

Mesure d'amélioration de la qualité: Prévention des chutes dans les hôpitaux et les cliniques

Déroulement de la demande	Date
Soumission	7 août 2023
Validation technique	27 novembre 2023
Validation contractuelle	8 janvier 2024
Publication	Janvier 2024

Généralités

Les mesures d'amélioration de la qualité (MAQ) sont des mesures concrètes et systématiques, reconnues par les partenaires conventionnels, relatives aux structures et processus d'un hôpital ou d'une clinique. Elles visent à améliorer un aspect de la qualité des traitements et de la sécurité des patients dans un champ d'action donné. Leur impact dans un hôpital ou une clinique spécifique est évalué et amélioré en permanence dans le cadre du concept de qualité global du champ d'action. **La MAQ est intégrée dans le cycle PDCA du concept de qualité du champ d'action.** Cette intégration doit être consignée et décrite dans le concept de qualité.

1. Délimitation de la mesure d'amélioration de la qualité

a) Nom de la mesure d'amélioration de la qualité
Prévention des chutes dans les hôpitaux et les cliniques
b) Classification
Les chutes à l'hôpital sont fréquentes: «Une chute est un événement au cours duquel une personne se retrouve involontairement au sol ou sur tout autre niveau inférieur (OMS, 2020).» Deux à douze pour cent des patients âgés chutent pendant leur hospitalisation. Quinze à quarante pour cent des patients ayant fait une chute sont blessés, dont six pour cent avec des blessures graves, comme des fractures de la hanche, nécessitant un traitement. Il en résulte des conséquences négatives pour les personnes concernées telles que des douleurs, une immobilisation et des séjours plus longs à l'hôpital. Pour l'hôpital, ces événements ont une incidence sur les coûts en raison de l'allongement de la durée d'hospitalisation.
c) Objectif de la mesure d'amélioration de la qualité
La prévention des chutes a pour objectif de réduire les chutes et de diminuer voire d'éviter les séquelles des chutes. Une évaluation multifactorielle du risque de chute et des protocoles d'intervention réduisent de manière significative le taux de chute. Les interventions doivent être planifiées et réalisées de façon ciblée en tenant compte des facteurs de risque propres aux patients, et si possible être associées à une éducation thérapeutique. L'implication des patients non atteints de troubles cognitifs et de leurs proches dans la prévention des chutes permet de réduire significativement le nombre de chutes et les blessures qui en résultent.
d) Champs d'action
<input type="checkbox"/> Culture de qualité <input checked="" type="checkbox"/> Sécurité des patients <input type="checkbox"/> Prise de décision fondée sur des données probantes <input type="checkbox"/> Système centré sur le patient
e) Disciplines(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Soins somatiques aigus <input checked="" type="checkbox"/> Psychiatrie <input checked="" type="checkbox"/> Réadaptation
f) Délimitation: départements/domaines, professions etc.
La prévention des chutes est en principe une tâche interprofessionnelle, dans laquelle les professionnels de la santé collaborent étroitement (médecins, infirmiers, thérapeutes tels que physiothérapeutes et ergothérapeutes, neuropsychologues, diététiciens etc.). L'évaluation clinique par des infirmières, des thérapeutes et des médecins expérimentés qui peuvent, très rapidement après l'admission, donner leur avis sur le risque de chute et le documenter, est cruciale. Seuls ou associés, des facteurs de risque extrinsèques, intrinsèques, environnementaux et comportementaux sont à l'origine de la plupart des chutes. L'utilisation d'évaluations du risque de chute permet d'identifier ces facteurs de risque de manière interdisciplinaire.

2. Méthodologie, développement et impact

a) Méthodologie de la mesure d'amélioration de la qualité

La prévention des chutes dans les hôpitaux et les cliniques englobe l'estimation des risques, l'évaluation des risques et la prophylaxie des chutes dans un délai de 24 heures (ou dès que l'état clinique des patients le permet), ainsi qu'une analyse post-chute après la survenue d'un événement et la planification de la sortie.

La clinique ou l'hôpital définit les délais, les responsabilités, etc. en fonction du collectif de patients et les consigne dans le concept de prévention des chutes. Il faut en outre déterminer si cette mesure d'amélioration de la qualité est appliquée de manière générale ou à certains groupes de patients (p. ex. en fonction du diagnostic, du parcours de soins, de l'âge, de la spécialité, etc.).

