

À partir d'une chute...

Evaluation des pratiques professionnelles

Dr DELMAS Candida
Médecin coordonnateur EHPAD USLD
EHPAD Résidence Ronzier Joly
Journée ARS 29 Novembre 2013

Définition EPP

Analyse de la pratique professionnelle
en référence à **des recommandations**
selon une **méthode validée** comportant la mise
en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des
pratiques.



Choix du thème par l'équipe +

Evènement indésirable

CHUTE

ayant suscité **à postériori**
un besoin d'expression,
d'en reparler...



Méthode **ALARM**



- Analyse structurée d'un EI.
- Identifie les causes immédiates et les causes racines.
- Spécifique à la gestion des risques en santé.

Vincent C et al. How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. BMJ 2000;320:777-781.



Méthode **ALARME** = approche systémique.





ALARME 1^{ère} étape



Reconstitution chronologique de tous les faits et actes précédant l'évènement.

Reconstitution factuelle et non interprétative.

- Demande d'admission: femme de 92ans vivant en EHPAD, rapprochement familial. GIR 2. En cours de rééducation d'une fracture de jambe droite traitée chirurgicalement.
- Antécédents: FA, BPCO avec décompensation cardiaque, hypothyroïdie, fractures 2 malléoles, prothèse genou droit, fracture extrémité supérieure fémur droit, glaucome opéré.
- Traitement: Lasilix, Préviscan, Seroplex, Stilnox, Uvédose.

- J-3jours visite de préadmission : se déplace seule en FR sur les longs trajets, marche au déambulateur sur petits trajets. Transferts assis/debout seule. Se dit très volontaire et veut faire le maximum de chose toute seule. Présente une incontinence urinaire avec pulls ups journée et change complet la nuit. Dort avec une barrière de lit. Pas de prescription de contention physique. Mauvaise vue. Rééducation à poursuivre.
- J0 admission vendredi : installation, vérification matériel sans traçabilité. La résidente tient à faire les trajets debout, ne souhaite pas utiliser le FR. Aller/retour salle à manger/studio, environ 50 mètres.

- J1 samedi à 2h45: chute dans sa chambre en se levant du lit. Elle voulait replacer des vêtements sur une chaise. Pas d'obstacle. Éclairage insuffisant. Fiche déclarative de chute: 10 items/12. Pas de signes d'urgence vitale, la résidente est recouchée et surveillée par la veilleuse.
- J1 à 9h : l'infirmière note dorsalgie basse, hématome tempe droite, léger vertige, bonne orientation, propos cohérents. Appel médecin traitant : secrétariat pour visite le jour même. Administration antalgique palier I, alitement dans l'attente du médecin. Test sonnette du studio négatif, remplace la sonnette de la résidente.
- J1 fin après midi: pas de visite du médecin.

- J2 dimanche: bonne nuit, alitement poursuivi car dorsalgie. Constantes OK d'après l'infirmière sans traçabilité. Hématomes coccyx, jambes, épaule droite. L'infirmière décide de surveiller la résidente jusqu'au lundi évaluant le bénéfice risque défavorable d'une hospitalisation aux urgences le dimanche pour ce motif. Information famille OK.
- J3 lundi à 20h20: visite médecin, prescription radio.
- J4 : pas de fracture à la radio.
- J5: réhabilitation syndrome post chute important. Évaluation ergothérapeute pour adaptation du projet de soin et poursuite rééducation kinésithérapeute.
- J8: marche avec aide sur les déplacements internes sur petits trajets.



