

# **PERTINENCE DES HOSPITALISATIONS**

CENTRE HOSPITALIER DU VEXIN  
2007



# **LA PERTINENCE DE LA DUREE DE SEJOUR DES AVC PRECOCES EN MPR**

CENTRE HOSPITALIER DU VEXIN  
2007



# CHOIX DE LA THEMATIQUE

- Prise en charge des AVC précoces en filière d'aval de deux stroke center:
  - 2004 CH de Mantes
  - 2005 CH de Pontoise

⇒ Modification de l'organisation interne avec création des alternatives à l'hospitalisation en septembre 2004.
- Constat 2006 : DMS plus importante que les recommandations pour les patients en hospitalisation complète passant aux alternatives.

# OBJECTIFS POURSUIVIS

- Identifier les motifs d'allongement de la DMS.
- En diminuer les effets sur la DMS (se rapprocher des DMS de la littérature).

# METHODOLOGIE

- *Groupe de travail* Pôle de MPR – SSR, Dr K. Badjo, Dr F. Del Fabro, Dr F. Boiteau, Dr A. Maldjian, Sylvie Brochard.
- *Étude prospective d'avril à juillet 2007*
- *Référentiel*
  - *Annales de réadaptation et médecine physique, décembre 2006, vol. 49, N°9, page 632-9 «nombre de lits dédiés à la pathologie vasculaire cérébrale en SSR, les recommandations nationales sont-elles pertinentes ?».Davier JC, Quet F, Stuit A, Verdié Kessler C.*
  - *Recommandations ANAES, « retour au domicile des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral » décembre 2003.*

# Comparatif 2006/07 DMS

<b>2006</b>	Durée 1710 (jours)	Durée HDS	Durée séjour CHVexin
<b>1710 exclusifs</b> (44 patients)	<b>68</b>		<b>68</b>
<b>1710 + HDS</b> (14 patients)	<b>60</b>	<b>57</b>	<b>116</b>

<b>2007</b>	Durée 1710 (jours)	Durée HDS	Durée séjour CHVexin
<b>1710 exclusifs</b> (07 patients)	<b>79</b> [18-159]		<b>79</b>
<b>1710 + HDS</b> (05 patients)	<b>44</b> [33-70]	<b>49</b> [24-77]	<b>94</b> [57-130]
Tous patients AVC	<b>67</b> [18-159]		

# Comparatifs dans le temps 2006-07

- 1710 exclusif
  - ↗ DMS : 68 jours /79
  - Barthel :
    - = Initial
    - ↗ Final 65/90
  - ↘ Taux placement 5-6% à 0%
- 1710 + HDS
  - ↘ DMS : 116 jours /94
  - Passage en HDS + précoce
  - ↘ DMS en HDS (- 15 jours entre les 2 groupes de patients)

Nécessité de conduire une 2<sup>em</sup> étude pour évaluer le contenu des séjours en hospitalisation complète et d'HDS afin de vérifier les gains autres que Barthel

# ANALYSE DE L'ORGANISATION ET DES PRATIQUES

## Étude prospective de 2007 « confrontation entre durée de séjour et gain fonctionnel »

### Données administratives:

- durée de séjour en 1710 et en 1821,
- âge,
- destination.

### Données fonctionnelles:

- Échelle de dépendance (Barthel)
- Échelle de déambulation (FAC)
- Échelles de préhension
- Échelle d'équilibre et de mobilité (PAS)



# ANALYSE DE L'ORGANISATION ET DES PRATIQUES

**Étude prospective de 2007 « confrontation entre durée de séjour et gain fonctionnel »**

## **Effectifs :**

- **14 patients inclus d'avril à juillet 2007**
- **12 patients retenus**
- **Âge moyen 73,64 ans**

## **Répartition:**

- **7 patients en 1710 exclusif**
- **5 patients 1710+ 1821.**

# Comparatifs type de séjour 1710 exclusif / 1710+HDS

- **Comparaison données administratives**
  - Patients plus jeunes en HDS 60 ans /73
  - Délais admission post AVC = (15 jours)
  - Hémiplégie initiale plus grave chez les HDS
- **Comparaison données fonctionnelles**
  - ↘ Barthel initial (40/49)
  - ↘ PASS Equilibre Mobilité(18/23)
  - ↘ FAC Marche (0,40 / 2,43)
  - ↘ Qualité de préhension (40/83), 80% de membres supérieures hémiplégiques non fonctionnels / 43

## Comparatifs type de séjour 1710 exclusif / 1710+HDS, à la sortie de HDS

- Comparaison données fonctionnelles
  - = Barthel final (90/90)
  - = PASS Equilibre Mobilité(30/32)
  - ➔ FAC Marche (6,80 / 5,71)
  - ➔ Qualité de préhension (94/117)

# Synthèse

Le bénéfice du séjour 1710+ HDS est observé par :

- = dépendance
- ↗ qualité marche
- ↗ progression de la préhension mais qui reste en deçà de l'autre groupe
- ↗ récupération fonctionnelle membre supérieur chez un plus grand nombre de patients (malgré moins bon état initial fonctionnel chez HDS)

# Actions amélioration

- Patients 1710 exclusifs
  - Anticiper la sortie par des entretiens précoces et réguliers avec les proches
- Patients 1710+HDS
  - Diminuer l'impact du transfert interne par une réunion de transmission médicale fixant les objectifs de rééducation et la durée d'hospitalisation en HDS

# Mesure des résultats

Etude de la DMS des patients AVC récents en fonction des critères

- Evolution de la dépendance
- Evolution des capacités fonctionnelles
- Taux d'institutionnalisation à la sortie

# **PERTINENCE DES ACTES A RISQUES**

CENTRE HOSPITALIER DU VEXIN  
2007



# **PERTINENCE DE L'INDICATION DU KALINOX DANS PREVENTION DE GESTES DOULOUREUX**

CENTRE HOSPITALIER DU VEXIN  
2007





# CHOIX DE LA THEMATIQUE

- Kalinox utilisé depuis 1999 aux urgences. Une procédure, pas d'évaluation.
- Demandes formulées par :
  - d'autres services pour en être dotés (SSR diabétologie, MPO-Neuro-orthopédique et MPO. Orthopédique).
  - La commission des fluides d'octobre 2006.
- Potentiel d'amélioration car :
  - équipes non formées à cette utilisation,
  - absence de procédure transversale,
  - absence d'évaluation.

