



Centre hospitalier universitaire vaudois

Prévenir les chutes: une affaire d'équipe

Projet pilote de dépistage, prévention et gestion des chutes au CUTR Sylvana

SIDIEEF, Bordeaux 6 juin 2018

Gloria Hamel-Lauzon Inf. MSc.Inf., ICLS

Viviane Szostak, MA., ICS

CUTR Sylvana, Epalinges



Plan de présentation



- Introduction
- Epidémiologie
- Etat des connaissances
- Objectifs du projet
- Méthode
- Définition de la chute
- Modèle d'implantation
- Nos processus
- Les résultats
- Conclusion
- Perspectives futures

Introduction

Service de Gériatrie et de réadaptation gériatrique: Le CUTR Sylvana, Epalinges



EPIDÉMIOLOGIE

- Selon l'OMS, 30% des personnes de plus de 65 ans et 50% des personnes de plus de 80 ans font une chute.¹ Les personnes qui font le plus grand nombre de chutes mortelles sont des personnes de plus de 65 ans.
- **En France, les chutes seraient responsables à court terme de 12,000 décès par an; et 40% des personnes âgées hospitalisées pour chute sont orientées vers une institution.²**

¹ www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/.../policy-brief-on-healthy-ageing-FRE.pdf

² Corpus de Gériatrie-Janvier 2000. Chapitre 4, Les chutes, p41.

ETAT DES CONNAISSANCES

- Les patients en réadaptation gériatrique font 3 fois plus de chutes que les patients en EMS.¹
- Au cours de la réadaptation 50% des patients feront une chute.¹
- Les stratégies de prévention devraient être globales et multiformes².

¹Aleksandra A. Zecevic, Alvin Ho-Ting Li, Charity Ngo, Michelle Halligan, Anita Kothari; Improving safety culture in hospitals: Facilitators and barriers to implementation of Systemic Falls Investigative Method (SFIM), *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 29, Issue 3, 1 June 2017, Pages 371–377, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx034>

² Humbert, M et Bulca, C. docplayer.fr/11186207-Prevenir-sans-compromettre-l-independance-a-domicile.html
http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf

OBJECTIFS DU PROJET

1. Diminuer notre taux de chutes et de chutes avec conséquences.
2. Disposer d'un processus de dépistage du risque de chutes
3. Mettre en place des stratégies afin d'assurer le niveau de sécurité optimal pour nos patients.
4. Mettre en place des stratégies d'intervention pour assurer la prise en charge des patients ayant chuté.
5. Mettre en place un dispositif pour évaluer les stratégies, le suivi pour identifier les pistes d'amélioration continue.

METHODE



- **Modèle d'implantation:** *Knowledge translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice (2009)*
- **Durée:** 1.09.2016 au 31.12.2016 (16 semaines)
- **Lieu du projet:** Unité de réadaptation gériatrique, 3e étage: 17 lits
- **Patients admis au cours de la période du projet:** (n=97)
- **Participants (équipe soignante):** (n= 17+ 2*)
8 ID, 5 ASSC, 2 AS + 1 Physio, 1 Ergo*, 1 Psychologue*, 1 ICUS, 1 ICLS

DEFINITION D'UNE CHUTE

Dans le cadre de notre projet, la définition de la chute la plus appropriée est la suivante:

« la chute se définit comme le fait de se retrouver involontairement au sol ou dans une position inférieure par rapport à sa position de départ . »¹

¹Ribadier, A., & Sainjeon-Cailliet, S. (2011). Identité et chute de la personne âgée. In *Protéger et construire l'identité de la personne âgée* (pp. 49-60). ERES. Cité dans le Rapport HAS (2009): www.has-santé.fr/portail/jcms/c_272503/previon-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agée.

MODELE D'IMPLANTATION

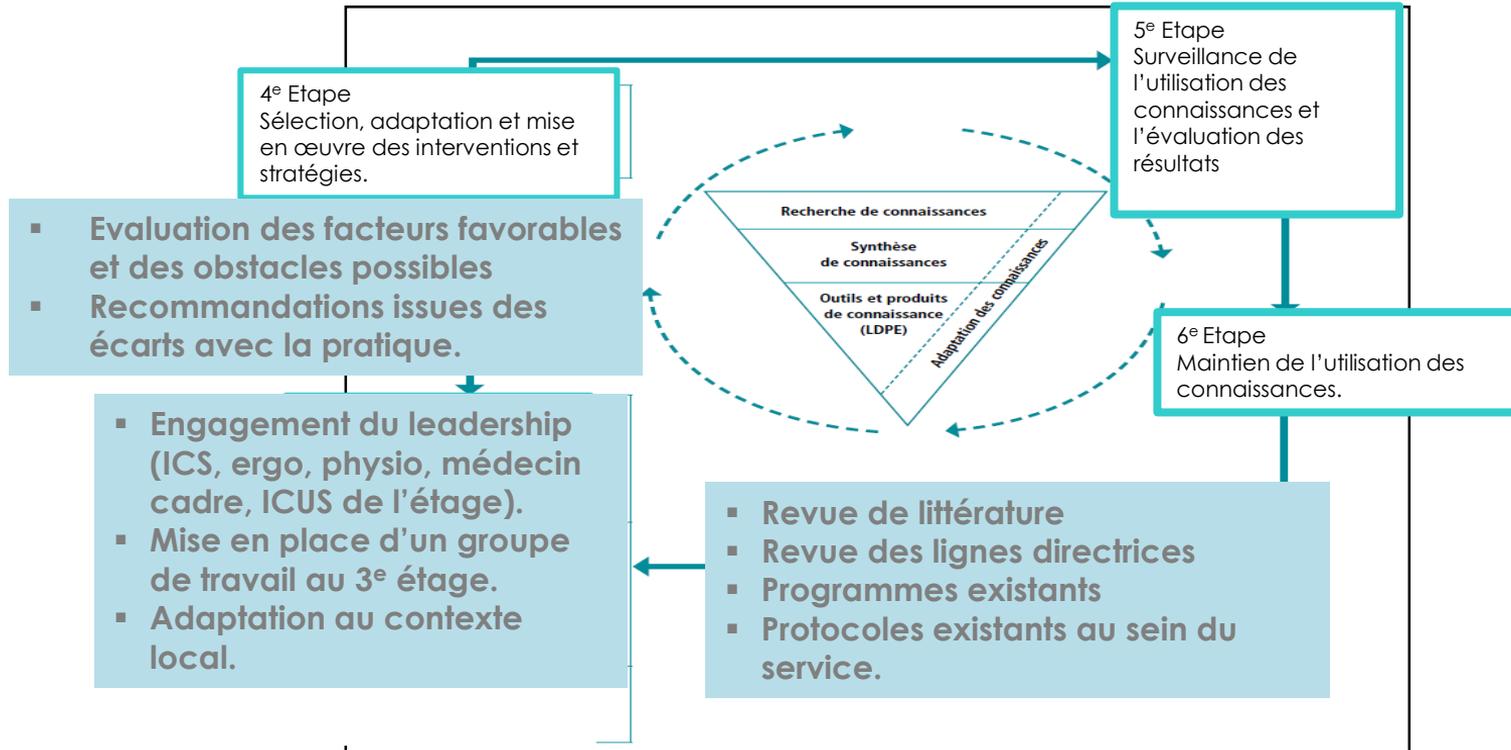


Figure 1 : Cadre de mise en pratique des connaissances révisé
Adapté de « Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice ». S. Straus, J. Tetroe et I. Graham.
Copyright 2009 Blackwell Publishing Ltd. Adaptation autorisée.

