

FR2022-12

Date de parution :

09/06/2022

Catégorie :

Spécialité

Maladies infectieuses et tropicales

Filière

MCO / Médecine

Population

Tout patient

Nature des actes :

- Thérapeutique
- Diagnostique
- A visée esthétique
- Préventif

FICHE RETOUR D'EXPÉRIENCE

ANALYSE APPROFONDIE

Chute d'un patient de son lit par dessus les barrières de lit

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 doubles barrières de lit sont fréquemment mises en place hors prescription médicale dans l'intention de prévenir le risque de chute des patients de leur lit. Or elles ne protègent pas toujours du risque de chute, et en cas de chute elles peuvent même en aggraver les conséquences. Comme tout dispositif de contention physique, leur mise en place ne doit se faire que sur prescription médicale après évaluation de la balance bénéfices/risques et réévaluations régulières.



De quoi s'agit-il ?

Un patient de 92 ans est retrouvé au sol la nuit lors d'un passage pour surveillance. Il a chuté de son lit, en passant par-dessus les barrières de lit. Ce patient est hospitalisé pour confusion et fièvre rapportée à une pneumopathie hypoxémiante à SARS- Cov-2 et à une endocardite à Staphylococcus aureus. Il est sous oxygénothérapie entre 4 et 6 l/min selon la saturation en oxygène, et sous anticoagulant (Eliquis®). La présence de barrières n'a pas empêché la chute et aurait pu en aggraver les conséquences.

Impact patient :

Désaturation (oxygénothérapie interrompue, lunettes à oxygène non en place), nécessité d'augmenter l'oxygène à 9 l/min, saignement d'origine difficile à déterminer (sonde urinaire désadaptée, voie veineuse périphérique arrachée). L'examen neurologique est normal. Sur le plan traumatologique, le patient présente une ecchymose plantaire droite, une ecchymose para rachidienne gauche évoquant une lésion de décubitus témoignant d'une probable station prolongée au sol. Il n'y a pas de stigmatisme de traumatisme crânien (pas d'hématome, pas d'ecchymose, pas de plaie). Il bénéficiera d'un scanner cérébral de principe du fait du traitement anticoagulant (scanner normal, pas de signe d'hémorragie cérébrale).

ANALYSE SYSTÉMIQUE



Points clés de la chronologie des faits

- **J0 (samedi) fin d'après-midi** : Admission dans le service après passage aux urgences. Patient admis en chambre seule à pression d'air contrôlée munie d'un SAS (patient SARS-COV2 positif).
Aux urgences, mise en place d'une sonde urinaire à demeure suite à la présence d'un globe vésical supérieur à 900mL.
Patient sous oxygénothérapie avec lunettes à oxygène dès son admission, et sous antibiothérapie continue par perfusion intraveineuse (céfazoline) et dexaméthasone en intraveineux. Autres médicaments : hydroxyzine, tamsulosine en per os.
Patient très asthénique, au lit en continu, barrières de lit en place. Patient calme.
- **J1 (dimanche)** : Patient stable, toujours très asthénique, au lit en continu (pas de mise au fauteuil possible), barrières de lit en place en continu. Patient calme. Besoins en oxygène fluctuent entre 4 L/min et 6 L/min.
- **J2** : Etat stationnaire du patient.
Réévaluation du traitement médicamenteux : arrêt de l'hydroxyzine après la prise du matin. Introduction de phloroglucinol en complément de la tamsulosine, en raison de poussées sur la sonde urinaire signalées par le patient.
- **J3 – 3h00 environ** : Constantes normales, patient calme, au lit.
- **J3 – 5h30** : Lors du passage habituel de fin de nuit, patient retrouvé au sol, barrières de lit en place.
A chuté de son lit en passant par-dessus les barrières de lit.
Le patient gémit, du sang est en quantité importante au sol, la sonde urinaire est désadaptée, la voie veineuse périphérique est arrachée, les lunettes à oxygène ne sont plus en place.
L' équipe appelle l'interne de garde et relève le patient.
- **J3- 6h00** : Les bilans neurologique et traumatique réalisés par l'interne de garde ne mettent pas en évidence de critères de gravité de la chute.
- **J3- matinée** : Lors de la visite médicale, décision de réalisation d'un scanner cérébral de principe, le patient étant sous anticoagulant.
- **J3 -15h00** : Scanner cérébral qui confirme l'absence de saignement récent.