# OBJECTIFS POURSUIVIS

- Vérifier la pertinence de l'indication du kalinox.
- Harmoniser et sécuriser les pratiques.

# METHODOLOGIE

- Groupe de travail constitué du président du CLUD's, de membres du CLUD's.
- Étude rétrospective sur 1<sup>er</sup> trimestre 2007 portant sur les modalités de prévention des gestes douloureux aux urgences.
- Référentiel procédure interne des urgences et documentation fournisseur de gaz.

# ANALYSE DE L'ORGANISATION ET DES PRATIQUES

## État des consommations fin 2006 :

$\frac{3}{4}$  par SSR diabétologie et  $\frac{1}{4}$  par urgences.

## L'étude rétrospective de 01 à 03 07:

### Aux urgences

- 4,8% des patients ont eu une prévention de gestes douloureux par Kalinox
- Défaut de traçabilité de réflexion bénéfique –risques ayant conduit à un autre type de prévention
- Refus du patient pour cette pratique non noté si tel a été le cas

### En SSR diabétologie

- Consommation nulle, absence de soins nécessitant prévention par Kalinox ou utilisation d'un autre mode de prévention

# ANALYSE DE L'ORGANISATION ET DES PRATIQUES

**2<sup>ème</sup> étude :**

**Enquête auprès des utilisateurs et des utilisateurs potentiels sur leur connaissance relative au Kalinox.**

100% l'identifient comme antalgique de brève durée

60% pensent qu'il peut entraîner une dépression respiratoire

80 % souhaitent être formés.

# OBJECTIFS D'AMÉLIORATION

- Former à l'utilisation du Kalinox
- Renforcer la traçabilité bénéfice –risques
- Porter à la connaissance de tous les différentes modalités de prévention de gestes douloureux au CHVexin

# PLAN D'ACTION

- **Diffusion de la procédure** *(en cours de mise en forme)*
- **Renforcer la traçabilité de la réflexion bénéfique – risques et du choix de l'antalgie pour la prévention des gestes douloureux.**
- **Formation des équipes à l'utilisation du Kalinox.**
- **Traçabilité par Codification de l'acte aux urgences, SSR et EHPAD** *(suivi).*

# MESURE DES RESULTATS DE CES AMELIORATIONS

- Suivi des consommations en CLUD's.
- Mesurer la satisfaction des usagers.
- Mener des études sur l'utilisation du kalinox à 6 mois.



# **PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES**

CENTRE HOSPITALIER DU VEXIN  
2007



**PERTINENCE DE  
L' ANTIBIOTHERAPIE A 48-72H DES  
PNEUMATHIES AIGUES  
COMMUNAUTAIRES EN MEDECINE**

CENTRE HOSPITALIER DU VEXIN  
2007



# CHOIX DE LA THEMATIQUE

- Existence d'un comité antibiotique depuis 2000: suivi des consommations, procédures en v2 « infections respiratoires basses ».
- Évaluations réalisées jusqu'alors uniquement en SSR pneumologie et sur une étude un jour donné dans tout l'hôpital.
- Infections des voies respiratoires basses= cause très fréquente d'hospitalisation en médecine.
- Antibiotiques = premier poste de dépenses en médicaments en médecine.

# METHODOLOGIE (1)

- Groupe de travail constitué en médecine étendu secondairement au CLIN et au comité antibiotique.
- Étude rétrospective sur les trois derniers mois de l'année 2006 en médecine.
- Critères d'inclusion :
  - ✓ Hospitalisation >72heures en médecine.
  - ✓ Codage PMSI ↔ pneumopathies.
- Critères d'exclusion:
  - ✓ Décès <72heures.

# METHODOLOGIE (2)

- *Les critères analysés sont :*
  - ✓ Age
  - ✓ Sexe
  - ✓ Co-morbidités
  - ✓ Immunodépression
  - ✓ Type d'antibiothérapie initiale (nom, dose, mode d'administration)
  - ✓ Type d'antibiothérapie à 48heures (nom, dose, mode d'administration)
  - ✓ Justification de l'antibiothérapie à 48 heures dans le dossier médical (traçabilité)

# RESULTATS (1) : profil des patients

- Sur 39 dossiers sélectionnés, 30 sont retenus

Age>65ans	22
Sexe	14 hommes/16 femmes
Co morbidité	19
BPCO	3
Immunodépression	1

## RESULTATS (2): antibiothérapie initiale

<b>Monothérapie</b>	Amoxicilline	1 (3%)
	Amoxicilline -acide clavulanique	14(46.6%)
	Macrolide	2(6.6%)
<b>Bithérapie</b>	Bétalactamine + macrolide	4(13.3%)
	Bétalactamine + Quinolone	6(20%)
	autre	2(6.6%)
<b>Trithérapie</b>	Bétalactamine, aminoside, métronidazole	1(3%)

Dans 20 cas l'antibiothérapie initiale se fait par voie veineuse périphérique.

Sur les 30 cas, on note 2 décès, 2 transferts en réanimation.

## RESULTATS (3): antibiothérapie à 48 heures.

Poursuite de la même antibiothérapie	18/30 (60%)
Simplification de l'antibiothérapie	6/30 (20%)
Élargissement du spectre	6/30 (20%)

- L'argumentation du changement de traitement ou de la poursuite n'est jamais retrouvée.
- La voie d'administration est passée de l'IV au PO dans 13/30 (43%) des cas.
- La réévaluation est retrouvée (supposée) au travers des changements de prescriptions.
- La durée de traitement est notifiée dans les CRH, une seule fois sur les feuilles de prescription.