Un responsable qualité est désigné pour contrôler la mise en œuvre et garantir le développement du concept interne de prévention des chutes.

1. Estimation des risques

Lors de l'admission, des professionnels de la santé évaluent rapidement le risque de chute actuel d'un patient au moyen d'une évaluation de dépistage validée (sont recommandés: ePA-AC, Morse Fall Scale, mobilité 6 Clicks). Si aucun risque accru de chute n'est constaté lors de la première estimation, des mesures générales de prévention des chutes sont prises (instruction concernant le lit, lumière/éclairage nocturne, orientation dans l'environnement, chaussures, moyens d'aide à la marche, éducation à la prévention des chutes).

2. Évaluation des risques

Si le risque de chute est jugé accru après l'estimation initiale, les autres facteurs de risque (facteurs intrinsèques, extrinsèques, environnementaux et comportementaux) sont clarifiés dans le cadre d'une évaluation individuelle.

- Les facteurs de risque intrinsèques sont «propres au patient» et sont, pour la plupart, de nature physiopathologique. Il s'agit par exemple d'une limitation de la mobilité pour des raisons musculaires, de troubles cognitifs ou d'antécédents de chute.
- Les facteurs extrinsèques comprennent les facteurs environnementaux qui influencent de l'extérieur le risque de chute des patients. Il peut s'agir de médicaments (par exemple des sédatifs), mais aussi de moyens auxiliaires mal adaptés ou mal utilisés (cannes qui font trébucher) voire de chaussures inadaptées.
- Les dangers environnementaux sont un mauvais éclairage, le mauvais temps et un terrain difficile.
- Certains facteurs comportementaux – l'art et la manière dont le patient effectue les activités – peuvent également augmenter le risque de chute. Par exemple, le fait de se dépêcher pour aller aux toilettes ou de ne pas être concentré en montant et en descendant les escaliers.

Si aucun risque de chute supplémentaire avec les interventions correspondantes n'est documenté, bien qu'un risque accru de chute soit consigné dans l'estimation initiale, il convient de le justifier dans la documentation ad hoc (Une des raisons est par exemple baisse de l'acuité visuelle corrigée par des lunettes appropriées, qui sont portées).

Le service médical peut déclencher des examens complémentaires au moyen d'ordonnances correspondantes.

3. Prophylaxie des chutes

Des mesures adaptées sont prises en fonction des risques de chute évalués (évaluation des risques). Ces mesures et les éventuelles instructions sont consignées (p. ex. sous forme de documentation).

La prophylaxie des chutes et des blessures repose sur le principe selon lequel la combinaison de différentes interventions individuelles, ciblées et adaptées au patient permet de réduire le risque de chute et de blessure. Ces interventions multifactorielles, par exemple des exercices d'équilibre et de musculation combinés à une optimisation de la médication, permettent d'obtenir les meilleurs résultats dans la prévention des chutes.

L'évaluation et l'adaptation éventuelle des interventions de prévention des chutes sont réalisées régulièrement (recommandation: une fois par semaine, p. ex. dans le cadre de la visite des patients) et lorsque des changements surviennent. Les visites des patients s'y prêtent bien. Les mesures discutées sont documentées.

4. Analyse post-chute et évaluation systématique

Si une chute s'est produite, elle est enregistrée au moyen de protocoles de chute. Les responsabilités et les mesures sont consignées dans des documents propres à la clinique (p. ex. manuel de soins ou concept de prévention).

Les protocoles de chute sont systématiquement évalués (p. ex. fréquence, éventuels facteurs d'influence systémiques, etc.).

5. Planification de la sortie

Si le risque de chute reste élevé à la sortie, une instruction est donnée ou une fiche d'information sur la prévention des chutes est remise et la poursuite des mesures est recommandée, idéalement au plus tard 24 heures avant la sortie prévue. La mise en œuvre de ces mesures est consignée (service médical/infirmier/thérapeutes). Les résultats pertinents de l'estimation des risques, de l'évaluation des risques et de la prophylaxie des chutes (p. ex. l'évaluation de la sécurité de la marche et le risque de chute évalué en conséquence) sont consignés dans les rapports de sortie.