Causes immédiates identifiées

- Défaut d'évaluation du risque de chute,
- Mise en place systématique des barrières de lit, sans évaluation de la balance bénéfiques/risques (non-respect des recommandations en cas de risque de chute).

Identification des causes profondes

Catégorie de causes	Causes profondes identifiées
Patient	<p>Etat de santé, comorbidités et traitements favorisant les risques d'agitation et de chute :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient âgé, asthénique, - Atteint d'un syndrome infectieux (mauvaise tolérance du sepsis), - Hypoxique (lunettes à oxygène non en place au moment de la chute, elles étaient peut être enlevées avant), - Sous traitement médicamenteux à risque d'agitation ou d'insomnie (dexaméthasone, hydroxyzine), - Porteur d'une sonde urinaire potentiellement à l'origine d'un inconfort et d'une agitation, - Potentiellement douloureux à l'origine d'une agitation.
Individu (soignant)	<p>Représentation de la barrière de lit comme ayant un rôle protecteur fondée sur les messages anciens de formation (ne pas mettre de barrière de lit = faute professionnelle).</p> <p>Non représentation de la barrière de lit en tant que dispositif de contention physique.</p>
Équipe	<p>Défaut d'évaluation et de traçabilité du risque de chute.</p> <p>Défaut de traçabilité de l'évaluation de la douleur.</p> <p>Non représentation de la barrière de lit en tant que dispositif de contention. Absence de pratiques de prescription de barrières de lit.</p>
Tâches à accomplir	<p>Méconnaissance des documents disponibles sur la GED relatifs aux recommandations en cas de risque de chute.</p> <p>Pas de réévaluation du traitement médicamenteux au cours du week-end.</p>
Environnement de travail	<p>Patient dans une chambre à pression d'air contrôlée, à sas et fermée (pas de possibilité de surveillance passive du patient, pas de possibilité de l'entendre en cas d'appel à l'aide).</p> <p>Pas de dispositif permettant une surveillance à distance.</p> <p>Charge en soins très importante la nuit de la chute, charge de travail très élevée tout au long du week-end en lien avec la 4^e vague Covid (unité de survenue de la chute = unité Covid).</p>
Organisation Management	<p>Ressources humaines en maquette standard d'une unité de médecine, sous dimensionnée au regard de la charge en soins au regard des besoins des patients Covid+ de cette unité.</p> <p>Pas d'action de formation au plan de formation institutionnel sur les bonnes pratiques professionnelles concernant la contention physique.</p>
Contexte institutionnel	4 ^e ème vague Covid



Barrières de sécurité mises en oeuvre par l'équipe

Barrières	Actions
Récupération	/
Atténuation	Examen médical rapide du patient la nuit après la chute, réalisation d'un scanner cérébral le lendemain de la chute pour s'assurer de l'absence d'hémorragie cérébrale.



Perception du caractère évitable par les professionnels



Évitable

Probablement évitable

Probablement inévitable

Inévitable



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

Formation de l'équipe sur les barrières de lit (= contention qui se prescrit) et sur les bonnes pratiques professionnelles concernant la contention physique	Prévention	Récupération	Atténuation
Rappels de la nécessité d'évaluation du risque de chute et de la possibilité de lits bas en cas de risque de chute.	Prévention	Récupération	Atténuation
Rappels de la nécessité d'évaluation et de traçabilité de la douleur.	Prévention	Récupération	Atténuation
Projet d'acquisition de télémétrie de SpO2 avec report d'alarme dans le bureau IDE pour une unité où l'ensemble des patients pris en charge sont sous oxygénothérapie	Prévention	Récupération	Atténuation
Révision de la maquette RH médicale et paramédicale le nuit et le week-end (effectif depuis début décembre 2021)	Prévention	Récupération	Atténuation
Réévaluation et conciliation médicamenteuse dès que possible à l'admission des patients.	Prévention	Récupération	Atténuation



Références

- HAS. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Novembre 2005. Accédé le 17 mai 2022. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf
- ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique chez la personne âgée. Octobre 2000. 42 p. Accédé le 17 mai 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_447526/fr/contention-physique-de-la-personne-agee