# SYNTHESE

- Les associations initiales semblent explicables compte tenu des terrains en dehors de quelques cas ponctuels.
- La justification des modifications ou poursuite des antibiothérapies n'est pas appréciable en raison de l'absence de traçabilité de la réflexion médicale.

# OBJECTIFS D'AMELIORATION

- Tracer la réflexion médicale de réévaluation dans les observations au cours du séjour (bénéfice-risque).
- Repréciser l'arbre décisionnel permettant d'améliorer les antibiothérapies.
- Renforcer la formation médicale.
- Renforcer les modalités de diffusion des recommandations de bonnes pratiques.

# PLAN D'ACTION

- Constitution d'un groupe de travail issu du comité antibiotique chargé d'élaborer une v3 de la procédure « infections respiratoires basses » incluant les éléments du diagnostic positif et étiologique.
- Formation interne au sein du service de médecine à partir des résultats de l'étude et axée sur « actualités 2007 de la prise en charge des infections respiratoires basses » avec un point sur la traçabilité.
- Reprise de la formation médicale spécifique « antibiothérapie » via le comité antibiotique et la commission de formation médicale.
- Proposition de partage de connaissance avec des équipes médicales d'autres établissements (basée sur le volontariat).

## MESURE DES RESULTATS DE CES AMELIORATIONS

- Etude identique au dernier trimestre 2008 avec des critères élargis incluant la pertinence du diagnostic de la pneumopathie.

# **PERTINENCE DES EXAMENS D'IMAGERIE MEDICALE**

CENTRE HOSPITALIER DU VEXIN  
2007



# **PERTINENCE DE LA PRESCRIPTION D'ECHOGRAPHIE CARDIAQUE CHEZ LES HOSPITALISES**

CENTRE HOSPITALIER DU VEXIN  
2007



# CHOIX DE LA THEMATIQUE

- Depuis quelques années l'augmentation de la moyenne d'âge et la présence de poly-pathologies des personnes prises en charge implique:
  - Une augmentation de la suspicion de cardiopathies
  - Une augmentation de demandes d'échographies cardiaques et conjointement de dosages de BNP

# OBJECTIFS POURSUIVIS

- Vérifier la pertinence de demandes d'échographies cardiaques
- Distinguer la part des demandes systématiques de celle d'indications documentées



# METHODOLOGIE (1)

- Groupe de travail constitué de praticiens hospitaliers (un cardiologue exécutant les examens, un PH site de Magny et un PH site d'Aincourt).
- Étude prospective de mars à fin août 2007

## Critères d'inclusion :

- ✓ Toute demande d'échographie cardiaque pour personnes hospitalisées ou aux urgences.

## Critères d'exclusion:

- ✓ Demandes d'échographies pour personnes en secteurs d'hébergement.

## METHODOLOGIE (2)

***Une grille d'évaluation remplie au moment de l'examen portant sur les critères suivants:***

- Les types d'indications:
  - Clinique
  - Radiologique
  - Biologique (BNP)
  - Électrique (ECG)
  - Bilan
  - Surveillance (chimiothérapie, myopathies)

# METHODOLOGIE (3)

- Résultats d'examens :
  - Normal
  - Pathologies inconnues
  - Pathologies connues
- Les implications thérapeutiques :
  - Aucune,
  - Arrêt de stratégie en cours
  - Mise en route de traitement spécifique
  - Mise en route de traitement complémentaire
  - Confirmation de traitement en cours.

# RESULTATS (1) : Profil des patients

- 78 dossiers sélectionnés.
- L'existence d'un suivi cardiologique antérieur est non renseignée dans 74% des cas.

<b>Origine de la demande</b>	1 % Urgences médicales
	36 % Médecine
	27 % SSR Pneumologie
	23 % SSR Neuro- orthopédie
<b>Types d'indications</b>	Bilan 53 %
	Clinique 31 %
	Insuffisance cardiaque 3 %
	Chimiothérapie 3 %

## RESULTATS (2):

Résultats	<ul style="list-style-type: none"><li>- Considérés comme normaux 65 %</li><li>- Insuffisance cardiaque avérée 08 %</li><li>- Anomalie sans insuffisance cardiaque 19 %</li></ul>
Implications thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mise en route d'un traitement spécifique 11 %</li><li>- Mise en route d'un traitement complémentaire 7%</li><li>- Confirmation stratégie en cours 32 %</li><li>- Néant 50 %</li></ul>

## RESULTATS (3):

<b>Dosage de BNP</b> Absence de BNP: 65 % BNP<100 : 14% 100<BNP<500 : 10% BNP>500 : 10%	<b>SSR Neuro – ortho:</b> aucun dosage
	<b>Médecine:</b> Absence de BNP : 46% BNP< 100 : 18% 100<BNP<500: 14% BNP>500: 22%
	<b>Pneumologie :</b> Absence de BNP : 52% BNP< 100 : 14% 100<BNP<500: 24%

# SYNTHESE

- Suivi cardiologique antérieur non connu dans 74% des cas
- 53% de demandes pour bilan, 31 % d'indication clinique
- 65% d'échographies cardiaques considérées comme normales
- Implication thérapeutique dans 18%
- Taux de BNP disponible pour 35% des cas souvent non transmis lors de l'examen.

