évaluation et actions préventives) en lien avec le protocole utilisé par les médecins au CH de proximité	Prévention	Récupération	Atténuation
Mettre en place des animateurs PRAP-2SS impliquant l'ergothérapeute (professionnels internes formés à la prévention des risques dont les chutes et aptes à former les collègues)	Prévention	Récupération	Atténuation
Mettre en place une action de formation à destination des IDE/AS/ASH sur la prévention des chutes, incluse dans le plan de formation pluriannuel	Prévention	Récupération	Atténuation
Structurer des temps de synthèse d'équipe incluant la formalisation des Projets de soins Personnalisés	Prévention	Récupération	Atténuation
Créer et structurer un atelier spécifique pour les résidents identifiés chuteur, animé par l'ergothérapeute	Prévention	Récupération	Atténuation
Favoriser les transmissions d'équipe pluri disciplinaire avec la suppression des « supports papiers volants » et l'utilisation renforcée du dossier informatique	Prévention	Récupération	Atténuation
Poursuivre l'implantation et la structuration de la démarche qualité /sécurité des soins (formalisation du protocole de déclaration et traitement des Fiches de Signalement des Événements Indésirables)	Prévention	Récupération	Atténuation



Références

- Recommandations pour la pratique clinique, Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée -HAS- Novembre 2005
- Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf>
- EHPAGE, Kit pour l'amélioration de la gestion des événements indésirables en EHPAD- <https://www.qualirelsante.com/publications-outils/e-ki-page/>