ALARME 2^{ème} étape

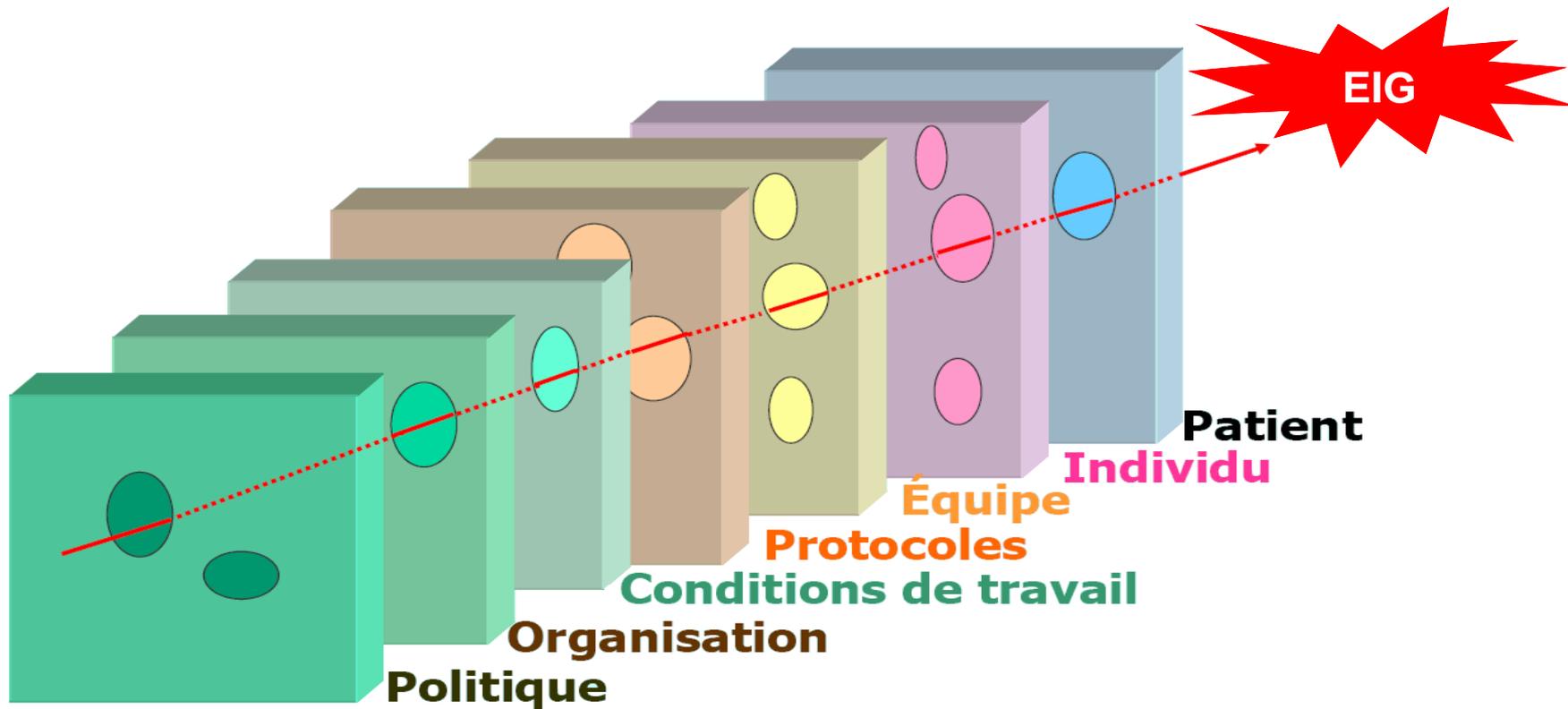
- Identification :
 - Acte ou situation survenue dont **la qualité est jugée insuffisante** par rapport à la norme attendue (bonnes pratiques, recommandations).
 - **Défaut de soins** pouvant être médical, infirmier, individuel, de groupe...
 - **Barrières de sécurité** : de prévention, de détection et de récupération, d'atténuation de la gravité..

