

INWIDA - Résultats des évaluations par les pairs réalisées par l'IQM dans le domaine de la mortalité suite à une fracture du col du fémur

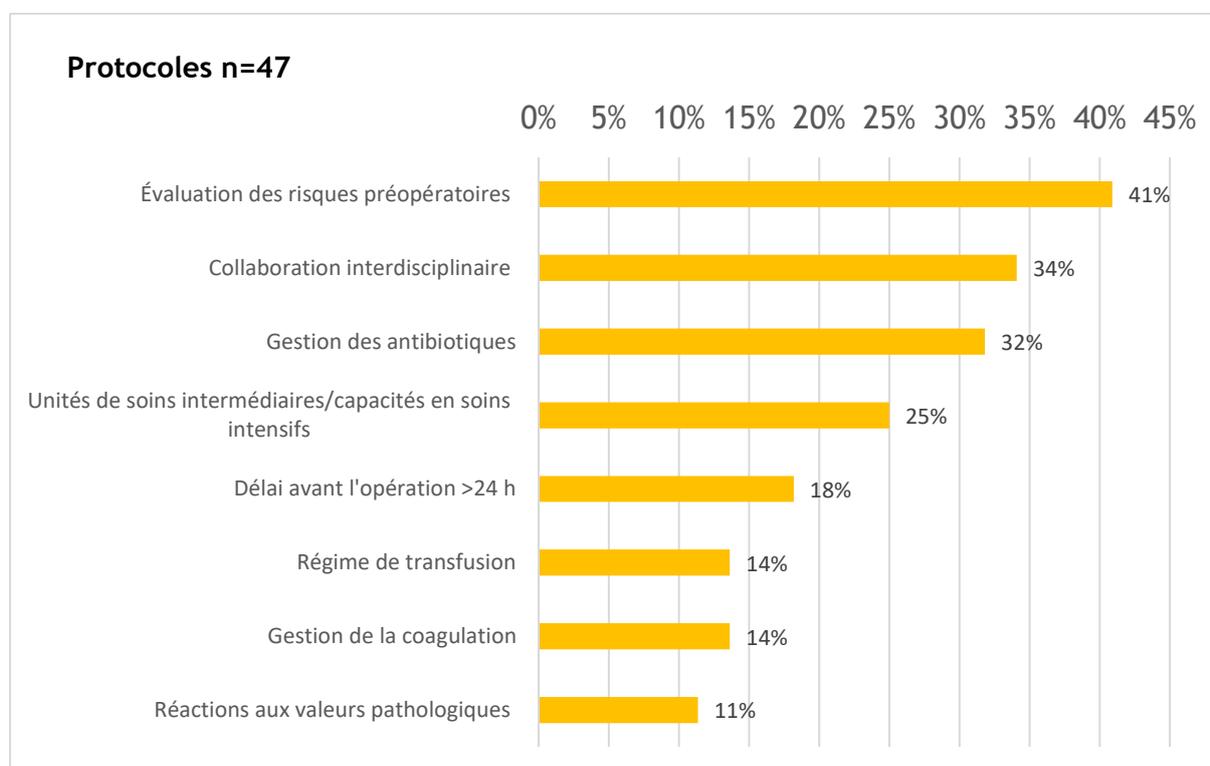
Entre 2010 et 2019, 23 évaluations par les pairs ont été réalisées par l'IQM dans le domaine de la mortalité suite à une fracture du col du fémur. Dans le cadre de ces évaluations, 456 dossiers de patients ont été évalués selon les critères d'analyse de l'IQM.

Les résultats basés sur les protocoles de ces évaluations par les pairs réalisées par l'IQM sont présentés ci-après. Un protocole représente ici les résultats agrégés issus de 16 dossiers de patients analysés dans le cadre de l'évaluation par les pairs correspondante.

Les données des protocoles sont disponibles sous la forme de données qualitatives. Des catégories ont donc été formées et les entrées ont été comptabilisées. La synthèse des résultats couvre les questions suivantes :

- Quels sont les 5 à 6 principaux potentiels d'amélioration identifiés lors de l'analyse des dossiers ?
- Quelles sont les 3 à 5 solutions ou mesures pertinentes ayant été élaborées pour chaque potentiel d'amélioration avec l'établissement hospitalier visité ?