# OBJECTIFS D'AMELIORATION

- Sensibiliser sur l'importance du suivi cardiologique antérieur.
- Eviter les pertes d'informations médicales de réflexion B-R. *(Le médecin demandant l'échographie renseigne immédiatement le bon de demande).*
- Optimiser la prescription de BNP – *Ré- informer sur les indications de prescription de BNP, (suspicion d'insuffisance cardiaque) afin de cibler la population de patients bénéficiant d'une implication thérapeutique de l'échographie cardiaque.*
- Améliorer la performance vis-à-vis de la demande clinique- *Diminuer le nombre d'échographies sans implication thérapeutique qui devraient se limiter aux bilans systématiques incontournables.*



# PLAN D'ACTION

## A court terme :

- Chaque prescripteur remplira la demande d'examen en s'identifiant, dès sa prescription pour limiter la déperdition d'informations en précisant les indications. Les résultats de BNP devront être précisés,
- Les prescripteurs devront s'assurer de la concordance des résultats des taux de BNP et de l'indication de l'examen.

## A moyen terme :

- Mise en place d'un staff hebdomadaire coordonné par le cardiologue dans un souci d'amélioration de la qualité de la prise en charge,

# MESURE DES RESULTATS DE CES AMELIORATIONS

- Audit sur qualité de remplissage des demandes d'échographie.

**Les professionnels identifient les actes, les processus et les pratiques à risques et évaluent leurs conditions de sécurité**

CENTRE HOSPITALIER DU VEXIN  
2007



# Prévention des risques infectieux et traumatiques en Bilan Urodynamique

CENTRE HOSPITALIER DU VEXIN  
2007



## CHOIX DE LA THEMATIQUE

- Geste invasif : sondage urinaire à l'origine de 2 pyélonéphrites (2004), classant cet examen à risque **infectieux élevé**
  - ↳ étude prospective *du risque infectieux post-bilan urodynamique (patients hospitalisés)* en collaboration avec le CLIN sur 3 ans (2004 à 2006).
- Risque de chute, transferts.

# METHODOLOGIE

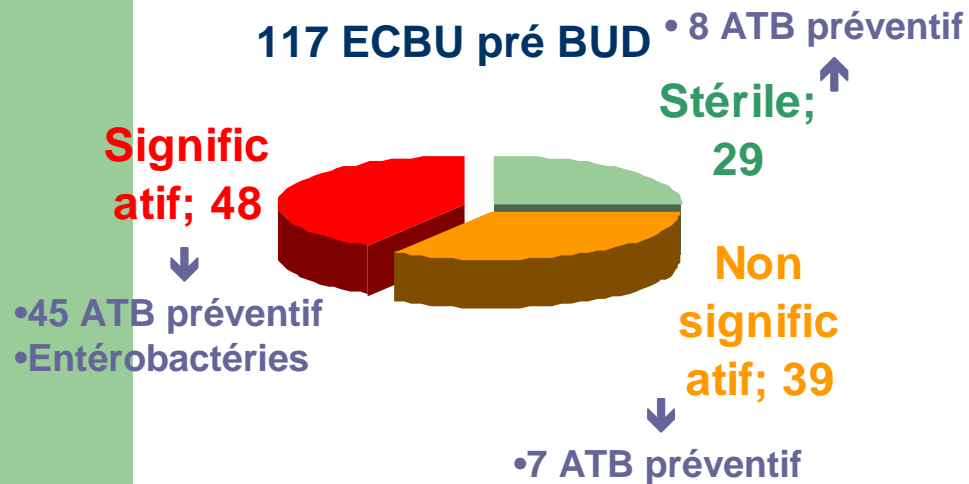
- Groupe de travail 3 opérateurs (médecins), 2 aides opérateur (IDE), cadre de santé, secrétaire et technicien biohygiéniste.
- Analyse de l'étude prospective « prévention du risque infectieux »
  - ☞ **Etudes complémentaires menées :**
    - *Analyse du processus BUD*
    - *Audit d'observation des pratiques*
- Référentiels
  - Bonnes pratiques en urologie CCLIN OUEST
  - Procédure interne CH du Vexin version 3
  - Conférence de consensus Société de Pathologies Infectieuses de langue française et Association Française d'Urologie « *Infections urinaires nosocomiales de l'adulte* » 27 novembre 2002

# ANALYSE de l'étude prospective « Prévention du risque infectieux »

122 fiches ont été exploitées de 2004 à 2006 (patients hospitalisés uniquement) (1/2)

## Préparation du patient

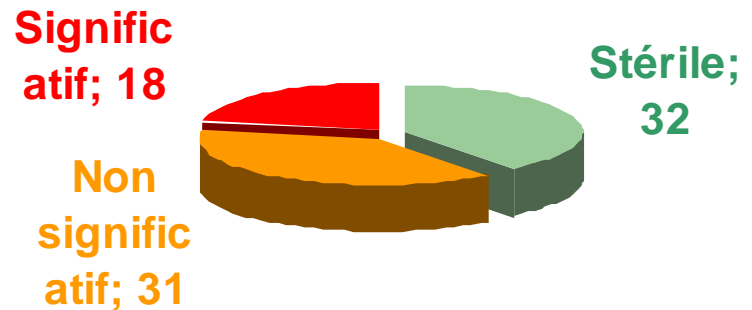
- Délai moyen ECBU pré BUD : 6,4 j
- Antibiotique pré BUD : 60/122