- Traitement: Lasilix, Préviscan, Seroplex, Stilnox, Uvédose.
- J0 admission vendredi : installation, vérification matériel sans traçabilité. La résidente tient à faire les trajets debout, ne souhaite pas utiliser le FR. Aller/retour salle à manger/studio, environ 50 mètres.
- J1 samedi à 2h45: chute dans sa chambre en se levant du lit. Elle voulait replacer des vêtements sur une chaise. Pas d'obstacle. Éclairage insuffisant. Fiche déclarative de chute: 10 items/12. Pas de signes d'urgence vitale, la résidente est recouchée et surveillée par la veilleuse.
- J1 à 9h : l'infirmière note dorsalgie basse, hématome tempe droite, léger vertige, bonne orientation, propos cohérents. Appel médecin traitant : secrétariat pour visite le jour même. Administration antalgique palier I, alitement dans l'attente du médecin. Test sonnette du studio négatif, remplace la sonnette de la résidente.
- J1 fin après midi: pas de visite du médecin.
- J2 dimanche: bonne nuit, alitement poursuivi car dorsalgie. Constantes OK d'après l'infirmière sans traçabilité. Hématomes coccyx, jambes, épaule droite. L'infirmière décide de surveiller la résidente jusqu'au lundi évaluant le bénéfice risque défavorable d'une hospitalisation aux urgences le dimanche pour ce motif. Information famille OK.
- J3 lundi à 20h20: visite médecin, prescription radio.
- J4 : pas de fracture à la radio.
- J5: réhabilitation syndrome post chute important. Évaluation ergothérapeute et infirmière pour adaptation du projet de soin et poursuite rééducation kinésithérapeute.
- J8: marche avec aide sur les déplacements internes sur petits trajets.



ALARME 3^{ème} étape

Identification des facteurs favorisants



Modèle de Reason

Facteurs favorisants

Résident	Personnalité surestimation de ses possibilités
Professionnel	Stress car réseau médical local moindre en week-end, nouveau résident peu connu, formation ancienne à l'urgence médicale.
Equipe	Communication écrite insuffisante : vérification matériel à l'admission, saisie fiche déclarative de chute, évaluation douleur, constantes infirmières, réflexion bénéfice/risque infirmière.
Tâches à effectuer	Protocole d'hospitalisation, DLU existants mais non formalisation des protocoles d'aide à la décision en urgence. Réévaluation médicale du traitement dès l'admission.
Environnement de travail	Sensation qu'un week-end est plus à risque que la semaine alors que mêmes conditions de ressources humaines qu'en semaine.
Organisation	Culture sécuritaire à renforcer pour prendre conscience de l'importance de la traçabilité et apprendre à analyser les EI.
Politique	Réseau médical d'urgence pouvant se déplacer en EHPAD heures non ouvrables inexistant à ce moment là.

Barrières de sécurité

- **de prévention:** bonnes transmissions orales entre professionnels, vérification du matériel à l'admission.
- **de détection et récupération:** changement immédiat de la sonnette, pas de perte de temps dans l'alerte infirmière.
- **d'atténuation :** bonne synergie d'équipe, entraide entre métiers pour surveillance et réhabilitation, analyse bénéfique/risque de l'infirmière.



ALARME 4^{ème} étape

Rédaction de propositions de **mesures correctives et préventives** pour le fonctionnement **du système** afin de **prévenir** la survenue d'accidents similaires.

Actions d'améliorations

- **Check-list Environnement** préventif des chutes.
- **Fiche déclarative de chute** : sensibilisation bon remplissage et amélioration.
- Formalisation des **protocoles d'aide à la décision en urgence** pour les infirmières.
- **Sensibilisation à la traçabilité** des constantes et informations relatives à l'urgence et à la sécurité.
- **Participation au projet AMU Cœur Hérault** effective ce jour.

