



Mesure d'amélioration de la qualité: Prévention des escarres – programme FHV

Déroulement de la demande	Date
Soumis	11.10.2022
Validation technique	13.12.2022
Validation contractuelle	06.04.2023
Publication	Avril 2023

Général

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 patient-e-s 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.

Modifications	Date
Chapitre 1e: Extension à la discipline de la psychiatrie	11.09.2023
Chapitre 1d: Adaptation des domaines thématiques en champs d'action sur la base du contrat de qualité révisé	18.09.2023

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

a) Nom de la mesure d'amélioration de la qualité
Prévention des escarres – programme FHV
b) Classification
<p>Le champ d'action est « sécurité des patients ». Les escarres sont des événements indésirables qui sont évitables dans une large mesure, grâce à une prévention adéquate. La survenue des escarres est également un marqueur de la qualité des soins (nutrition, gestion de l'incontinence, travail en équipe interprofessionnelle).</p> <p>Une mesure de prévalence est organisée chaque année par l'ANQ pour les services de soins aigus somatiques.</p>
c) Objectif de la mesure d'amélioration de la qualité
<p>Objectif global : réduction de la survenue des escarres (catégories 1-4+) acquises en milieu de soins.</p> <ul style="list-style-type: none">- Objectifs secondaires : dépistage systématique du risque d'escarres auprès de tous les patients apparentant au périmètre défini au point 1e, au moyen d'un score de risque reconnu (score de Braden ou score à équivalence démontrée). Mise en place d'un bundle d'actions de prévention pour tous les patients à risque.
d) Champs d'action
<p><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</p>
e) Disciplines(s)
<p><input checked="" type="checkbox"/> Soins somatiques aigus <input checked="" type="checkbox"/> Psychiatrie <input checked="" type="checkbox"/> Réadaptation</p>
f) Délimitation : départements/domaines, professions etc.
<p>Toutes les unités stationnaires de soins aigus somatiques, à l'exception de la gynécologie/obstétrique. Toutes les unités de réadaptation et de gériatrie/psychogériatrie.</p> <p>L'établissement définit si le service des urgences et les services semi-ambulatoires (p.ex. hôpital de jour, chirurgie de jour) font partie du périmètre.</p> <p>Les professions concernées sont toutes celles rattachées aux soins infirmiers, ainsi que les médecins, les diététiciens et les thérapeutes. Une prévention des escarres optimale est interprofessionnelle. Les spécialistes des plaies jouent un rôle d'expert et de coach.</p>

2. Méthodologie, développement et impact

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

Dépistage du risque

- Le score de Braden permet de dépister le risque d'acquérir une escarre.
- Ce score comprend : la perception sensorielle, la nutrition, la mobilité, l'activité, l'humidité, la friction et le cisaillement.
- Il est à documenter dans le dossier du patient au plus tard dans les 24 heures après son arrivée.
- Les patients dont le score sur l'échelle se situe entre 6 et 15 sont considérés comme à risque.
- Le score est réévalué à chaque changement d'état du patient et lors de changements de service.
- Lors de l'arrivée du patient, au plus tard dans les 6 heures, les soignants anticipent le score de Braden au travers de leur jugement clinique et mettent déjà en place des mesures de prévention pour les patients estimés à risque d'escarres.

Bundle de prévention

Pour tous les patients identifiés comme à risque d'acquérir une escarre, des actions de prévention sont mises en place selon les besoins individuels, sur les cinq axes suivants:

- S'assurer que le patient dispose de la bonne surface d'appui
- Inspecter régulièrement la peau
- Mobiliser et repositionner régulièrement le patient, décharger les points de pression
- Gérer l'humidité
- Optimiser la nutrition et l'hydratation

De plus, pour tous les patients, il convient de favoriser la mobilisation hors du lit, afin de prévenir le déclin fonctionnel, lui-même contributeur à l'acquisition d'escarres.

Documentation clinique

Il est nécessaire de documenter le score de Braden, le jugement clinique, la mise en place des actions de prévention, la sensibilisation du patient et les escarres dans le dossier du patient.

Implication du patient

Il faut également informer et former le patient et ses proches sur les actions de prévention dont le patient doit bénéficier et sur sa contribution possible.

Formation

Les professionnels des soins infirmiers doivent être formés au dépistage du risque d'escarres, à leur prévention et à leur détection. L'établissement définit le mode de formation et les modalités de celle-ci.

