



Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences



Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres

Rapport de publication relatif à la mesure 2012

Janvier 2014 / Version 1.0

Table des matières

1	Introduction	1
2	Buts visés	1
3	Méthode	2
4	Éthique et protection des données	2
5	Résultats descriptifs	3
5.1	Hôpitaux participants	3
5.2	Patient-e-s participant-e-s	3
5.3	Prévalence des escarres	3
5.4	Prévalence « Chute »	4
6	Résultats ajustés aux risques	4
6.1	Escarres contractées à l'hôpital	4
6.2	Escarres contractées à l'hôpital, hors catégorie 1	6
6.3	Chutes survenues en milieu hospitalier	6
7	Débat et conclusions	7
7.1	Participants	7
7.2	Taux de prévalence des escarres contractées à l'hôpital	8
7.3	Indicateurs de structure « Escarres »	9
7.4	Taux de prévalence des chutes en hôpital	10
7.5	Indicateurs de structure « Chutes »	11
7.6	Comparaison des hôpitaux ajustée aux risques	11
7.7	Avantages et inconvénients	12
8	Recommandations	13

1 Introduction

L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) est responsable des mesures de qualité dans les hôpitaux suisses. Son objectif est de justifier la qualité et de continuer à la développer. Les hôpitaux qui ont signé le contrat doivent participer à des mesures menées de façon périodique dans le cadre du contrat qualité national. En 2012, une mesure nationale de la prévalence des escarres et des chutes survenues en hôpital a été effectuée pour la deuxième fois.

L'ANQ a chargé la Haute école spécialisée bernoise (HESB) de l'organisation de la mesure et de la préparation des données nationales pour la mesure de la prévalence 2012. Pour la collecte des données dans la Suisse occidentale, la HESB collabore avec la Haute école de santé Fribourg (HES-FR) et la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI= École universitaire professionnelle de la Suisse italienne).

La méthode « International Prevalence Measurement of Care Problems » (LPZ International) de l'université de Maastricht, Pays-Bas, a été utilisée. La mesure comprenait les indicateurs relatifs aux soins « Chutes » et « Escarres », qui évaluent les aspects de la qualité des soins et de la prise en charge. Jusqu'à la première mesure en 2011, la Suisse ne disposait d'aucune donnée relative aux chutes et escarres au niveau national ; celles-ci étaient estimées au niveau des institutions sur la base de taux de complications signalées par le personnel soignant.

Dans ce rapport, les résultats les plus importants de l'analyse des données sont présentés à un niveau national. Le rapport final détaillé peut être consulté sur www.anq.ch/akutsomatik.

2 Buts visés

Les résultats doivent permettre d'obtenir des connaissances approfondies des caractéristiques des patient-e-s associées aux chutes et escarres, ainsi que des caractéristiques de structure et de processus. En outre, il devrait être possible de dresser une comparaison de ces indicateurs entre les institutions semblables. Ces objectifs aident les hôpitaux et cliniques suisses à améliorer en continu la qualité de leurs soins en médecine somatique aiguë.

C'est pourquoi les facteurs suivants étaient pertinents lors de la deuxième mesure de la prévalence :

- Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital : Catégories 1 à 4¹
- Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital : Catégories 2 à 4
- Taux de prévalence des chutes survenues à l'hôpital
- Description des indicateurs de structure et de processus liés aux chutes et escarres
- Comparaison des résultats par hôpitaux des indicateurs de réalisation après ajustement des risques.

¹ Les escarres nosocomiales, c.-à-d. survenues en hôpital, sont classées comme suit : Catégorie 1 : rougeur sur la peau intacte non blanchie en cas de pression | Catégorie 2 : perte partielle de la peau | Catégorie 3 : perte de la peau | Catégorie 4 : perte complète de la peau ou des tissus.

3 Méthode

Les instruments utilisés s'appuyaient essentiellement sur les mesures réalisées périodiquement depuis des années aux Pays-Bas ainsi que dans le monde entier, « International Prevalence Measurement of Care Problems » (LPZ International). Celles-ci ont été conçues par l'université de Maastricht. Aujourd'hui, la procédure LPZ est entrée en action dans plusieurs pays européens et permet de réaliser les comparaisons correspondantes.

