

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

Déroulement de la demande	Date
Soumission	07.08.2023
Validation technique	27.11.2023
Validation contractuelle	08.01.2024
Publication	Janvier 2024
Mise à jour	Juillet 2026

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.

Résumé

Les chutes à l'hôpital sont fréquentes et peuvent être à l'origine de blessures, de douleurs, d'une immobilisation et de séjours prolongés, ce qui représente une charge tant pour les patients que pour les hôpitaux. Il a été démontré que des mesures fondées sur des preuves telles qu'une évaluation multifactorielle des risques, des protocoles d'intervention adaptés au cas par cas et l'éducation des patients et de leurs proches réduisent les chutes et leurs séquelles. La mise en œuvre de ces mesures peut être monitorée par des indicateurs clés de performance (KPI), ce qui permet tant d'accroître la sécurité des patients que de diminuer les coûts occasionnés par les chutes pour l'hôpital.

1. Délimitation de la mesure d'amélioration de la qualité (MAQ)

a) Nom de la mesure d'amélioration de la qualité
Prévention des chutes dans les hôpitaux et les cliniques
b) Objectif et effet souhaité de la mesure d'amélioration de la qualité sur la sécurité des patients et la qualité des soins
Les chutes sont des événements fréquents dans les hôpitaux: «On entend par chute un événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment.» (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. La prévention des chutes a pour objectif de réduire ces dernières et d'éviter ou de diminuer leurs séquelles et englobe les mesures suivantes basées sur les preuves: - évaluation multifactorielle des risques de chute fondée sur des études scientifiques et des lignes directrices (degré de preuve: 1a-2b, méta-analyses et études contrôlées); - protocoles d'intervention adaptés au cas par cas qui se fondent sur les facteurs de risque des patients (degré de preuve: 1b-2b); - éducation des patients et association des proches, notamment pour les patients ne souffrant pas de troubles cognitifs (degré de preuve: 1b, l'expérience pratique soutient la mise en œuvre). La mise en œuvre de ces mesures permet de réduire considérablement les chutes et les blessures associées et d'éviter ou de diminuer au maximum les conséquences négatives telles que les douleurs, l'immobilisation, les réinterventions et les séjours prolongés. Les hôpitaux et les cliniques voient aussi leurs coûts directs et indirects diminuer.
↗ Annexes relatives aux effets et aux preuves - 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 Vyders, 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
 Validation of the Hendrich II Fall Risk

c) Phase de développement de la mesure d'amélioration de la qualité
<i>La mesure d'amélioration de la qualité est axée sur la pratique et a été testée lors d'au moins un projet pilote. Les résultats et les réussites obtenus doivent être brièvement résumés.</i>
La mesure d'amélioration de la qualité ... ☒ ... est axée sur la pratique. ☒ ... a été testée lors d'au moins un <u>projet pilote</u>. <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>
Mesure d'amélioration de la qualité axée sur la pratique par des professionnels de la santé directement impliqués. Tests cliniques avec des adaptations propres à l'hôpital (USZ, KSW, Stadtspital Triemli, Solothurner Spitäler, KSSG).

2. Domaine d'application

a) Champs d'action
☐ Culture de qualité ☒ Sécurité des patients ☐ Prise de décision fondée sur des données probantes ☐ Système centré sur le patient
b) Discipline(s)
☒ Soins somatiques aigus ☒ Psychiatrie ☒ Réadaptation
c) Délimitation : départements/domaines, professions, etc.
La prévention des chutes est une tâche interprofessionnelle dans le cadre de laquelle des professionnels de la santé (médecins, soignants, thérapeutes [physiothérapeutes et ergothérapeutes], neuropsychologues, diététiciens, etc.) collaborent étroitement. Il est important que l'évaluation clinique soit effectuée par des soignants, des thérapeutes et des médecins expérimentés capables de se prononcer rapidement, soit dès l'admission, sur le risque de chute et de documenter ce dernier.

3. Méthodologie de la MAQ et contrôle de l'intégration dans le concept de la qualité interne

a) Méthodologie de la mesure d'amélioration de la qualité
Plan 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 du patient 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 et les responsabilités 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 seulement à certains

groupes de patients (p. ex. en fonction du diagnostic, du parcours de soins, de l'âge, de la spécialité, etc.).

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

Do

- **Estimation des risques**

Lors de chaque 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 recommandées: 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 (instructions concernant le lit, lumière/éclairage nocturne, orientation dans l'environnement, chaussures, moyens d'aide à la marche, éducation à la prévention des chutes).