## → 18 REVUES DE DOSSIERS

- Germes de l'hospitalisme
- BMR

↑ 81 ECBU post BUD



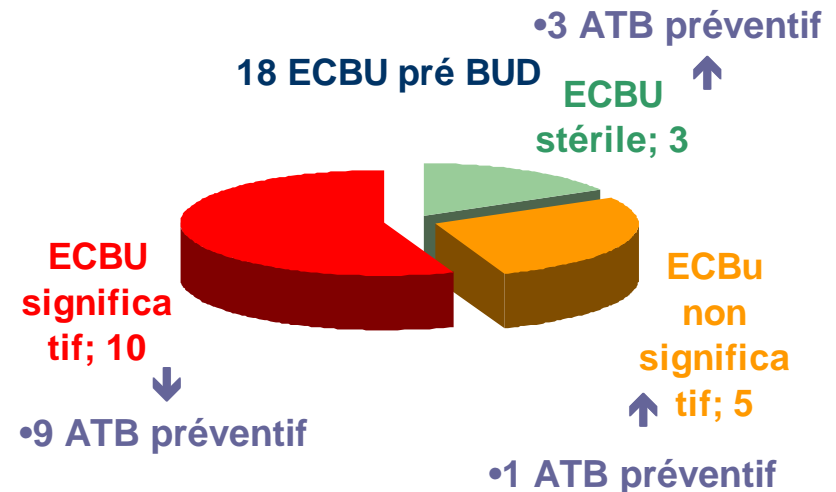
# Suite Analyse des 18 ECBU post BUD+

## Analyse ECBU pré BUD ?

- Antibiotique pré BUD : 13/18

## Revue de dossiers

- 2 infections fébriles
  - 1 pyélonéphrite (femme)
  - 1 prostatite
  - Dépendance motrice >3
  - Dépendance élimination  $\geq 3$
- Majoration de la résistance aux antibiotiques après antibiothérapie préventive





# Conclusions insuffisantes

.....

## Études complémentaires

# ANALYSE du processus BUD



## ➤ Le risque infectieux

- Locaux non adaptés : absence de marche en avant
- Préparation des patients parfois insuffisante
- Absence de consensus interne
  - Déroulements de l'examen clinique
  - Conditions pré requises à la réalisation de l'examen
- Absence de maintenance préventive régulière de la chaîne
- Interruption des séances
- Difficultés d'approvisionnement

## ➤ Le risque de chute

- Locaux non adaptés
- Matériel peu ergonomique
- Niveau de dépendance du patient méconnu

# ANALYSE Audit observation des pratiques

(1/2)

- Objectif : Evaluation du respect de la procédure
- Déroulement
  - Mars et avril 2007
  - Auditeur 1 cadre supérieur de santé, 1 technicien biohygiéniste
  - Audités : 3 opérateurs (100% effectif) et 2 aides opérateurs (70% effectif)
- Référentiel
  - Procédure « bilan urodynamique » Version 3
  - Grille d'évaluation élaborée par l'EOHH, validée par le président du CLIN
    - Préparation de la chaîne d'uro-dynamique :
    - Préparation de la salle d'examen et du matériel usage patient :
    - La tenue de protection du personnel :
    - Déroulement de l'examen : Précautions standard, gestion du matériel, organisation :
    - Décontamination du matériel et de l'environnement

## Résultats

- Préparation de la salle le jour de la consultation
- Manque de matériels à usage patient
- La tenue professionnelle n'est pas systématiquement changée pour l'activité pour un opérateur
- Manipulations fréquentes du matériel en « zone propre » sans frictions GHA systématiques
- Fréquence d'évacuation des déchets insuffisante
- Insuffisance du bionettoyage des sols entre deux patients

## OBJECTIFS D'AMELIORATION

- Renforcer l'organisation de la consultation et de la préparation du patient
- Optimiser information et communication
- Locaux et matériel

# PLAN D'ACTION

- Organisation de la consultation et de la préparation du patient
  - Réorganiser les modalités d'accueil et de planification *en partie*
  - Éviter les interruptions de soins *en partie*
  - Définir la CAT en cas de préparation incomplète d'un patient *terminé*
  - Définir la CAT sur la réalisation ou non de l'examen selon certains éléments cliniques *terminé*
  - Harmonisation des « précautions standard » *terminé*
- Information et communication
  - Renforcer la connaissance des prescripteurs sur les BUD *en cours*
  - Améliorer la préparation des patients *en cours*
  - Faciliter la transmission des informations sur le statut infectieux , le niveau de dépendance et les besoins spécifiques pour son installation *en cours*
- Locaux et matériel
  - Projet architectural sur le principe de la marche en avant *projet établissement n°3*
  - Matériel adapté aux patients accueillis *projet établissement n°3*
  - Maintenance préventive du matériel *terminé*

## MESURE DES RESULTATS : *Efficacité des actions mises en place*

- **Risque infectieux**
  - Préparation du patient
  - Etude prospective ciblée sur les patients à risque identifiés après l'analyse
- **Risque de chute**
  - Fiches de déclaration de chute

## PROJECTION

Evaluation de la pertinence de  
l'indication du BUD chez les  
patients à haut risque infectieux  
avec l'analyse bénéfice risque



**L'analyse des événements  
indésirables et la mise en œuvre  
des actions de prévention et  
d'amélioration correspondantes  
sont assurées**

CENTRE HOSPITALIER DU VEXIN  
2007



# **Prévention des risques de chutes dans les situations de transfert seul de fauteuil roulant**

CENTRE HOSPITALIER DU VEXIN  
2007



# CHOIX DE LA THEMATIQUE

- Chutes chez les personnes âgées : problème de santé publique régulièrement documenté
- CH du Vexin accueille une population âgée de 70 ans en moyenne et/ ou porteuse d'handicaps
- Depuis 1998, constitution d'un groupe « chutes » et suivi du nombre de chute déclarées, du nombre de chuteurs et des circonstances de survenue.
- Sur les 358 chutes déclarées en 2006, 1/3 ont eu lieu au fauteuil roulant en situation de transfert seul. Ces chutes ont concerné majoritairement les patients du secteur sanitaire (moyenne d'âge 59 ans).

