

MOOC CHUTE 18

Le temps de l'action

Dr Samia LEVY-DJEBBOUR

Coordinatrice pour l'efficience des pratiques de l'ARS Ile de France

Une fois les audits faits, le travail ne s'arrête pas, il ne fait que commencer. Il y a une étape de communication des résultats, d'analyse des résultats en groupe pluri-professionnel. Qu'est-ce qu'on obtient de l'audit institutionnel et qu'est-ce qu'on obtient de l'audit de prise en charge ? Il y a des enseignements à tirer des deux audits. Et ensuite, qu'est-ce que l'on peut améliorer ? Et ça les professionnels savent très bien faire.

La campagne Pare à chute propose un outil de priorisation qui peut aider les équipes devant plusieurs mesures qu'elles ont envie de mettre en œuvre pour commencer par une et pas par l'autre. On peut prendre deux exemples : nettoyer des lunettes, que les gens aient un bon œil, des lunettes portées s'ils doivent avoir des lunettes mais qu'elles soient propres aussi. Or des lunettes de résident en fin de journée ne sont pas forcément propres. Donc première mesure : nettoyer les lunettes des résidents. C'est quelque chose de facile à mettre en œuvre, c'est une action courte et qui a une efficacité.

On peut prendre une autre mesure qui est la supplémentation en vitamine D. C'est plus long à mettre en œuvre parce qu'il faut peut-être impliquer les médecins traitants ou bien décider de le faire de manière institutionnelle mais il y a un choix à faire. C'est faire émerger du bon sens et des choses très simples et basiques qui peuvent changer la donne et qui peuvent avoir un réel impact. Bon pied, bon œil c'est simple mais c'est efficace.

Au terme de la phase pilote, quand on a vraiment préparé les outils pour la campagne avec les établissements pilotes, on a décidé de proposer une structuration du plan d'action. Pour que les établissements aient déjà un fil conducteur mais, évidemment si eux ils avaient envie de faire autrement, là aussi la responsabilisation aux vues de leur auto-évaluation leur permettait de structurer leur plan d'action comme ils le souhaitaient.

Donc on proposait cinq axes.

Premièrement, améliorer la politique institutionnelle. Aux vues des résultats de l'audit institutionnel, il y avait déjà des axes qui se dégagent.

Deuxièmement, améliorer le dépistage du risque de chute. On proposait une fiche de dépistage et caractérisation du risque de chute qui permettait aux établissements de s'amender, d'inventer eux-mêmes une fiche de dépistage de risque de chute.

Troisièmement, améliorer la prévention. Le dépistage est une chose, il ne doit être qu'un outil pour mettre en œuvre une prévention adaptée au risque. Donc améliorer la prévention pour tous et c'est le programme universel contre les chutes donc on a stratifié le risque de chute pour permettre que la prévention soit aussi stratifiée. Une prévention pour tous, une

prévention pour ceux à risque de chute et une prévention pour ceux qui sont à risque de blessure.

Le quatrième axe du plan d'action, c'est de communiquer. Et la communication dans les établissements, pas forcément sanitaire, médico-sociale, est un élément fondamental dans ce type de projets.

Le cinquième axe, c'est l'analyse des chutes graves. Une chute grave peut être un drame d'abord pour celui qui fait la chute grave, pour l'environnement, pour l'entourage de ce patient ou de ce résident et puis pour le personnel avec une culpabilité majeure en cas de décès. Donc il est très important qu'en cas de chute grave il y ait un travail d'analyse, on a proposé un guide d'analyse qui permet d'aider les structures qui n'avaient aucun élément pour analyser et leur permettre en équipe, c'est une équipe qui analyse, c'est pas une seule personne dans son coin, c'est une équipe, on raconte l'histoire, on voit ce qui n'a pas fonctionné, on essaye de comprendre pourquoi ça n'a pas fonctionné et qu'est-ce qu'on peut trouver comme solution pour que maintenant ça fonctionne.

Une fois le plan d'action structuré, priorisé, on peut faire une fiche action qui détermine le nom de l'action, quelle est la personne en charge de la mise en œuvre de cette action, quels sont les objectifs par rapport à cette action, quelles sont les échéances et ça permet comme ça pour chaque action de structurer et surtout de mettre en œuvre, et de la suivre et d'être sûr que c'est bien fait, et que ce soit lisible que c'est fait. Et c'est ça qui donne la satisfaction aux professionnels. Et régulièrement, le groupe projet se réunit pendant le projet. Alors ça dépend, la fréquence, comme toujours dans la responsabilisation de l'établissement c'est lui qui décide de sa fréquence, mais il y a un suivi et c'est ce suivi qui permet, toujours avec le groupe pluri-professionnel de savoir comment accompagner le projet et comment communiquer autour. On a fourni des affiches. Donc cette communication est décidée par le groupe projet au moment du projet, des étapes réalisées. L'évaluation du plan d'action se fait par l'audit final. Cet audit final évalue toujours les deux échelons : l'échelon institutionnel et l'échelon opérationnel.

La comparaison entre l'audit initial, les deux audits initiaux et les deux audits finaux permet de mesurer le chemin parcouru, la réalité de la mise en œuvre des actions d'amélioration, éventuellement de proposer d'autres actions à mettre en œuvre, de réévaluer le plan d'action et ça rend lisible l'amélioration.

Un projet doit être clôturé. On a demandé que ce soit sur un temps limité pour conserver l'énergie des professionnels. Et quand ils ont eu des bons résultats, qu'ils ont bien travaillé et que ça se voit, rendre lisible les résultats nécessite de les fêter, de les communiquer. La valorisation des soignants, est absolument essentielle pour continuer à motiver des personnes qui se sont engagées dans le soin pour faire du bien à leur résident ou à leur patient. On sollicite ce qu'il y a de meilleur en nous pour soigner, c'est important que ce soit reconnu.