Potentiels d'amélioration les plus souvent cités dans le cadre des évaluations par les pairs réalisées dans le domaine de la mortalité suite à une fracture du col du fémur



Les propositions de solutions suivantes ont été élaborées pour ces principaux potentiels d'amélioration :

- **Optimiser la gestion des infections et l'antibiothérapie**
 - Élaborer et mettre en œuvre des normes de soins, former le personnel médical au programme « Antibiotic Stewardship »
 - Élaborer et mettre en œuvre un concept de recherche ciblée (critères de septicémie, formation du personnel médical)
 - Réaliser des tests postopératoires standardisés en laboratoire pour la détection précoce des inflammations
 - Organiser des visites de patients hebdomadaires avec des microbiologistes

- **Optimiser la collaboration interdisciplinaire**
 - Consulter rapidement les internistes/le personnel du service de gériatrie pour obtenir des conseils, participer à la planification de la thérapie (pré- et postopératoire)
 - Définir un algorithme en cas de divergences d'opinions entre les services de chirurgie et d'anesthésie au sujet de la capacité opératoire
 - Impliquer étroitement le personnel soignant en définissant des normes en cas d'apparition de troubles de la déglutition (jeûne, diagnostic de déglutition, logopédie)
 - Organiser des visites conjointes avec le personnel soignant et les médecins
 - Rédiger des protocoles de transfert entre l'unité de soins intensifs et l'unité normale
 - Élaborer un concept interdisciplinaire de coopération, notamment en ce qui concerne le service des internistes, tant pour la démarche thérapeutique vis-à-vis des patients hospitalisés que pour la période d'admission à l'hôpital/aux urgences

- **Unités de soins intermédiaires/capacités en soins intensifs insuffisantes**
 - Mettre à disposition davantage de solutions de surveillance postopératoire (unités de soins intermédiaires) pour les patients âgés multimorbides

- Améliorer la surveillance postopératoire précoce des fractures du col du fémur dans le service de soins intensifs ou dans la salle de réveil avec la présence en continu de personnel médical
 - Placer les patients dans un service de surveillance continue après leur opération
- **Expliquer plus clairement le risque chirurgical avant l'opération**
- Expliquer plus clairement le risque chirurgical avant l'opération (en particulier pour les maladies cardiovasculaires et les comorbidités), et prendre en compte l'indication et le moment de l'intervention chirurgicale
 - Veiller à garantir un premier contact avec l'anesthésiste dès l'admission aux urgences pour permettre une anamnèse exacte et une évaluation correcte conformément à la classification ASA
 - Structurer le processus d'admission au moyen d'un formulaire
 - Multiplier la fréquence de la collaboration interdisciplinaire et la faire intervenir plus tôt, notamment avec les internistes et le service de gériatrie
- **Délai avant l'opération plus long que le délai recommandé (24 heures)**
- Veiller à informer immédiatement le service d'anesthésie au sujet de l'admission du patient et de l'intervention chirurgicale urgente qu'il doit subir dans les 24 heures.
 - Créer une structure organisationnelle permettant de prendre immédiatement en charge les patients nécessitant une intervention chirurgicale urgente, y compris en transmettant des informations juridiquement correctes au patient ou au soignant
 - Étendre les capacités opératoires pour la chirurgie des traumatismes (par exemple, prolonger le temps de fonctionnement des salles) et traiter les patients comme des « urgences »
 - En cas d'impossibilité de procéder à une opération le jour de l'admission, demander aux patients de se représenter le jour suivant en veillant à ce qu'ils figurent parmi les opérations prioritaires du lendemain

- Préparer les patients pour leur transfert en service de surveillance continue/service de soins intensifs avant leur opération - Consulter rapidement pour obtenir des conseils et déterminer le régime thérapeutique pour permettre l'opération dans un délai de 24 heures

➤ **Améliorer le régime de transfusion**

- Établir des normes pour les indications de transfusion, y compris pour la SvO₂, ou les mettre en œuvre conformément aux directives
- Élaborer une norme permettant de prendre des décisions lors de l'administration des érythrocytes

Évaluation des résultats par un expert médical

« Les potentiels d'amélioration sont d'actualité et les solutions proposées sont formulées de manière très vaste et dans les grandes lignes - État de l'art. D'après l'expérience clinique, l'utilisation d'un médicament préexistant avec des anticoagulants fait toujours l'objet de discussions. Cet aspect, tout comme la mise à disposition de procédures opératoires standard au sein des cliniques en tant que potentiel d'amélioration, doit être pris en compte. Si les propositions étaient mises en œuvre de manière généralisée, la plupart (plus de 80 %) des problèmes cliniques associés au soin des patients hospitalisés pour des fractures du col du fémur seraient résolus. »

Professeur Josef Zacher, conseil consultatif médical du groupe de cliniques Helios, porte-parole du directeur des groupes de travail de l'IQM