# OBJECTIF

Rechercher et travailler sur les causes de chutes permet :

- D'améliorer la prise en charge pendant l'hospitalisation
- D'anticiper le retour à domicile du patient avec le fauteuil

# METHODOLOGIE

- Groupe de travail constitué de 3 médecins SSR rééducateurs, un cadre de santé, de l'adjointe qualité-risques puis étendu à un cadre médico-technique, 2 kinésithérapeutes, une ergothérapeute et une aide-soignante (pour la conduite des évaluations sur le terrain)
- 2 études menées
  1. Étude rétrospective sur 2006 des circonstances de chutes du fauteuil roulant sur le secteur sanitaire (critères d'inclusion : chutes du fauteuil roulant, chutes du fauteuil roulant en situation de transfert, glissement du fauteuil roulant / critère d'exclusion: chute survenue en aide d'un tiers)
  2. Étude complémentaire : Recherche de toutes les autres causes possibles de chutes en situation de transfert par la méthode de résolution de problème (méthode des 5 M) entraînant des évaluations complémentaires de terrain

# RESULTATS (1) : Étude rétrospective des 55 chutes du fauteuil roulant 2006

**24 chutes déclarées** lors de transferts FR-lit, FR-WC, FR-chaise percée

## Détails des circonstances (précisées lors de la déclaration )

- Non respect des consignes par le patient : **3**
- Méthode de transfert inadaptée : **2**
- Freins du fauteuil, du lit et de la chaise percée non mis : **3**
- Rupture du matériel utilisé lors d'un transfert : **1**
- Palettes du fauteuil roulant non relevées : **1**
- Sangle de contention détachée : **1**

**En situation  
de transfert**

# RESULTATS (1) : Étude rétrospective des 55 chutes du fauteuil roulant 2006

## 31 chutes déclarées

Détails des circonstances (précisées lors de la déclaration )

- A basculé en se penchant en avant : **7**
- A voulu se mettre debout : **6**
- A voulu se coucher : **1**
- A détaché la ceinture de contention : **1**
- S'est laissé glisser du fauteuil : **1**

**Chutes / glissements  
du fauteuil roulant**

# RESULTATS (2): Évaluations complémentaires de terrain

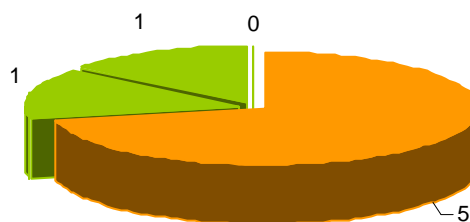
## Vérification de la fiabilité du matériel utilisé

### Fauteuils roulants

Vérification de tout le parc de fauteuils roulants en 2005

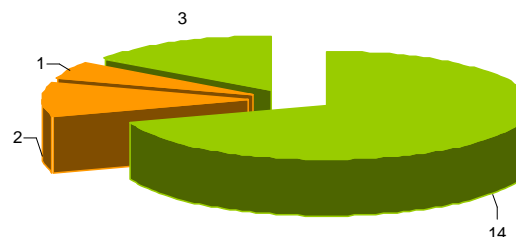
### Surélévateurs de WC

5 surélévateurs instables



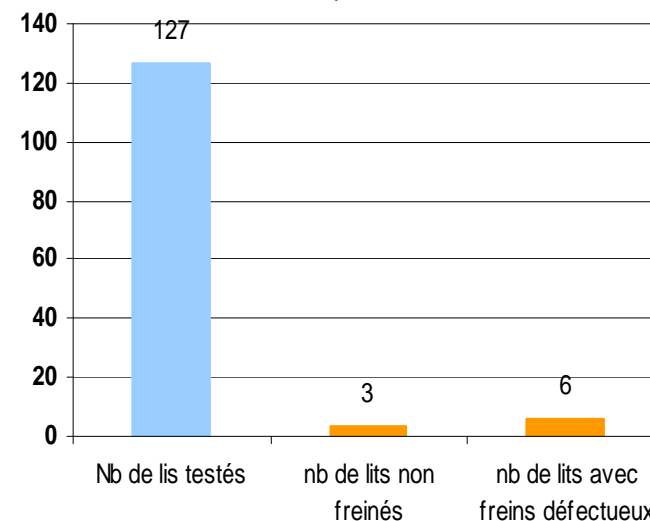
### Chaises percées

3 chaises percées instables



### Lits immobilisés

Sur 127 lits « testés », 3 étaient non freinés et 6 présentaient des freins défectueux)





# RESULTATS (2):

## Évaluations complémentaires de terrain

### analyse du processus « livraison de fauteuil roulant »

Étape 1  
Prescription  
FR

Étape 2  
Livraison  
du FR

Étape 3  
Utilisation  
Du FR

#### Le risque de chute est majoré par :

- Absence de traçabilité dans le DP des caractéristiques techniques requises pour le fauteuil roulant.
- Mode d'information du patient en 2 temps : sur les précautions de base, sur les techniques de transfert.
- Défaut de connaissance des personnels sur les types de FR présents au CH du Vexin.
- Défaut d'information de l'entourage du patient sur les précautions de base.

# OBJECTIFS D'AMELIORATION

- Vérifier la qualité du matériel mis à disposition du patient
- Optimiser la livraison du fauteuil roulant au patient
- Consolider l'information donnée au patient et à son entourage
- Renforcer les connaissances des personnels sur les modalités d'utilisation des FR existants au CH du Vexin

# PLAN D' ACTIONS

- **Qualité du matériel mis à disposition du patient**

- Réparation et ou remplacement du matériel défectueux : **fait**
- Organisation de la prescription de fauteuil roulant :
  - ❖ modification du support de prescription de FR : **test concluant**
  - ❖ Création de la fiche de prêt dupliquée permettant de tracer les caractéristiques du fauteuil roulant prescrit : **test concluant**

- **Livraison du fauteuil roulant au patient**

- livraison collégiale du fauteuil roulant par l'agent de la maintenance et le médecin, l'ide ou l'as qui l'accompagne : **test concluant**

- **Connaissances des personnels** sur les modalités d'utilisation des FR existants au CH du Vexin

- organisation de sessions d'information à l'utilisation mécanique de fauteuil roulant **1<sup>er</sup> trimestre 2008**
- Constitution d'un thésaurus des FR en prêt : **démarrage 1<sup>er</sup> trimestre 2008**

- **Information donnée au patient et à son entourage**

- Création et remise d'une brochure explicative : **test concluant**

# MESURE DES RESULTATS DE CES AMELIORATIONS

- Nb de chutes pour cause de matériel défectueux utilisé lors de transfert
- Nb de chutes pour cause de mauvaise utilisation du matériel par le patient
- Traçabilité de la prescription du FR dans le dossier patient : à 6 mois
- Mesure de la satisfaction des patients p/r à l'information donnée pour l'utilisation du FR : à 6 mois.