Après la préparation et la formation exhaustives des employés des hôpitaux, les données ont été rassemblées le mardi 6 novembre 2012. Tous les patient-e-s de plus de 18 ans hospitalisé-e-s dans des hôpitaux de soins aigus en Suisse et au Liechtenstein ont été inclu-e-s (y compris les soins intensifs, intermédiaires entre les soins intensifs/stationnaires et le service post-partum). Les salles de réveil, cliniques de jour, services des urgences et ambulatoires, la pédiatrie et les nourrissons des services post-partum en étaient exclus, tout comme les patient-e-s stationnaires n'ayant pas donné leur consentement. Contrairement à la mesure de 2011, la participation des femmes ayant accouché était obligatoire. Depuis la mesure 2013, les escarres chez les enfants sont également enregistrées.

Les escarres ont été relevées lors d'une mesure de la prévalence ponctuelle, c'est-à-dire le jour de la mesure. Les chutes ont été enregistrées à l'aide d'une mesure de la prévalence périodique, qui se rapportait aux 30 derniers jours ou à la période située entre l'admission et la date de la mesure. Deux membres du personnel soignant par service ont procédé aux mesures. En plus des escarres et chutes, d'autres données relatives aux patient-e-s, à l'hôpital et au service ont été collectées. Dans un premier temps, les données ont été analysées de façon descriptive ; par la suite, elles ont été analysées après ajustement des² risques.

Une personne chargée de la coordination des hôpitaux a contrôlé la qualité de la mesure et des données sur place. De plus, un manuel d'utilisation de la mesure était disponible sur place pour la saisie des données. Le LPZ Maastricht a également contrôlé la plausibilité des données saisies par rapport aux profils des données. Les recherches ont été effectuées selon des configurations d'erreurs systématiques, par ex. en fonction des valeurs qui ne devaient pas apparaître, des données qui étaient suspectes ou manquantes.

4 Éthique et protection des données

La condition de la participation était un consentement oral de la patiente/du patient, ou de son représentant. Celui-ci a été informé par écrit au préalable de la collecte de données et de ses objectifs. Le souhait des patient-e-s refusant de participer a été respecté. Toutes les données relatives aux patient-e-s ont été collectées de manière anonyme. Seuls les hôpitaux peuvent savoir à quelles personnes se rapportent les pseudonymes.

² Lors de la mesure de la prévalence, les hôpitaux ont été comparés les uns aux autres en fonction de la qualité des soins qu'ils prodiguent. À l'occasion d'une telle comparaison, l'état de santé général des patient/es et le degré de la maladie prise en charge jouent un rôle décisif ; en effet, les patient/es peuvent ensuite présenter des résultats associés aux soins différents, même si la qualité des soins prodigués était la même. Aussi, un résultat moins bon ne signifie pas automatiquement que la qualité des soins prodigués était moins bonne. Pour dresser une comparaison pertinente, il est par conséquent important de tenir compte des facteurs de risque des patient-e-s en utilisant une méthode statistique, connue sous le nom d'ajustement des risques.

5 Résultats descriptifs

5.1 Hôpitaux participants

Au total, 132 hôpitaux et groupes hospitaliers ont participé à la deuxième mesure nationale de la prévalence, répartis sur 186 sites hospitaliers et les types d'hôpitaux suivants : soins de base (hôpitaux généraux), hôpitaux de prise en charge spécialisée (hôpitaux universitaires/hôpitaux généraux) et cliniques spécialisées avec 75,3 à 75,8 % de leurs patient-e-s.

5.2 Patient-e-s participant-e-s

Au moment de la mesure, 18 105 patient-e-s de plus de 18 ans étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux participants. Parmi ces personnes, 13 651 ont participé à la collecte, ce qui correspond à un taux de réponse de 75,4 %. 45,8 % des patients étaient des hommes et 54,2 % des femmes. L'âge moyen de ces personnes était de 64,4 ans. Le jour de l'enquête, les participant-e-s étaient hospitalisé-e-s 9,1 jours en moyenne, la durée d'hospitalisation la plus fréquente étant de 7 jours. 39,4 % des participant-e-s ont subi une intervention chirurgicale dans les deux semaines précédant la mesure. Des différences dans le tableau clinique étaient visibles en fonction du type de soins administrés et des spécialisations des hôpitaux. Les plus fréquentes étaient les maladies cardiovasculaires (47,6 %) suivies des maladies de l'appareil moteur (32,0 %). En moyenne, 20 % des participant-e-s avait besoin d'aide dans la vie quotidienne ou du moins pour les tâches ménagères.