6. Formation / Transfert de connaissances

Il est fait en sorte que le concept de prévention des chutes soit connu de tous les collaborateurs impliqués et que les collaborateurs concernés connaissent et appliquent correctement les contenus (notamment les évaluations, le protocole de chute, les mesures). Cela s'applique aussi bien aux nouveaux collaborateurs qu'aux collaborateurs de longue date.

Annexes relatives à la méthodologie des mesures d'amélioration de la qualité





Aucune

b) Marge de manœuvre pour la conception

La saisie du risque de chute est pertinente aussi bien dans les hôpitaux de soins aigus que dans les cliniques de réadaptation et les cliniques psychiatriques. L'hôpital ou la clinique définit, dans le concept de prévention des chutes, les groupes de patients auxquels les MAQ sont appliquées. Ainsi, le concept propre à l'hôpital peut être transmis à des professionnels de la santé définis en interne. Ceux-ci exécutent le processus de saisie du risque de chute conformément aux directives du concept.

Une marge de manœuvre individuelle est nécessaire pour adapter le contenu et les mesures à mettre en œuvre aux besoins spécifiques de chaque hôpital/clinique.

Nous recommandons de travailler avec des évaluations validées existantes (des exemples sont cités au point 2a). Toutefois, une prescription exhaustive d'évaluations ne tiendrait pas compte des spécificités de l'hôpital.

c) Transférabilité possible dans d'autres départements et/ou hôpitaux			
Grâce à la marge de manœuvre individuelle prévue dans les MAQ, le concept peut être introduit dans tous les domaines où les patients sont soignés en stationnaire.			
d) Phase de développement			
Auto-déclaration: La mesure d'amélioration de la qualité ...			
<input checked="" type="checkbox"/> ... est axée sur la pratique.	<input checked="" type="checkbox"/> ... a été testée lors d'au moins un <u>projet pilote</u> .	<input type="checkbox"/> Pas rempli	
	<i>Par projet pilote il faut entendre la mise en œuvre de la mesure d'amélioration de la qualité et la collecte d'expériences dans au moins un hôpital ou un secteur d'hôpital.</i>		
Développement proche de la pratique par des professionnels de la santé directement impliqués. Testé cliniquement avec des adaptations propres à l'hôpital (USZ, KSW, Stadtspital Triemli, Solothurner Spitäler, KSSG).			
e) Effet souhaité sur la qualité des soins et/ou la sécurité des patients.			
Les conséquences négatives pour les personnes concernées, telles que les douleurs, l'immobilisation, les opérations ultérieures et les séjours hospitaliers prolongés, peuvent être réduites ou évitées. Pour l'hôpital, les coûts supplémentaires causés par les chutes sont réduits.			
<i>Annexes concernant l'impact, resp. concernant les données probantes.</i>			
Bibliographie			
<ul style="list-style-type: none"> - Matthew E. Growdon, MD, Ronald I. Shorr, MD and Sharon K. Inouye, MD: "<i>The Tension Between Promoting Mobility and Preventing Falls in the Hospital</i>"; JAMA Intern Med. 2017 June 01; 177(6): 759–760. doi:10.1001/jamainternmed.2017.0840 - Ann L. Hendrich (PhD, RN, FAAN), Angelo Bufalino (PhD), Clariencia Groves (DEng, CHDA): "<i>Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: The imperative to reduce modifiable risk factors</i>"; Applied Nursing Research 53 (2020) 151243 - Montero-Odasso, Manuel, et al.: "World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative"; <i>Age and ageing</i> 51.9 (2022): afac205 - Beth Taylor, DCN, RD-AP, CNSC, FCCM; Heidi Tymkew, DPT, MHS, PT, CCS; Kara Vyers, BS; Madeline Taylor, BS; Wilhelmina Roney, MSN, RNEileen Costantinou, MSN, RN-BC: "<i>Implementation of Fall Preventions Over the Past 15 Years: Impact on Inpatient Injury and Insights for the Future</i>"; J Nurs Care Qual • Vol. 35, No. 4, pp. 365–371 - Christina Wapp, Anne-Gabrielle Mittaz Hager, Roger Hilfiker and Philippe Zysset: "<i>History of falls and fear of falling are predictive of future falls: Outcome of a fall rate model applied to the Swiss CHEF Trial cohort</i>"; 10.3389/fragi.2022.1056779 			
			