**La prise en charge des pathologies  
et des problèmes de santé  
principaux fait l'objet d'une  
évaluation MCO.**

CENTRE HOSPITALIER DU VEXIN  
2007



# **AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DENUTRIES EN MEDECINE**

CENTRE HOSPITALIER DU VEXIN  
2007



# CHOIX DE LA THEMATIQUE

- Plan national de lutte contre la dénutrition, action de santé publique
- Dans le cadre du CLAN, évaluation un jour donné en mars 2006 : 62% de personnes dénutries en médecine.
- Évaluation en février – mars 2007 sur CRH (traçabilité de l'évolution de l'état nutritionnel et codage) : 6% de dénutrition codée, transmission d'information sur l'évolution de l'état nutritionnel non homogène, Codage PMSI variable.

# OBJECTIF POURSUIVI

- Améliorer la prise en charge de la dénutrition :
  - Renforcer son dépistage
  - Organiser sa prise en charge
  - Optimiser la continuité de soins après la sortie



# METHODOLOGIE

- Groupe de travail constitué de praticiens de médecine, du cadre de santé et du cadre de diététique
- Analyse de processus méthode retenue
- Référentiel
  - Guide HAS, 2003
  - Articles

# ANALYSE DE L'ORGANISATION ET DES PRATIQUES

## Analyse de processus:



# ANALYSE DE L'ORGANISATION ET DES PRATIQUES

## Constats :

- Défaut de dépistage systématique.
- Début d'organisation de prise en charge diététique (protocole + consultations au lit du patient).
- Non recherche de causes de dénutrition.
- Peu de transmissions relatives à l'évolution de l'état nutritionnel dans les CRH.

# OBJECTIFS D'AMELIORATION

- **Evaluer systématiquement l'état nutritionnel dès l'admission**
- **Corriger la dénutrition**
  - Recherche des étiologies de la dénutrition
  - Prise en charge diététique systématique
- **Favoriser la poursuite des actions correctives mises en place à la sortie du service**
- **Favoriser la ré-évaluation à un mois de l'état nutritionnel**

# PLAN D' ACTIONS

- Evaluation de l'état nutritionnel : **faite selon critères définis dans procédure CLAN**

- Correction de la dénutrition : **assurée et organisée avec le SMTdiététique,**

*Prescription prise en charge diététique +/- protocole, Application de la procédure die.I. « prise en charge nutritionnelle ».*

*Supplémentation systématique avec évaluation par diététicienne.*

*Mise à jour du récapitulatif des produits diététiques disponibles au CHV, Traçabilité de la surveillance alimentaire par les aide-soignantes.*

*Surveillance du poids par les AS et les IDE.*

# PLAN D' ACTIONS

- **Recherche des étiologies de la dénutrition: fait.**  
*État bucco- dentaire – dépistage des troubles, Isolement social, Poly médication et régime restrictif, troubles cognitifs*
- **Anticipation de la sortie - Rencontre de l'entourage : fait.**  
*Education de l'entourage  
Introduction de la rubrique « évolution de l'état nutritionnel » dans le CRH*
- **Favoriser la ré- évaluation à un mois de l'état nutritionnel : fait**  
*Proposition de contrôle biologique dans le CRH.*

# MESURE DES RESULTATS DE CES AMELIORATIONS

- Taux de CRH comprenant la rubrique « évolution de l'état nutritionnel » en cas de dénutrition dépistée. **Evaluation menée dernier trimestre 2007** (133 dossiers: 91% poids, 87,2 % taille, 59,4 % IMC, 41,3% biologie, 36% rubrique notifiée dans CRH, 23, 3% codage PMSI).
- Réajustement à 3 mois de la fiche de repérage des causes de dénutrition. **Prévu 2008.**
- Satisfaction de l'entourage sur les actions d'information. **Prévu 2008.**

**La prise en charge des pathologies  
et des problèmes de santé  
principaux fait l'objet d'une  
évaluation - SSR.**

CENTRE HOSPITALIER DU VEXIN  
2007





# **AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE EN SSR DU DIABETIQUE PAR L'EDUCATION THERAPEUTIQUE**

CENTRE HOSPITALIER DU VEXIN  
2007



# CHOIX DE LA THEMATIQUE

- Fréquence importante de prise en charge de diabétiques en SSR diabétologie: 70% des entrants
- Le diabète est un problème de santé publique
- Potentiel d'amélioration existant ciblé autour de la qualité de la prise en charge et de son organisation. Ce potentiel est mis en évidence à partir des remarques des patients (questionnaires de sortie) et de celles des soignants (souhait de formaliser la démarche éducative).

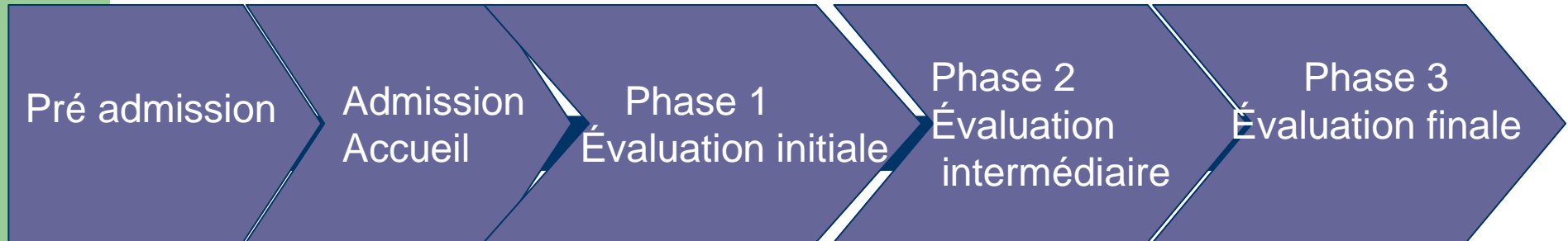
# OBJECTIFS POURSUIVIS

- Créer une démarche pluridisciplinaire éducative
- Définir un programme éducatif personnalisé
- Rédiger un chemin clinique