Graham ID, Tetroe J; KT Theories Research Group. Some theoretical underpinnings of knowledge translation. Academic Emergency Medicine. 2007 Nov;14(11):936-41.

4^e Etape ¹²³

Sélection, adaptation et mise en œuvre des interventions et stratégies.

- Dépistage du risque de chute
- Formation soignant / patient
- Identification du risque au lit du patient
- Une attention marquée aux chaussures
- Analyse post chute

- Bracelet d'alerte du risque
- Horaire mictionnel
- Revue de médicaments

} Non testés

Interventions testées et mesurées

- ✓ Echelle de MORSE
- ✓ Formation soignant: échelle de Morse
- ✓ Identification du risque au lit du patient:
Logo parachute
- ✓ Une attention marquée pour les
chaussures
- ✓ Analyse post-chute

¹Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient Fall Prevention Programs as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2013;158:390–396. doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005

²Ireland, S., Lazar, T., Mavrak, C., Morgan, B., Pizzacalla, A., Reis, C., & Fram, N. (2010). Designing a falls prevention strategy that works. *Journal of nursing care quality, 25*(3), 198-207.

³Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes (2010). Trousse de départ. Soins sécuritaires maintenant.ca. ICSP.

A. Interventions préventives systématiques au CUTR : concerne tous les patients



Nouvelle entrée ou transfert	Initiales
<input type="checkbox"/> Identification des facteurs de risque (les moments, lieux et circonstances des chutes); Noter dans Soarian <input type="checkbox"/> Impliquer la famille au besoin afin de comprendre le contexte de la chute et connaître ses habitudes, peurs, comportements, préférences, etc. <input type="checkbox"/> Encourager l'activité physique	
Histoire de chutes antérieures	Initiales
<input type="checkbox"/> Orienter le patient dans son nouvel environnement : WC, poste des infirmières, fonctionnement et horaire des repas, lieu des repas, rôle équipe interdisciplinaire (colloque, visite médicale) <input type="checkbox"/> Surveiller étroitement les déplacements du patient durant <u>les 3- 5 premiers jours</u> <input type="checkbox"/> Mettre la sonnette à portée de main en tout temps	
Déficits perceptuels et cognitifs	Initiales
<input type="checkbox"/> Réduire les stimuli environnementaux <input type="checkbox"/> Appliquer le protocole de PEC de l'ECA (état confusionnel aigu) le cas échéant <input type="checkbox"/> Mettre les moyens auxiliaires à portée visuelle ou de mains du patient	
Témérité	Initiales
<input type="checkbox"/> Vérifier la compréhension du patient aux consignes <input type="checkbox"/> Aider le patient à identifier les situations à risque <input type="checkbox"/> L'inciter à demander de l'aide <input type="checkbox"/> Placer à portée de main les objets usuels du patient et la sonnette	
Problèmes de mobilité	Initiales
<input type="checkbox"/> Favoriser la mobilisation et la participation du patient à ses soins <input type="checkbox"/> Mettre un fauteuil adéquat à sa portée <input type="checkbox"/> Rappeler les consignes de sécurité <input type="checkbox"/> Soulager la douleur <u>avant</u> la mobilisation s'il y a lieu <input type="checkbox"/> Chaussures et pantoufles sécuritaires (fermées, bien ajustées, talon bas, semelles antidérapantes) <input type="checkbox"/> Auxiliaires à la marche : en bon état, bien ajustés, bien utilisés;	
Médication	Initiales
<input type="checkbox"/> favoriser les approches non médicamenteuses <input type="checkbox"/> surveiller les manifestations indésirables (étourdissement, somnolence, etc.) surtout lors des changements de médicaments <input type="checkbox"/> avec le médecin, revoir les médicaments au besoin.	
Hypotension orthostatique	Initiales
<input type="checkbox"/> Réaliser un test de Shellong et considérer avec le médecin la mise en place de bande de compression <input type="checkbox"/> Bien hydrater le patient <input type="checkbox"/> Recommander au patient de se lever progressivement et attendre avant de se lever debout <input type="checkbox"/> Surveiller l'apparition des manifestations d'HTO lors des soins (maaises, vertiges)	
Troubles auditifs et visuels	Initiales
<input type="checkbox"/> vérifier le bon état et la propreté des lunettes et prothèses auditives <input type="checkbox"/> s'assurer qu'il porte ses lunettes et son appareil auditif (la nuit : accessibles au chevet)	
Facteurs extrinsèques/ environnementaux	Initiales
<input type="checkbox"/> <u>Éclairage suffisant</u> (nuit : veilleuse) □ <u>Planchers</u> : secs, sans reflets, sans encombrement (fils, etc.) □ <u>Lits</u> : niveau bas, freins appliqués □ <u>Sonnette d'appel</u> : à portée de main □ <u>Fauteuils</u> : bien ajustés au patient; □ Fauteuil roulant : freins appliqués et appui-pieds relevés et pivotés sur les côtés. □ <u>Équipement médical</u> : n'entravant pas les déplacements □ <u>Mobilier</u> : disposition n'entravant pas les déplacements, pas d'encombrement; □ <u>Salle de douche</u> : barres d'appui, sonnette d'urgence; □ <u>Corridor</u> : rampes accessibles, pas d'encombrement ou d'obstacles. □ Signaler tout équipement défectueux ou manquant (ex; barres d'appui, tapis antidérapant)	

