

"Chute sévère d'un patient en rééducation"

par Bruno FRATTINI – Cadre Supérieur de Santé IADE – Expert en prévention des risques - MACSF



Tableau d'analyse des causes profondes

Ce matériel est réservé à un usage privé ou d'enseignement.

Il reste la propriété de la Prévention Médicale, et ne peut en aucun cas faire l'objet d'une transaction commerciale

Facteurs de la grille ALARM	Éléments de contexte – Causes identifiées
Facteurs liés au patient	<p>Patient 1</p> <ul style="list-style-type: none">• Agé de 68 ans, présente des antécédents de COVID, à l'origine de son hospitalisation en SSR. Aucun autre antécédent médical n'est signalé – a été opéré à 2 reprises pour des motifs traumatologiques anciens (fracture cheville et fracture poignet).• Est en climat de confiance depuis le début de son hospitalisation ; il est très satisfait des soins prodigués. La veille de la chute, l'asthénie a diminué, et il est noté une marge de progression très sensible sur son autonomie : toilette seul, marche sans aide, mais sur des petites distances. <p>Patiente 2</p> <ul style="list-style-type: none">• Hospitalisée pour altération de l'état général dans un contexte de maladie d'Alzheimer. Patiente décrite comme calme, non agressive, plutôt compliant et observante des consignes données... mais sur un temps court... elle est classée entre le stade 5 et 6 de cette maladie (troubles cognitifs marqués, mais pas d'incontinences signalées).• A besoin d'une surveillance constante dans les lieux non connus. Patiente qui déambule et qui s'est perdue à plusieurs reprises... présente de la défiance et quelques troubles obsessionnels compulsifs (change les chaînes de télévision régulièrement en salle de détente commune par exemple...).• A été hospitalisée pour un bilan global dans l'optique de planifier un programme de rééducation en hospitalisation de jour...
Facteurs liés aux tâches à accomplir	<ul style="list-style-type: none">• Pas de procédure rédigée sur l'accueil des patients sur les plateaux de rééducation ; ces tâches font partie du cœur de métier de la rééducation et chaque professionnel a sa propre organisation et l'adapte en fonction de la planification des soins.• Les soins de rééducation sont prescrits par un praticien spécialisé en médecine physique et de réadaptation.• Les soins de rééducation sont planifiés par le cadre de santé du secteur, en concertation avec les différents intervenants : kiné, ergo, APA...• Cette planification est envoyée dans le service d'hospitalisation des malades pour prise en compte dans la planification des soins généraux.
Facteurs liés à l'individu (professionnels)	<ul style="list-style-type: none">• Tous les professionnels impliqués dans cet incident déclarent n'avoir jamais rencontré ce type de dysfonctionnement.• Les professionnels présents ce jour-là n'ont pas décrit de fatigue excessive.

<p>Facteurs liés à l'équipe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La communication entre les professionnels est décrite comme satisfaisante au sein d'une même équipe soignante, mais perfectible entre les équipes... • Les échanges avec le patient 1 sont décrits comme qualitatifs et les professionnels de santé ont rapporté un patient qui s'est approprié les informations données et très observant des soins et consignes prescrits. • Les échanges avec la patiente 2 sont décrits comme difficiles du fait de sa pathologie neurologique. Elle est admise depuis 2 jours. C'est sa première séance sur le plateau de rééducation... • Les tâches sont réparties entre les membres de l'équipe en respectant les compétences de chacun. Aucune anomalie n'est relevée. • Il est retrouvé dans le dossier patient la notion de la maladie d'Alzheimer, avec comme éléments de précision des accès de comportements inadaptés. Cette notion n'était pas connue des professionnels du plateau de rééducation... • Aucune information précise de la maladie de la patiente 2 n'a été relayée lorsque le brancardier est venu la prendre en charge pour l'emmener en plateau de rééducation ; il n'a donc lui-même transmis aucune information aux professionnels du plateau de rééducation... • Les antécédents médicaux de la patiente 2 sont bien tracés dans la partie médicale du dossier patient informatisé (DPI). Les informations relayées par la famille sont consignées également (déambulation, troubles obsessionnels compulsifs...) mais n'ont pas bénéficié de transmissions ciblées... • Les professionnels de rééducation précisent n'avoir que peu de temps pour consulter le dossier patient : ils consultent la prescription du médecin MPR et parfois les transmissions ciblées/fiches de liaison, mais pas de manière systématique... • Dans le cas présent, la fiche de liaison pour la patiente 2 n'a pas été remplie. L'équipe soignante explique que l'hospitalisation prévue était de courte durée et en était exonérée...
<p>Facteurs liés à l'environnement de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le plateau de rééducation est récent : ce sont des locaux vastes, confortables, bien équipés. Les déplacements entre ateliers sont aisés mais la surveillance des patients dans les ateliers de travail est plus compliquée. • Le tapis de marche est récent : la tablette de programmation est accessible à la fois pour le soignant et pour le patient. La fonctionnalité « verrouillage » de l'écran n'a pas été activée pour laisser à certains patients (qui sont identifiés en capacité) la liberté de changer les éléments de programmation en fonction de la « forme » du moment (objectifs mini et maxi déterminés). • Le système d'information est opérationnel et les utilisateurs ne formulent pas de critiques négatives particulières. • La structure de soins dispose d'un DPI accessible par tous les professionnels de santé. Chaque métier dispose d'un espace pour tracer les actes de soins prodigués et réaliser des transmissions sur les événements marquants, consultables par les autres professionnels. • Ce DPI est construit pour permettre la consultation des éléments importants concernant les patients > fiche de transmissions/liaison entre secteurs. Pour la patiente 2, les notions de déambulation et troubles obsessionnels compulsifs n'ont pas été mis en exergue. • Le dimensionnement des équipes est déterminé en fonction des charges de travail habituelles ; il convient de signaler des difficultés de recrutement sur les métiers de kiné et ergo. Les effectifs sont souvent tendus, surtout sur les périodes hivernales > arrêts maladie signalés sur la période en cause (épidémies saisonnières). Il manquait un kiné dans les effectifs attendus.

	<ul style="list-style-type: none"> • La charge de travail est importante du fait de l'absentéisme. Les patients du kiné absent sont répartis sur les professionnels présents > connaissance restreinte des patients... • La dotation du chariot d'urgence du secteur est en adéquation avec la typologie de l'urgence à prendre en charge.
Facteurs liés à l'organisation et au management	<ul style="list-style-type: none"> • Les transferts de patients sont organisés : les patients qui ne sont pas autonomes sont accompagnés des services vers le plateau de rééducation par un brancardier. • L'encadrement et la Direction des Ressources Humaines signalent de grosses difficultés pour le recrutement des professionnels de rééducation, hormis les APA. • Le remplacement des professionnels absent est de fait très compliqué. L'intérim n'est pas une solution fiable, le recours à des vacataires reste difficile... • La sensibilisation à la culture de sécurité au sein de ce secteur n'est pas considérée comme optimale. • Il n'existe pas de cartographie de risques au sein du plateau de rééducation. • Le plan de formation continue ne relève pas d'actions sur l'amélioration de la communication entre équipes, sur la sensibilisation à la prévention des risques de manière générale.
Facteurs liés au contexte institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Le contexte financier de la structure n'appelle pas de commentaire. • Une dynamique de déclaration des EI modeste pour les plateaux de rééducation. • Le manque de communication entre équipes soignantes est connu de la structure.