5.3 Prévalence des escarres

5.3.1 Patient-e-s avec une escarre

La fréquence des escarres de catégories 1 à 4 survenues à l'hôpital a baissé de 1,4 % par rapport à l'année précédente pour atteindre 4,4 % en 2012 (année précédente : 5,8 %). 234 patient-e-s avaient des escarres hors catégorie 1, ce qui correspond à un taux de prévalence des catégories 2 à 4 de 1,7 % (année précédente : 2,1 %).

Au total, des escarres de catégorie 1 à 4 ont été relevées chez 6,9 % des 13 651 participant-e-s (année précédente : 9,4 %). Sur les 945 patient-e-s, environ autant d'hommes que de femmes étaient concernés. Ce taux comprend la prévalence globale : les patient-e-s qui ont été admis à l'hôpital alors qu'ils avaient déjà une escarre, et les patient-e-s qui ont contracté une escarre à l'hôpital. L'âge moyen était de 74,6 ans et 38 % d'entre eux ont subi une opération dans les deux semaines précédant la mesure (+ 4,7 % par rapport à l'année précédente).

Les pourcentages d'escarres (hors cliniques spécialisées) se distinguent à peine dans les diverses unités de soins. La plupart des escarres de catégorie 1 ont été relevées dans les hôpitaux universitaires. Les escarres de catégories 2 et 3 survenues en hôpital ont été relevées le plus souvent dans les soins de base, celles de catégorie 4 dans les hôpitaux universitaires de prise en charge spécialisée et les soins de base.

5.3.2 Mesures de prévention

Différentes mesures ont été prises pour les patient-e-s à risque : des mesures générales telles que le changement de position, les matelas et surmatelas de prévention des escarres, divers types de coussins. Pour les patient-e-s ayant des escarres, la promotion de l'activité physique, les soins de la peau ainsi que la réduction de la pression sur les emplacements du corps à risque étaient au premier plan dans tous les types d'hôpitaux.

5.4 Prévalence « Chute »

5.4.1 Patient-e-s victimes d'une chute

Dans l'année de mesure 2012, un plus petit nombre de chutes survenues pendant l'hospitalisation a été relevé, avec une moyenne de 20,6 % (-1 % par rapport à l'année précédente). Les taux de prévalence moyens des chutes survenues à l'hôpital, mesurés par rapport au nombre total de participant-e-s, était de 3,8 % pour tous les types d'hôpitaux (-0,5 % par rapport à l'année précédente).

Dans les 30 jours précédant la mesure, 18,2 % (-1,6 % par rapport à l'année précédente) des participant-e-s étaient tombé-e-s au moins une fois avant ou pendant l'hospitalisation. Environ trois quarts des chutes étaient survenues avant l'hospitalisation. Les femmes (58,2 %) sont tombées plus souvent que les hommes. Les personnes concernées avaient en moyenne 72,4 ans, 31,5 % avaient été opérées dans les deux semaines précédant la mesure. Au total, chez 21,5 % des personnes concernées sont survenues des chutes répétées (au moins 2), le plus souvent en dehors de la période d'hospitalisation.

Les chutes en dehors de l'hôpital ont principalement eu lieu en plein air, dans la chambre, le salon ou la salle de bains/les toilettes. À l'intérieur de l'hôpital, les lieux de chutes les plus fréquemment cités étaient la chambre du patient, la salle de bains ou les toilettes. Parmi les causes principales des chutes, les problèmes de santé physique se trouvaient en tête (41,1 %) avec les facteurs liés à l'environnement (35,3 %). Les causes des chutes en dehors de l'hôpital étaient souvent inconnues. 74,8 % des personnes concernées s'étaient blessées lors de la chute : des blessures légères (31,5 %), moyennes (17,3%), graves (39,9 %) ainsi que des fractures des hanches (11,3 %). Les fractures des hanches dues à des chutes étaient nettement plus fréquentes avant l'hospitalisation que pendant et étaient aussi très probablement la raison de l'admission.