Application : CUTR-SYL

CUTR - Echelle de Chutes MORSE

Formulaire de collecte de données

Diagnostic primaire : _____

Diagnostic secondaire : _____

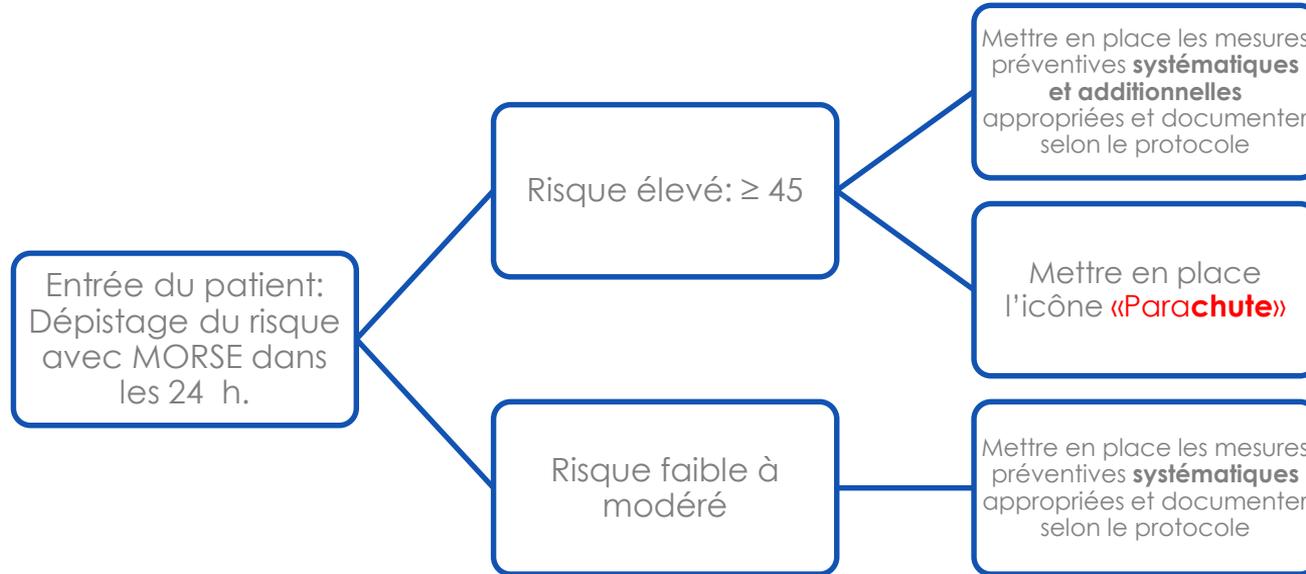
Catégorie de l'échelle de chutes MORSE	Encercler Oui / Non	Score	Score du patient	Mise à jour
1. Le patient/ la patiente a des antécédents de chutes	Non Oui	0 25		
2. Le patient/ la patiente a un diagnostic secondaire	Non Oui	0 15		
3. La patient/ la patiente utilise une aide à la marche lors de l'entrée : <i>Marche sans aide ou repos au lit ou fauteuil roulant</i> <i>Marche avec canne/ tintébin/rolator</i> <i>Se tient aux meubles</i>	Oui Oui Oui	0 15 30		
4. Le patient/ la patiente est relié à de l'équipement	Non Oui	0 20		
5. Démarche / Transfert du patient/ de la patiente <i>Normal / immobile/ repos au lit</i> <i>Faible</i> <i>Restreint</i>	Oui Oui Oui	0 10 20		
6. État mental du patient / de la patiente Connait ses propres capacités de mobilité <i>Suresstime / oublie ses limites</i>	Oui Oui	0 15		
Score total du patient / de la patiente				

Niveau de risque	Score de l'échelle de chutes de Morse	Mesures (verso)
Aucun risque	0-24	Mettre en place les interventions systématiques préventives (verso)
Risque faible à modéré	25-45	Mettre en place les interventions systématiques préventives (verso)
Risque élevé	≥ 45	Mettre en place les interventions systématiques préventives et additionnelles et personnalisées – situation à risque élevé (Annexe A)

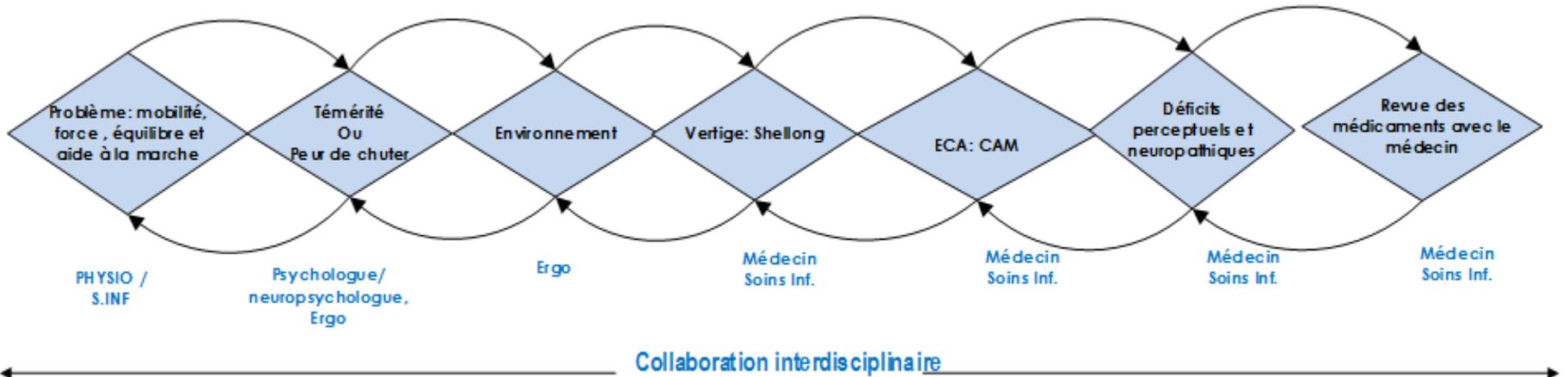
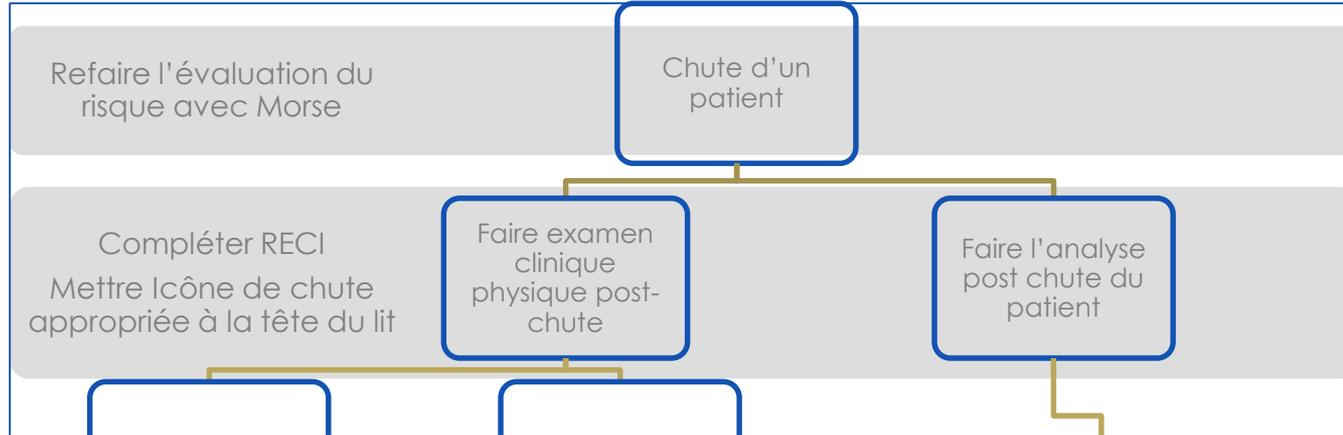
Date : _____ Heure : _____
Signature de l'ID qui a rempli le formulaire : _____
Mise à jour
Date : _____ Heure : _____
Signature de l'ID qui a rempli le formulaire : _____