- **Évaluation des risques**

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

- a. 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.
- b. Les facteurs extrinsèques comprennent les facteurs environnementaux qui influencent de l'extérieur le risque de chute des patients. Il peut s'agir de médicaments (p. ex. des sédatifs), mais aussi de moyens auxiliaires mal adaptés ou mal utilisés (cannes qui font trébucher) voire de chaussures inadaptées.
- c. Les dangers environnementaux sont un mauvais éclairage, le mauvais temps et un terrain difficile.
- d. Les facteurs comportementaux – des activités qui sont influencées par la manière dont le patient les effectue – 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 accompagné des interventions correspondantes n'est documenté, bien qu'un risque accru de chute soit consigné dans la première estimation, il convient de le justifier dans la documentation ad hoc. Une des raisons est par exemple la baisse de l'acuité visuelle corrigée par des lunettes appropriées.

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

- **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.

- **Formation et 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.

- **Analyse post-chute et évaluation systématique**

Si une chute s'est produite, elle est enregistrée au moyen de protocoles de chute. Ceux-ci doivent au moins contenir la date et l'heure de la chute ainsi que ses éventuelles séquelles. Il convient d'assurer le suivi documenté des séquelles d'une chute qui n'apparaissent qu'au fil du temps. Les séquelles d'une chute comprennent tant la blessure subie lors de la chute que les mesures diagnostiques et/ou thérapeutiques qui en découlent, quels que soient les résultats de ces dernières. Les responsabilités et les mesures sont consignées dans des documents propres à la clinique (p. ex. manuel de soins ou concept de prévention).

- **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 de 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.

Check

- **Analyse post-chute et évaluation systématique**

Lien avec les mesures ANQ concernant les chutes

Les résultats des mesures ANQ concernant les chutes doivent systématiquement être intégrés dans le cadre de l'évaluation de la prévention des chutes.

Soins somatiques aigus:

Dans le domaine des soins somatiques aigus, les indicateurs «Chute à l'hôpital» et «Chute avec séquelles» sont mesurés dans le cadre de la mesure ANQ *Chute et escarre*. Les données relatives aux chutes et à leurs conséquences sont exportées à partir du système d'information clinique (SIC). Les résultats sont mis à la disposition des hôpitaux et des institutions par w hoch 2 GmbH dans un tableau de bord et au niveau national par la Haute école spécialisée bernoise (BFH) et l'ANQ sous forme d'un rapport comparatif national.

Psychiatrie de la personne âgée:

Dans les cliniques spécialisées en psychiatrie de la personne âgée (cliniques de type V), l'indicateur de mesure «Chute» fait actuellement l'objet d'une phase pilote. Comme pour la mesure dans le domaine des soins somatiques aigus, les données relatives aux chutes et à leurs conséquences sont exportées à partir du SIC et les résultats seront mis à la disposition des cliniques dans un tableau de bord et un rapport national.

Les taux d'incidence suivants sont présentés dans les mesures en tant qu'indicateurs de résultats centraux:

- taux d'incidence (pour 1000 jours de soins) de chutes dans l'hôpital/la clinique;
- taux d'incidence (pour 1000 jours de soins) de chutes dans l'hôpital/la clinique avec séquelles.

Les résultats des mesures ANQ doivent être systématiquement utilisés dans le cadre de la phase Check:

- en tant que KPI de résultats centraux pour évaluer la prévention des chutes;
- pour identifier des potentiels d'amélioration;

- pour monitorer/surveiller des tendances au fil du temps; - en tant que base de benchmarking interne ou externe (si disponible). Dès qu'ils sont disponibles, les résultats des mesures ANQ doivent être évalués, faire l'objet de discussions avec les équipes responsables et reliés aux analyses internes (notamment les protocoles de chute, les analyses post-chute et les KPI internes). Les mesures qui en découlent doivent être mises en œuvre et vérifiées selon le cycle PDCA. Remarque: Dans les domaines spécialisés sans mesure ANQ concernant les chutes, il convient de collecter au minimum les KPI internes et les analyses obligatoires ci-après pour évaluer la prévention des chutes.
L'efficacité des mesures de prévention des chutes est systématiquement vérifiée dans le cadre de la phase Check. L'objectif consiste à analyser en continu les chutes survenues, leurs causes et l'efficacité des mesures de prévention mises en œuvre et à en déduire des améliorations ciblées. L'évaluation se fonde sur l'utilisation combinée de protocoles de chute, d'analyses post-chute, d'indicateurs de qualité (KPI) définis et, s'ils sont disponibles, de résultats de mesures nationales de la qualité (ANQ) relatives aux chutes. Les protocoles de chute, les analyses post-chute et les KPI sont systématiquement évalués (p. ex. fréquence, éventuels facteurs d'influence systémiques, etc.) et des mesures d'amélioration sont déduites des résultats. Les KPI obligatoires sont les suivants: • taux d'incidence de chutes (pour 1000 jours de soins); • taux d'incidence de blessures liées à des chutes (légères, modérées, graves); • séquelles (pour 1000 jours de soins). Les KPI suivants peuvent compléter l'évaluation: • durée de séjour après une blessure liée à une chute; • part des patients victimes de plusieurs chutes (≥ 1 chute); • part des patients dont l'estimation des risques de chute a été documentée dans un délai de 24 heures; • part des patients ayant participé à des mesures d'éducation ou de prévention.
Act Les constatations tirées de l'évaluation et de l'analyse post-chute sont intégrées dans le développement ultérieur du concept de prévention des chutes. L'adaptation des mesures, des formations ou des processus se fonde sur les résultats.
<i>Annexes relatives à la méthodologie des mesures d'amélioration de la qualité</i>
Aucune
b) Contrôle de la mesure d'amélioration de la qualité
<i>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.</i>
Il existe un concept de prévention des chutes spécifiquement adapté aux besoins de l'hôpital/de la clinique. Celui-ci contient: • l'estimation des risques/l'évaluation des risques/la prophylaxie des chutes; ○ définition du collectif de patients dépisté ○ instruments d'évaluation