Check-list

Environnement préventif des chutes

Nom résident		
Studio		
Date		
Nom des professionnels		
Principales vérifications de l'environnement à effectuer	Cocher	Actions réalisées et proposition d'actions
Éclairage insuffisant ou mal orienté ou éblouissant (tester les éclairages)	Oui Non	
Présence d'encombrement ou obstacle au passage ou autres dangers (fils électriques, ...)	Oui Non	
Configuration du lieu de vie : circulation facile	Oui Non	
État du sol : surface inégale, déchirure du sol, bordure roulée, tapis qui gondole, sol mouillé ou verglacé, sol collant, glissant	Oui Non	
Présence d'élément de sécurité : main courante, barre d'appui.	Oui Non	
Siège de toilette ou siège de douche instable	Oui Non	
Sol de douche glissant	Oui Non	
Hauteur du lit adapté à la personne	Oui Non	
Hauteur des sièges adaptée à la personne	Oui Non	
Mobilier roulant ou mobile, adaptable, table de nuit	Oui Non	
Présence de meubles avec coins pointus	Oui Non	
Freins aux fauteuils	Oui Non	
Téléphone facilement accessible	Oui Non	
Si prescription contention barières, sont-elles bien vissées lorsque posées.	Oui Non	
L'environnement est adapté en fonction des troubles visuels (couleurs, repérage...)	Oui Non	
Chaise(s) de couleur différente du sol.	Oui Non	
Bon fonctionnement sonnette	Oui Non	
Présence d'une surface vitrée nécessitant un repérage visuel sur la vitre.	Oui Non	
Chaussage avec chaussures à talons larges légèrement surélevés à semelles fines et formes avec tige remontant vers le haut.	Oui Non	
Appareils auditifs	Oui Non	
Port de lunettes, correction de la vue	Oui Non	
Aides techniques présentes	Oui Non	
Obstacle sur le parcours studio/salle à manger	Oui Non	
Demande d'évaluation de l'environnement par ergothérapeute	Oui Non	

Les bonnes pratiques de soins en EHPAD-DGS/DGAS/SFGG oct. 2007

Date : _____
NOM : _____ **Prénoms** : _____
 Soignant ayant constaté la chute : _____
 Autres soignants présents dans l'unité : _____

Le patient

Température : _____
 Était-il à jeun ? oui non
 Portait-il des chaussures des chaussons des chaussettes ou bas
 ou était-il pieds nus
 A-t-il présenté un malaise ? oui non
 Un état d'ébriété a-t-il favorisé la chute ? oui non
 Le patient est-il agité ? oui non
 Le patient utilise-t-il une aide technique habituellement lors de ses déplacements ?
 oui non
 Si oui, canne béquille déambulateur
 Si oui, cette aide technique était-elle utilisée au moment de la chute ? oui non
 Si le patient porte habituellement des lunettes, les portait-il au moment de la chute ?
 oui non

L'environnement

Heure de la chute : _____
 Lieu de la chute : _____
 Quelle était l'action en cours ?
 En se levant du lit ou en se couchant
 En se levant d'une chaise ou d'un fauteuil ou en s'asseyant
 En se déplaçant pour des activités diverses
 Pendant la toilette
 En se rendant au WC ou en revenant des toilettes
 Au cours de l'habillage ou du déshabillage
 À l'ouverture ou à la fermeture d'une porte
 Autre : _____
 Un obstacle peut-il avoir été responsable de la chute ? oui non
 Si oui, lequel : le sol était-il glissant collant
 L'éclairage était-il suffisant ? oui non

Les conséquences

La chute a-t-elle causé des traumatismes physiques ? oui non
 Si oui, les décrire : _____
 Un médecin a-t-il été appelé d'urgence ? oui non
 Le patient a-t-il été transporté vers l'hôpital ? oui non
 Évaluation médicale
 Nom du médecin : _____
 Date : _____
 Conclusions du médecin : _____

Calendrier suivi des actions

	Indicateur	État d'avancement			
Check-list Environnement	Check-list réalisée				Dec. 2013
Sensibilisation et amélioration fiche déclarative chute	Mémo logiciel de soin Fiche chute corrigée				
Formalisation protocole d'aide à la décision	Protocole validé				Juin 2014
Sensibilisation constante	Mémo logiciel de soin				
Projet AMU	AMU effective				

EPP chute

- Démarche continue d'amélioration de la qualité.
- **Culture sécuritaire intégrée.**
- Collectif de travail intégrant tous les métiers.

**Entraide + détecter et récupérer +
temps de débat et construction de
solutions.**

Une équipe qui fonctionne bien influence positivement la sécurité des résidents.



Merci de votre attention.