Poser régulièrement ces trois questions à tous les patients à qui l'on prodigue des soins :
1) « Avez-vous besoin d'aller au WC
2) « Ressentez-vous de la douleur ou êtes-vous inconfortable ? »
3) « Avez-vous besoin de quoi que ce soit avant que je quitte la chambre ? »

Processus de dépistage



Processus lors d'une chute



Croix de Qualité et de Sécurité (CQS)

Mois : Avril 2016

Unité : 3^{ème}

Déclaration de **Chutes**

Chaque jour compléter la croix en temps réel (lors de la survenue de l'évènement).

N'oubliez pas d'écrire le NOM du patient (nom de famille) sur la ligne correspondante et lisiblement. Merci

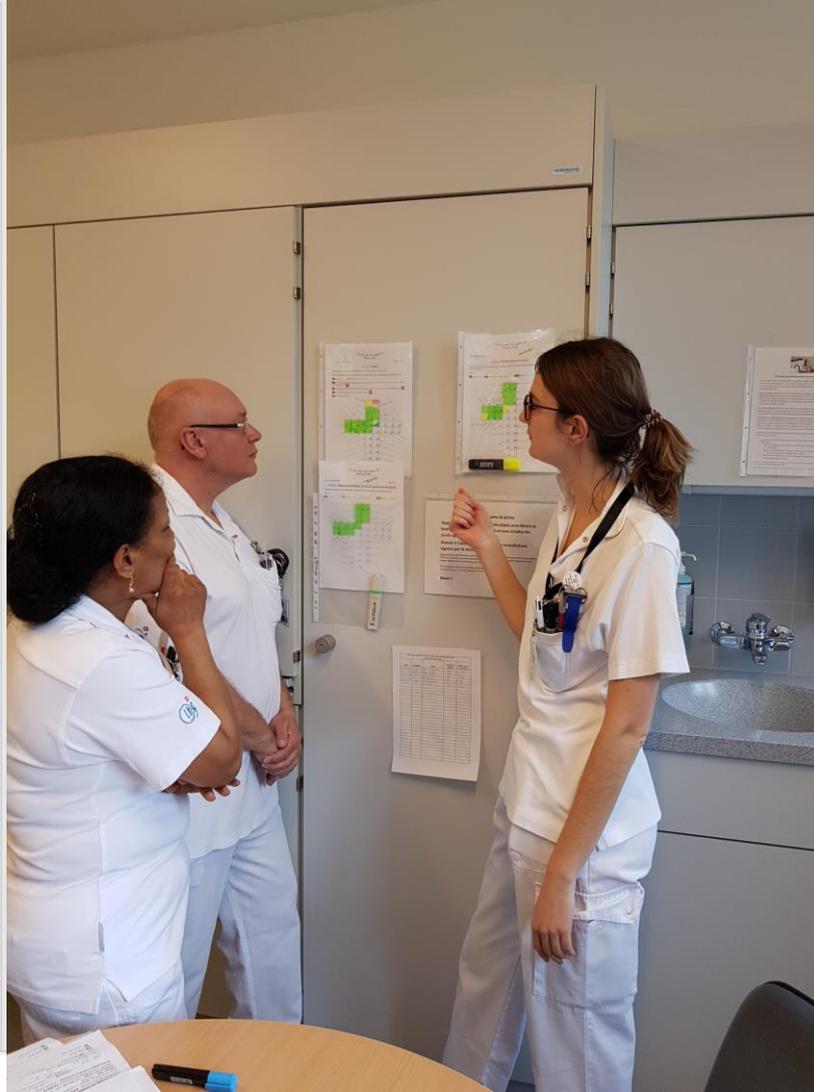
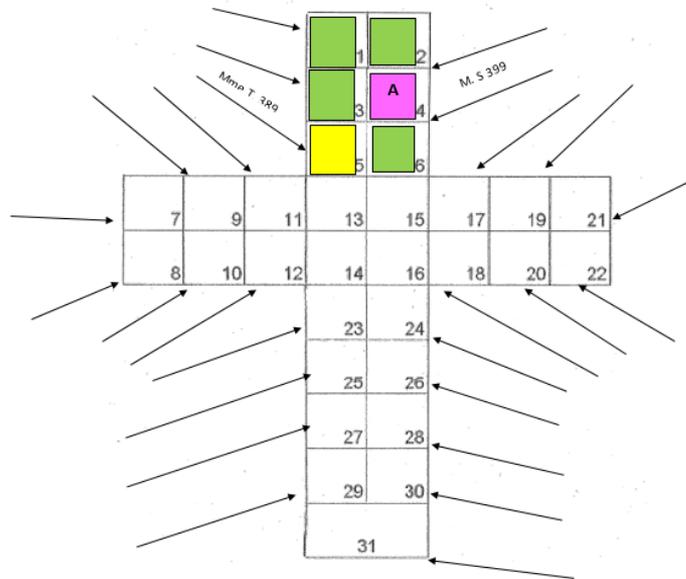
Vert : Zéro chute **Jaune** : Chute sans conséquences

Rose : chute avec blessures mineures petite coupure ou bosse, mais rien d'assez sérieux pour prolonger le séjour à Sylvana / inscrire A dans la case **A**

Rose : chute avec blessures sans conséquences permanentes : (points de sutures, Rayon X) / Inscrive B dans la case **B**