- délai de réalisation de la première évaluation et intervalles de contrôle
- 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
- l'analyse post-chute et l'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
 - taux d'incidence de chute pour 1000 jours de soins: ce taux doit être interprété de manière nuancée en tant qu'indicateur de qualité étant donné qu'une prévention des chutes systématique et mise en œuvre dans les règles de l'art réduit certes le risque de chute, mais ne peut pas les empêcher entièrement. De plus, il y a un conflit d'objectifs entre la nécessité d'une mobilisation et la prévention des chutes, de sorte qu'un faible taux de chute n'est pas en soi synonyme d'une meilleure qualité des soins.
 - taux d'incidence de blessures liées à des chutes (légères, modérées, graves)
 - séquelles (pour 1000 jours de soins).
 - définition et calcul de KPI internes complétant les indicateurs de résultat issus des mesures ANQ concernant les chutes (si disponibles)
- la 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
- la formation et le 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;
- d'attestations de formation.

Plan

- Existence d'un concept de prévention des chutes
- Définition des délais, des responsabilités et des domaines d'application
- Définition du collectif de patients
- Désignation d'un responsable de la qualité pour la prévention des chutes
- Définition des instruments d'évaluation employés

Do

- Réalisation de formations pour les collaborateurs impliqués
- Taux de chute

Check

- Utilisation des résultats issus de la mesure ANQ concernant les chutes (ou, s'ils ne sont pas disponibles, de KPI internes) pour évaluer la prévention des chutes

- Preuve documentée de l'analyse et déduction de mesures sur la base de ces résultats (mesure ANQ ou KPI internes)
- Part des protocoles de chute évalués
- Part des chutes ayant fait l'objet de mesures d'amélioration
- Part des patients ayant fait l'objet d'une estimation des risques en fonction du groupe cible
- Part des patients dont l'évaluation des risques a été documentée en cas de risque accru
- Part des patients pour lesquels la prophylaxie des chutes individuelle a été mise en œuvre
- Nombre de collaborateurs formés en fonction du groupe cible
- Degré de documentation des mesures mises en œuvre (p. ex. documentation de suivi, instructions, adaptation des moyens auxiliaires)

Act

- Preuve des mesures découlant de la phase Check

4. Marge de manœuvre, transférabilité et ressources nécessaires

a) Marge de manœuvre et transférabilité
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 3a). Toutefois, une prescription exhaustive d'évaluations ne tiendrait pas compte des spécificités de l'hôpital. La marge de manœuvre individuelle prévue dans la MAQ permet d'introduire le concept dans tous les domaines stationnaires dans lesquels des patients sont soignés.
b) Estimation des ressources humaines et financières pour la mise en œuvre de la mesure d'amélioration de la qualité
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. La discussion des 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. 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.

La saisie du risque de chute et le temps supplémentaire correspondant en valent néanmoins la peine: - 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.

5. Registres, licences et certifications (coûts inclus)

a) Registres		
La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle la tenue d'un ou de plusieurs registres?	☐ Oui	☒ Non
b) Certification		
La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle une certification?	☐ Oui	☒ Non
c) Licences		
La mesure d'amélioration de la qualité prévoit-elle des licences (par ex. questionnaires, système IT)?	☐ Oui	☒ Non

6. Émettrices de la demande et déclaration des conflits d'intérêts

Émettrices de la demande (institutions)	Spitäler Schaffhausen Hôpital universitaire de Zurich
Description des éventuels conflits d'intérêts des émettrices de la demande	