The tension between promoting	Validation of the Hendrich II Fall Risk	Implementation of fall preventions over	History of falls and fear of falling are pr

3. Réalisation et coûts

a) Registre		
<i>La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle la tenue d'un ou de plusieurs registres?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
b) Certification		
<i>La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle une certification?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
c) Licences		
<i>La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle des licences (par ex. questionnaires, système IT)?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
d) Estimation des ressources humaines et financières pour la mise en œuvre de la mesure d'amélioration de la qualité		
<p>La prévention des chutes à l'hôpital fait partie intégrante de l'évaluation de l'état de santé par les infirmiers (ou autres professionnels de la santé). Ce relevé, souvent effectué au moyen de l'ePA-AC (ou d'autres outils d'évaluation), permet d'évaluer le risque potentiel de chute sans ressources supplémentaires en personnel. Les mesures directement mises en œuvre peuvent être intégrées dans les activités quotidiennes habituelles, mais nécessitent un investissement unique de départ plus important, estimé à 30 minutes. Il en va de même pour les clarifications complémentaires réalisées par le service médical et les thérapeutes. Les mesures mises en œuvre et les succès thérapeutiques correspondants sont abordés lors des visites des patients. Les résultats et les autres mesures peuvent y être discutés de manière interdisciplinaire (temps consacré à chaque discipline impliquée: 10 minutes). La documentation de cette discussion est consignée.</p> <p>Le temps supplémentaire consacré à la saisie du risque de chute n'est pas compensé par une augmentation correspondante du Case Mix Index (CMI) du diagnostic de base.</p> <p>La saisie du risque de chute et le temps supplémentaire correspondant en valent néanmoins la peine:</p> <ul style="list-style-type: none">- La saisie du risque de chute et les mesures déclenchées permettent d'éviter d'éventuelles chutes à l'hôpital. Cela permet d'économiser du temps, du personnel et des ressources financières.- Le patient peut se remettre de sa maladie aiguë dans un environnement sûr et la durée de son séjour reste optimisée.		

4. Contrôle de l'intégration dans le concept de la qualité interne

*L'organe de contrôle externe vérifie si la mesure d'amélioration de la qualité est intégrée au cycle d'amélioration de la qualité (PDCA). Des **critères** doivent être définis ici pour que le contrôle de cette intégration soit efficace et juste.*

Il existe un concept de prévention des chutes spécifiquement adapté aux besoins de l'hôpital/de la clinique. Celui-ci contient:

- Estimation des risques/Evaluation des risques/prophylaxie des chutes
 - la définition du collectif de patients dépisté
 - les instruments d'évaluation
 - le délai de réalisation de la première évaluation et les intervalles de contrôle
 - les mesures basées sur les risques (mesures standard ou mesures préventives adaptées)
 - normes de documentation, entre autres justification si aucune intervention n'est prévue malgré un risque accru de chute
 - responsabilités
- Analyse post-chute & évaluation systématique
 - protocole de chute: contenu du protocole et réalisation technique
 - procédure d'évaluation systématique des protocoles de chute (surtout à quels intervalles de temps ils ont lieu) et déduction de mesures
- Planification de la sortie
 - les résultats et les mesures prises avant la sortie sont documentés
 - les résultats pertinents de l'estimation des risques, de l'évaluation des risques, de la prophylaxie des chutes et d'éventuelles chutes sont consignés dans le rapport de sortie
- Formation / Transfert de connaissances
 - les intervalles de formation sont définis et garantissent que le concept de prévention des chutes est connu de tous les collaborateurs impliqués et que son contenu (entre autres, évaluations, protocole de chute, mesures) est correctement mis en œuvre

La mise en œuvre du concept est attestée au moyen:

- de la documentation du patient: estimation du risque, évaluation du risque, prophylaxie des chutes, planification de la sortie
- de l'évaluation systématique des protocoles de chute, y compris la déduction de mesures
- attestations de formation

5. Émettrice de la demande et conflits d'intérêt

Émettrice de la demande (institution)	Spitäler Schaffhausen Hôpital universitaire de Zurich
<i>Description des éventuels conflits d'intérêts de l'émettrice de la demande</i>	
Aucun conflit d'intérêts	