Rose : chute avec blessures graves / Inscrive C dans la case **C**

Bleu : 2^{ème} chute d'un patient



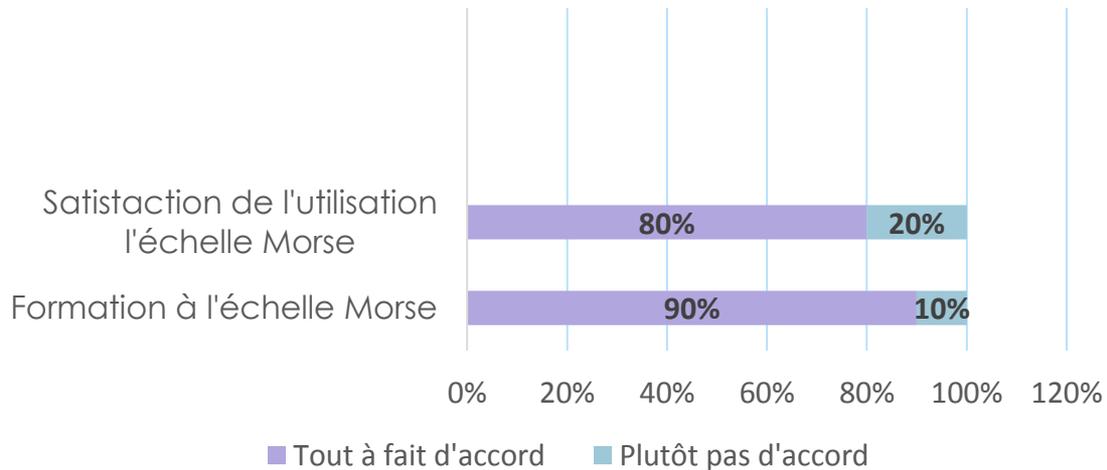
1) Questionnaire



Questionnaire: Résultats

Connaissances

- Formation sur Echelle de Morse
- Qualité d'utilisation de l'outil



Transfert des connaissances

- Utilisation du pictogramme et identification des mesures préventives
- Utilisation du formulaire d'analyse post-chute

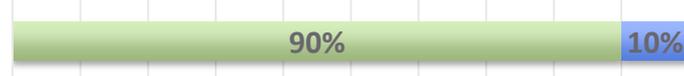
L'analyse post-chute est systématique



L'analyse post chute est complétée dans les 24 heures



Le processus d'utilisation du pictogramme est simple et rapide

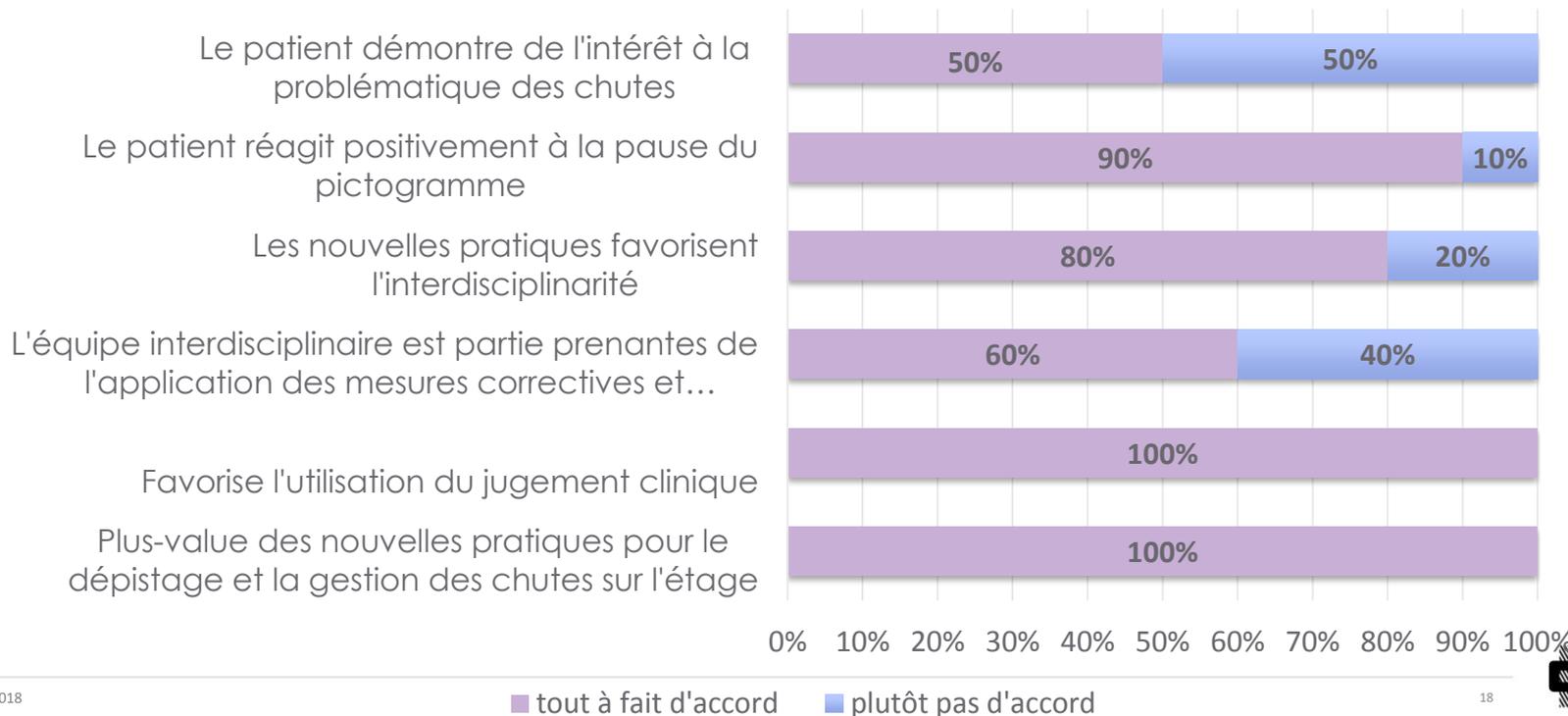


0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

■ tout à fait d'accord ■ plutôt pas d'accord

Perception des soignants

- Plus value des nouvelles pratiques
- Interdisciplinarité
- Patient partenaire (famille)

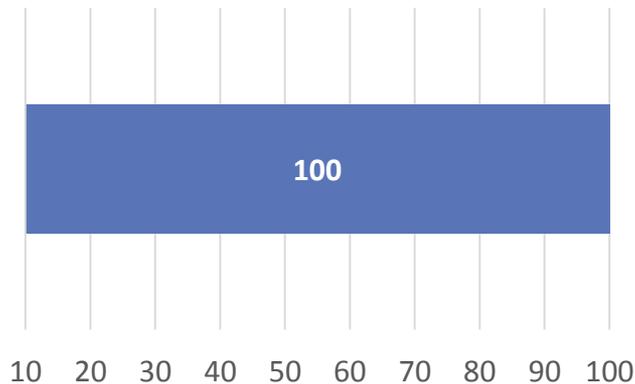


Perception des soignants

- Plus value des nouvelles pratiques
- Interdisciplinarité
- Patient partenaire (famille)