# METHODOLOGIE

- Groupe de travail constitué de praticiens hospitaliers de diabétologie, du cadre de santé, une infirmière, une diététicienne, un professeur d'APA et du cadre supérieur de kinésithérapie.
- Supports techniques :
  - recommandations de l'HAS, l'AFSSAPS et l'ALFEDIAM sur la prise en charge du diabétique et l'éducation thérapeutique
  - littérature sur l'éducation thérapeutique
- Analyse de processus sur le parcours du diabétique.

# ANALYSE DU PROCESSUS



## Pré- admission:

Patients venant d'hôpitaux d'aigus ou du domicile, adressés par spécialiste, ou généraliste sur simple demande écrite sans objectif précis.

Le groupe identifie l'absence :

- de démarche uniforme sur la préparation du patient et les critères d'admission
- de contact préalable avec le patient
- de recueil des objectifs et attentes du patient
- d'information préalable à l'équipe pluridisciplinaire sur les demandes d'admission.



Admission  
Accueil

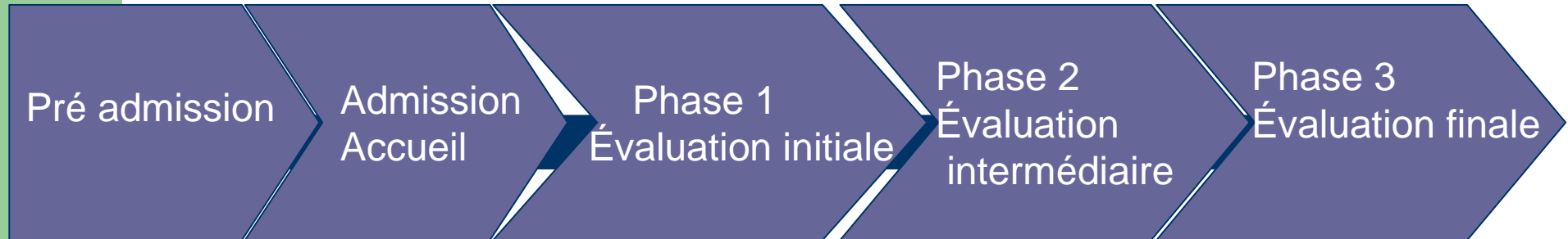
## **Admission- accueil:**

- Admission prononcée sur avis médical avec de nombreux retours de patients ayant déjà réalisé des séjours dans le service,
- Démarches d'admission exclusivement téléphonique induisant de nombreux appels à tout moment, sans organisation de cet accueil téléphonique (qualité de cet accueil),
- Accueil non formalisé avec des informations variables selon l'accueillant.



- Absence de projet thérapeutique individualisé et formalisé avec mise en évidence des atouts et faiblesses du dispositif comprenant :
  - La réalisation d'interrogatoires du patient multiples et répétitifs
  - La réalisation d'interventions éducatives collectives cloisonnées
  - Une faiblesse d'échanges autour de la prise en charge pluridisciplinaire
  - Le souhait collégial d'une démarche participative sans parvenir à dynamiser le patient autour de l'éducation
  - L'utilisation d'un support d'évaluation médicale et paramédicale conçu récemment et prévu en trois phases, sans évaluation de toutes les activités éducatives.

# ANALYSE DU PROCESSUS



## **AU TOTAL :**

**Patient passif non acteur de sa prise en charge par défaut d'objectif thérapeutique**

**Patient exprimant des niveaux d'insatisfaction souvent en lien avec cette passivité**

**Patient conscient du cloisonnement des activités qui ne parvient pas à trouver une réelle autonomie dans la prise en charge proposée**



# OBJECTIFS D'AMÉLIORATION

- Construire un travail en interdisciplinarité sur l'éducation thérapeutique
- Concevoir un projet pédagogique par objectifs
- Élaborer un programme thérapeutique sur trois semaines avec trois niveaux d'acquisitions :  
savoir – savoir-faire – savoir être
- Réaliser un chemin clinique permettant de suivre le parcours du patient et d'évaluer le projet éducatif
- Évaluer l'éducation mise en œuvre à partir du chemin clinique d'une part et peut-être après le séjour.

# PLAN D'ACTION

Reprise de chaque processus afin de corriger les problèmes identifiés :

- Création d'un dossier de pré-admission
- Création d'une commission d'admission pluridisciplinaire hebdomadaire statuant sur les demandes d'admission,
- Formalisation de la démarche d'accueil avec :
  - o Détermination des besoins du patient à l'arrivée
  - o Création d'une brochure d'accueil remise avec le livret d'accueil

# PLAN D'ACTION(suite)

- Création d'un outil commun : le classeur d'éducation thérapeutique du diabétique
- Réalisation d'un calendrier des activités éducatives remis à l'arrivée et affiché dans le service
- Réajustement des supports d'évaluation de chaque professionnel et partage de ces supports
- Réflexion commune sur l'implication du patient dans la démarche :
  - Engagement éducatif
  - Détermination des objectifs
  - Conservation du classeur pendant le séjour

# MESURE DES RESULTATS DE CES AMELIORATIONS

- Retour des questionnaires de sortie
- Importance des plaintes directes dans le service
- Climat du service
- Le chemin clinique reste à formaliser (tableau de suivi des classeurs d'éducation)
- Le classeur éducatif est en cours d'évaluation avec une réflexion parallèle sur la possibilité d'évaluer les acquisitions conservées à distance du séjour et sur l'adaptation à domicile (savoir être)