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

LPZ International, Dossier d'informations / manuel suisse, mesure nationale de la prévalence chutes, escarres et escarres enfants 2015 dans le cadre de la mesure internationale de la prévalence des indicateurs de soins

HIS. Prevention of pressure ulcers driver diagram and change package. Healthcare improvement scotland. 2011

Gibbons W, Shanks HT, Kleinhelter P, Jones P. Eliminating facility-acquired pressure ulcers at Ascension Health. Jt Comm J Qual Patient Saf. Sep 2006;32(9):488-496.

b) Marge de manœuvre pour la conception		
<p>L'établissement a la possibilité de choisir un autre score que celui de Braden. S'il fait ce choix, il apporte la preuve (littérature scientifique) que le score qu'il choisit est au moins aussi pertinent pour son contexte que le score de Braden.</p> <p>L'établissement peut choisir de mettre en place des mesures systématiques de prévention à partir d'un score de Braden d'une valeur de 16 au lieu de 15.</p> <p>L'établissement définit si les services semi ambulatoires (urgences, hôpital de jour, chirurgie d'un jour) sont inclus dans le périmètre ou non.</p>		
c) Transférabilité possible dans d'autres départements et/ou hôpitaux		
<p>Pour mettre en place ce concept de prévention, l'établissement doit organiser un enregistrement systématique des données suivantes :</p> <p>Jugement clinique : patient à risque d'escarre faible (anticipation d'un Braden de 16-23), patient à risque d'escarre moyen (anticipation d'un Braden de 12-15), patient à risque d'escarre élevé (anticipation d'un Braden de 6-11) avec heure d'enregistrement de cette évaluation.</p> <p>Score de Braden avec heure d'enregistrement de l'évaluation.</p> <p>Escarres survenues (enregistrement systématique), avec indication de la catégorie.</p>		
d) Phase de développement		
Auto-déclaration: La mesure d'amélioration de la qualité ...		
<input checked="" type="checkbox"/> ... est axée sur la pratique.	<input 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>	
e) Effet souhaité sur la qualité des soins et/ou la sécurité des patient-e-s.		
<p>Pour obtenir une réduction maximale des escarres, il convient de dépister le risque d'escarre systématiquement, auprès de chaque patient, au moyen d'un jugement clinique réalisé dans les 6 heures et d'un score de Braden établi dans les 24 heures suivant l'admission du patient. Pour tous les patients dont le jugement clinique indique un risque moyen ou élevé, le bundle de prévention est systématiquement mis en place. De même pour tous les patients dont le score de Braden est de 15 ou moins.</p> <p>Sur une base régulière (p.ex. trimestrielle), chaque unité de soins reçoit son indicateur d'incidence des escarres, son % de patients ayant un jugement clinique documenté dans les 6 heures, son % de patients ayant un score de Braden documenté dans les 24 heures, ainsi que son % de patients à risque d'escarre (Braden de 15 ou moins) ayant bénéficié de 5 sur 5 des actions contenues dans le bundle (extraction automatique du dossier du patient ou audit d'un échantillon de dossiers).</p>		

Annexes concernant l'impact, resp. concernant les données probantes.

Staines, A., Amherdt, I., Burnand, B., Rotzetter, M., Currat, P., Roux, S., & Lécureux, E. (2021). [Impact of a Swiss pressure ulcer prevention breakthrough collaborative](#). Journal of Evaluation in Clinical Practice, 27(5), 1143-1153.

Site [web](#) du programme Sécurité des patients et qualité des soins de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV).

3. Réalisation et coûts

a) Registre		
La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle la tenue d'un ou de plusieurs registres?	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
b) Certification		
La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle une certification?	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
c) Licences		
La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle des licences (par ex. questionnaires, système IT)?	<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>Au sein du projet pilote réalisé par la Fédération des hôpitaux vaudois, la phase de mise en place a duré 18 mois. Durant cette phase, chaque hôpital a disposé d'un chef de projet à 15%-45% d'activité (30% pour 200 lits). Deux autres membres de l'équipe de projet (spécialiste en plaies, qualitatif) sont intervenus à 10% d'activité.</p> <p>Les audits de mise en place des mesures de prévention (observance du bundle) ont nécessité 4 heures de revue de dossier par unité de soins et par trimestre.</p> <p>Ces ressources ont été nécessaires pendant 18 mois. À l'issue de cette phase, ces ressources n'ont pas été maintenues. La pérennisation a été assurée par la structure organisationnelle ordinaire.</p>		

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.*

Un texte institutionnel décrit les pratiques attendues de dépistage du risque (jugement clinique dans les 6 heures, Braden dans les 24 heures), ainsi que le contenu du bundle de prévention mis en place pour tous les patients à risque. Ce texte définit un objectif de % des collaborateurs qui auront bénéficié d'une formation/sensibilisation et l'ambition de celle-ci.

Il définit également le rythme de calcul des indicateurs mentionnés sous 2e et de restitution aux équipes (affichage et discussion sur les actions d'amélioration).

Il décrit également comment cadres supérieurs s'impliquent et démontrent leur engagement dans la diffusion des bonnes pratiques et dans le suivi des indicateurs.

5. Émettrice de la demande et conflits d'intérêt

Émettrice de la demande (institution)	Fédération des hôpitaux vaudois
<i>Description des éventuels conflits d'intérêts de l'émettrice de la demande</i>	
La Fédération des hôpitaux vaudois a réalisé le programme présenté dans cette demande avec cinq de ses membres. Vis-à-vis de ces établissements elle a un intérêt à obtenir la reconnaissance de ce programme. Il n'y a aucun intérêt commercial ou économique pour la FHV.	

Pas en vigueur