Question portant sur le déploiement des nouvelles pratiques

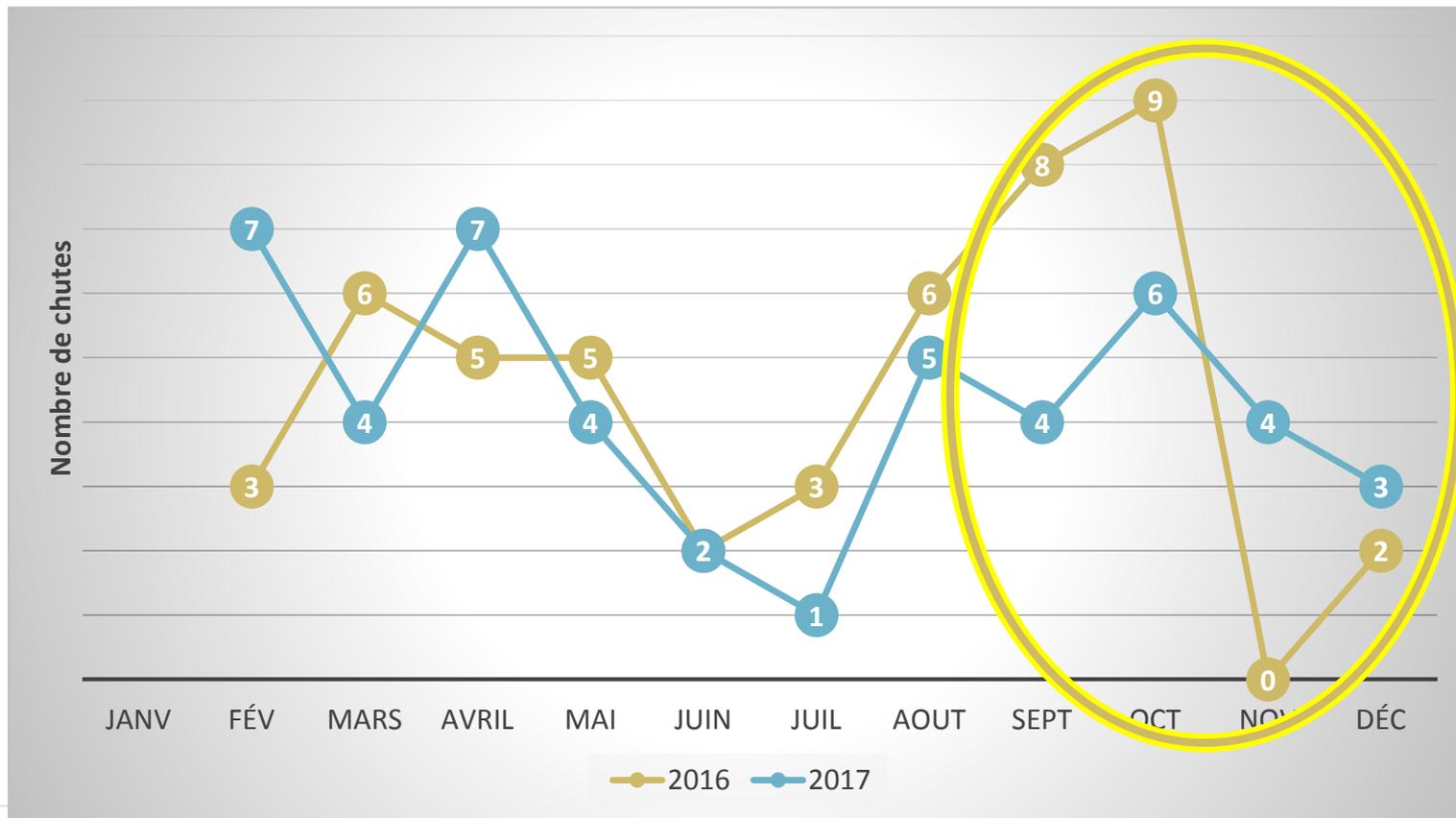
Je recommande le déploiement du protocole initié au 3e étage à tout Sylvania



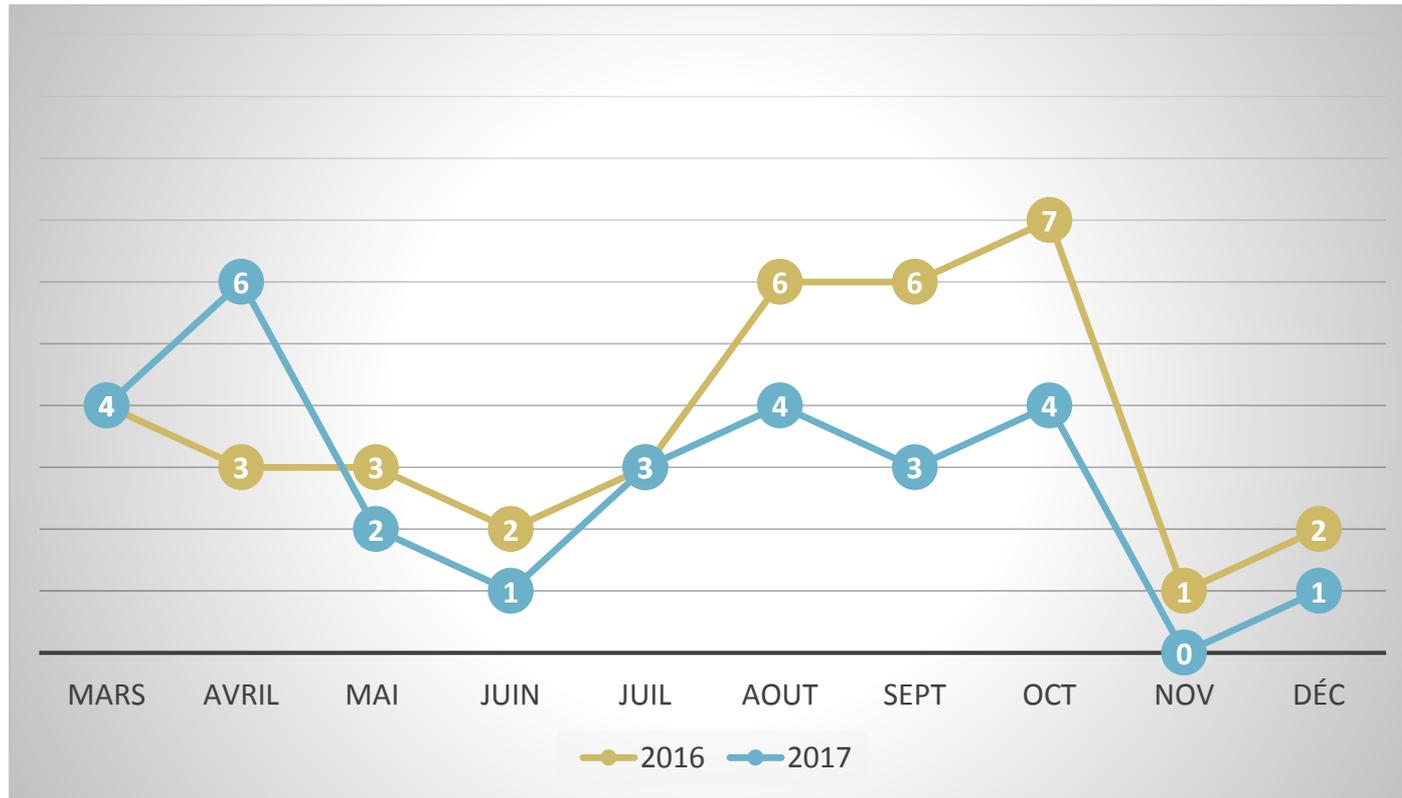
■ Totalement d'accord ■ Plutôt en désaccord

