

MOOC CHUTE 19

Apprendre de la chute

Pr René AMALBERTI

Conseiller pour la sécurité des patients à la Haute Autorité de santé (ARS)

La chute grave c'est toujours un drame dans le service et c'est un drame qui souvent est presque gardé confidentiel sur une partie de l'équipe et qui ne va pas profiter finalement en termes d'apprentissage. Si l'on veut parler de retour d'expérience, c'est avant tout parler d'apprentissage. Et on ne va pas faire que ça quand on va regarder une chute. On va évidemment avoir un retour vers le patient, vers sa famille, on va avoir un retour vers l'équipe et puis on a un troisième retour qui est pour les services d'à côté, les services de France et de Navarre qui pourraient tirer leçon de ce qu'on a vécu. Ces trois niveaux, c'est la base même de l'apprentissage sur la gestion des risques.

Une chute, c'est comme n'importe quel événement indésirable, quelque chose que l'on va analyser, alors jusqu'à présent essentiellement pour sa cause. On a maintenant des grilles, notamment la grille alarme qui est très connue où on a sept familles de causes qu'il faut aller analyser, dans laquelle évidemment la pathologie du patient et son risque de chute est un des points mais pas le seul puisqu'on a six autres familles de causes qui peuvent être imbriquées sur les éléments des circonstances du jour, le fait qu'il manque du personnel, le fait qu'on n'ait pas respecté les protocoles, etc.

Et de plus en plus, on ajoute une deuxième dimension, on va chercher pourquoi elle est arrivée, on va chercher comment on l'a gérée, ce qui va amener à un deuxième niveau d'analyse sur qu'est-ce qu'on a fait dans l'équipe non pas pour la prévenir mais pour finalement en limiter sa gravité ? Les deux composantes vont être vraiment le cœur de métier d'une l'analyse de ce qui s'est passé. On regarde en arrière pour trouver la cause et on regarde les conséquences pour bien comprendre comment l'équipe a été efficace ou pas efficace une fois que la chute est arrivée.

On ne chute pas parce qu'une infirmière ou un infirmier s'est mal comporté, on ne chute pas parce qu'on a une mauvaise famille ou qu'on est soi-même malade, on chute parce qu'il se passe un certain de facteurs qui causent finalement l'opportunité ou le malheur de la chute et donc, il y a forcément toute raison de penser que l'analyse doit être multidisciplinaire. Et on voit bien que c'est une équipe qui a pris en charge cette personne qui va chuter et c'est cette équipe qui doit être intéressée à l'analyse de cette chute, pas juste la dernière personne qui l'a vu ou une supposé responsable qui serait la seule personne qui a la responsabilité des chutes.

On pense souvent que la bonne restitution ce sont des restitutions officielles dans lesquelles on va regrouper plusieurs dossiers tous les trois mois, où on va faire un peu un panégyrie de toutes les chutes qu'il y a eu et où on va y consacrer du temps. Dans la réalité et dans la vie des services c'est extrêmement difficile à faire. C'est pas comme ça qu'on va passer l'information dans le service. Si on veut vraiment la passer, il faut être pragmatique, il faut

faire simple, il faut le faire dans les mots que les gens comprennent et il faut le faire vite. C'est la meilleure façon de faire vivre et de faire apprendre une information à l'intérieur d'une équipe.

Les leçons d'une chute sont ce qui est le plus important dans le fond. On sait que tous les patients qui chutent augmentent leur peur de chuter et que plus on va vers des chutes répétées, plus le patient va se restreindre spontanément. Et en se restreignant spontanément, il va tomber dans le risque de deuxième niveau qui est plus grand que le risque de chuter, qui est celui de perdre totalement son autonomie et d'avoir d'autres problèmes. Et donc ce travail doit être reconstruit avec la famille et il est presque aussi important que celui de la prévention propre à la chute.