2) CQS

Nombre de chutes 3^e unité
2016-2017



Nombre de patients qui ont fait au moins une chute au cours du mois (multichuteurs)



Nombre de chutes avec conséquences (tout types confondus)

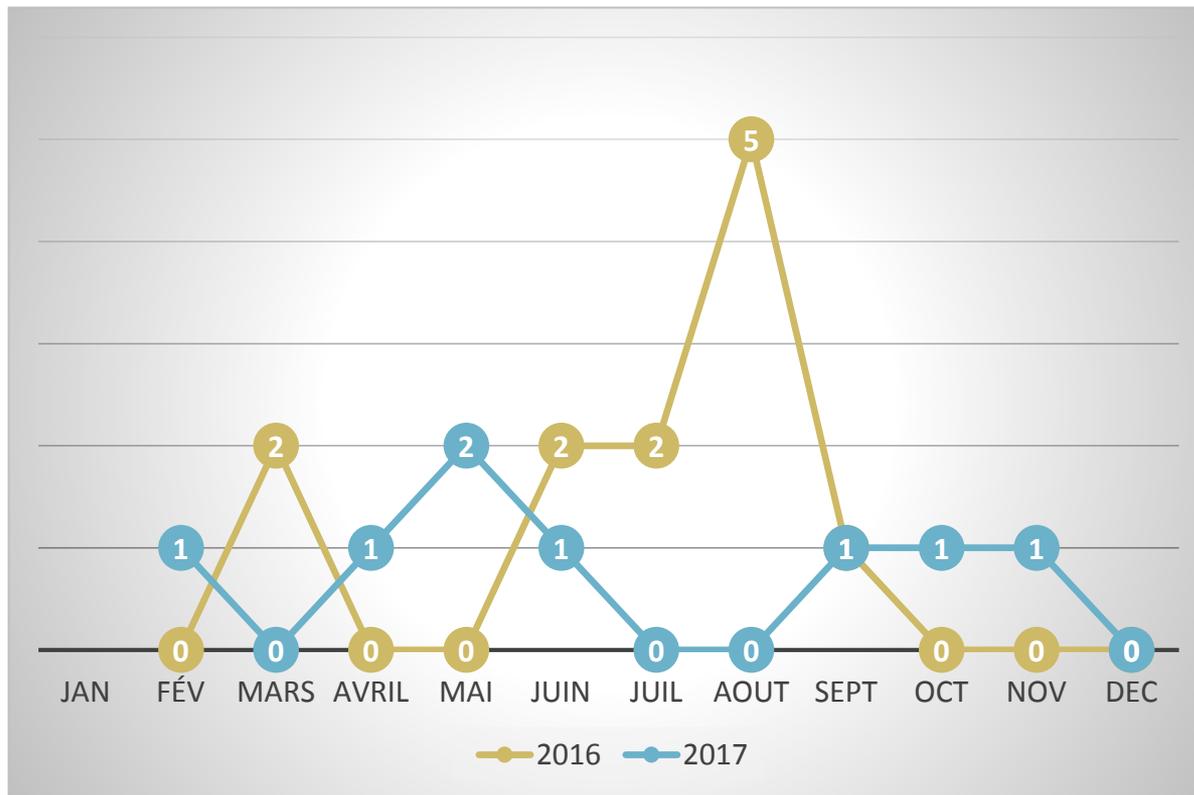


Tableau comparatif: Données brutes des chutes

1^{er} Septembre – 31 Décembre 2017

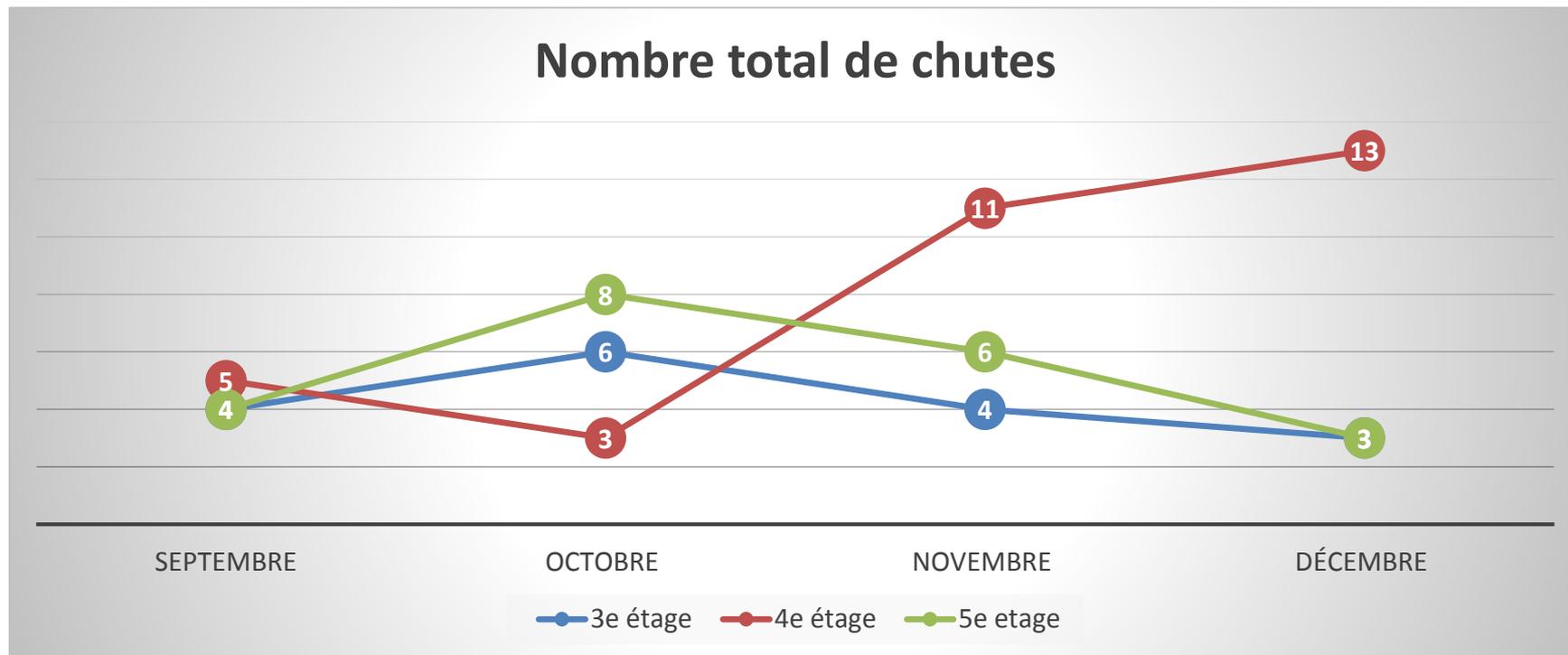
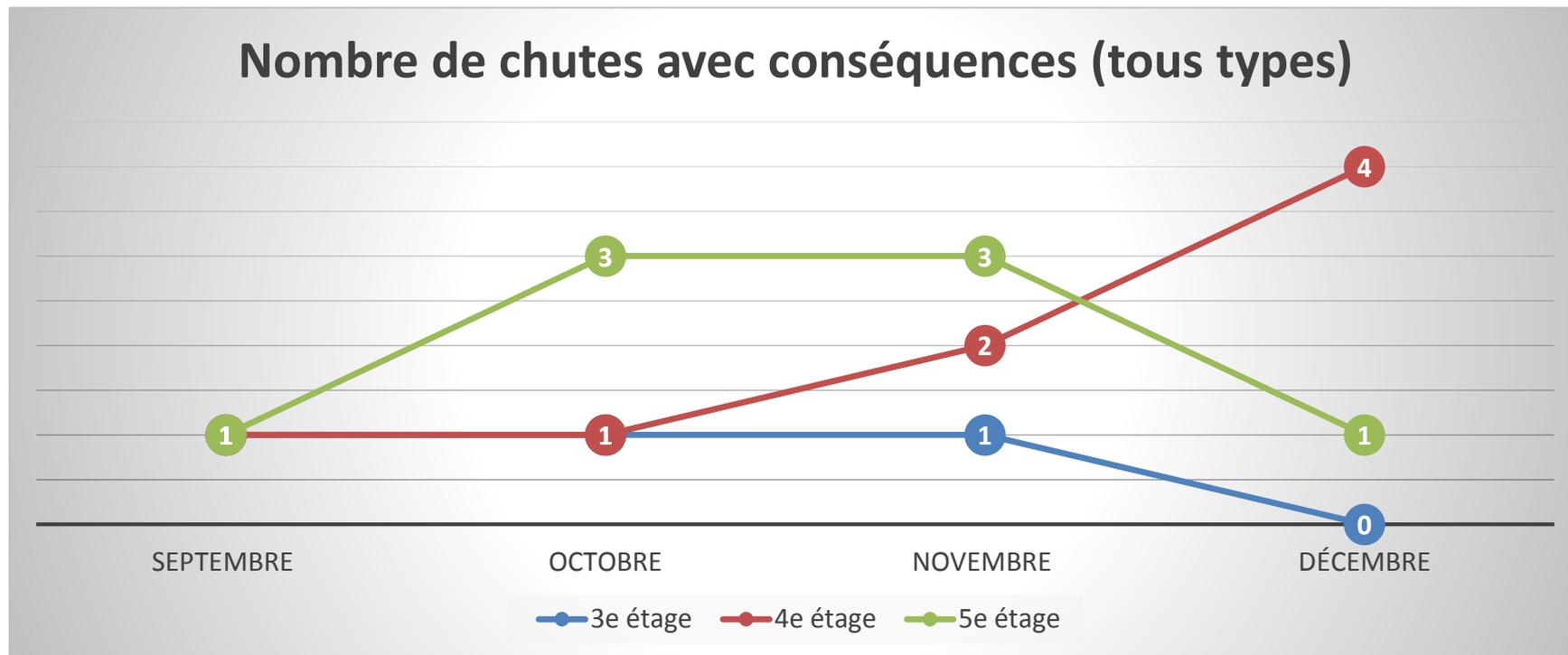


Tableau comparatif: Données brutes des chutes avec conséquences:
1^{er} Septembre – 31 Décembre 2017



LES OBSTACLES:

- Conflit d'horaire / disponibilité de certaines parties prenantes.
- **Tournus médical** pour l'intégration du médecin de l'unité et au GT.

LES CONDITIONS DE RÉUSSITE:

- **Soutien** des cadres impliqués
- **Bonne communication** au sein de l'équipe
- Utilisation d'un **modèle d'implantation**
- **Leadership du projet** (ICS, ICUS, ICLS) et
- une **EQUIPE soignante et interdisciplinaire ENGAGEE**



CONCLUSION

La réussite ne s'improvise pas:

- Il faut prévoir un **suivi systématique permanent** afin de **pérenniser** les nouvelles pratiques.
- Une **attention soutenue** sur le dépistage et la prise en charge des patients à risque de chutes contribuent à diminuer les blessures et la récurrence de ces chutes.
- **Impliquer** davantage **le patient et ses proches** (formation, enseignement, plan d'interventions) et **engager les médecins**.
- **Avoir un soutien indéfectible** des cadres supérieurs et de proximité
- **Partager** les résultats avec l'équipe
- **Célébrer** les succès!

PERSPECTIVES FUTURES



- Déploiement des nouvelles pratiques sur l'unité avec une emphase sur:
- Création d'un comité de Mise en œuvre interdisciplinaire (COMEV) incluant la logistique hospitalière
- Une équipe médico-infirmière forte:
 - ★ Polymédication
 - ★ Incontinence urinaire
- Renforcer l'interdisciplinarité



« Le travail individuel permet de gagner un match mais c'est l'esprit d'équipe et l'intelligence collective qui permet de gagner la coupe du monde. »

Aimé Jacquet, ancien joueur et entraîneur international français de football

www.chuv.ch/soins