5.4.2 Mesures de prévention

La mesure la plus fréquente en prévention des chutes était l'information aux patient-e-s, suivie des exercices et entraînements et de l'accompagnement pour se déplacer. Les autres méthodes utilisées diffèrent en fonction des types d'hôpitaux.

Davantage de mesures de prévention des chutes étaient généralement utilisées pour les patient-e-s tombé-e-s avant ou après l'admission. Celles-ci étaient souvent multiples. Le choix ou la combinaison des mesures semblait varier en fonction de l'hôpital. Les mesures générales de prévention des blessures étaient plus rares. Environ 80 % des personnes concernées n'ont bénéficié d'aucune mesure de prévention des blessures.

6 Résultats ajustés aux risques

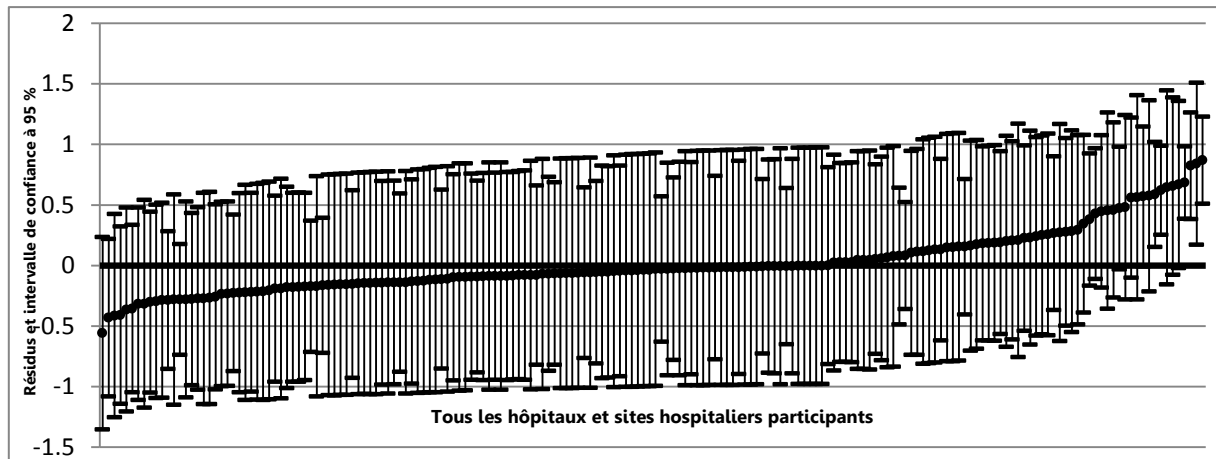
Comme l'année précédente, les comparaisons ajustées aux risques des trois indicateurs relevés – escarres, catégories 1 à 4 et catégories 2 à 4 ainsi que chutes – montrent une homogénéité élevée des hôpitaux. Lors de la comparaison des résultats des hôpitaux, seuls quelques résultats significativement divergents ont été relevés.

6.1 Escarres contractées à l'hôpital

Dans la procédure LPZ, l'échelle de Braden est utilisée pour évaluer le risque d'escarre. Les patient-e-s présentant un résultat de 20 ou moins sur l'échelle de Braden présentent un risque plus de trois fois supérieur à celui des patient-e-s ayant obtenu un résultat supérieur à 20. L'échelle de dépendance aux soins (EDS) indique une augmentation du risque presque linéaire pour une dépendance croissante. La durée de l'hospitalisation joue également un rôle : si elle augmente, le risque croît également. Les patient-

e-s hospitalisé-e-s depuis plus de 28 jours présentait un risque 3,1 fois plus élevé que ceux/celles dont l'hospitalisation était inférieure à 7 jours. L'âge aussi influence l'apparition d'escarres : le risque est 2 fois plus élevé chez les patient-e-s de plus de 75 ans que chez ceux de moins de 55 ans. Divers signes cliniques augmentent également le risque indépendamment les uns des autres, notamment les cancers, les blessures dues à des accidents et les prothèses des hanches.

Image 1³ : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, ⁴ tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 à 4)



La référence est l'ensemble des hôpitaux participants. Par conséquent, comme la structure des risques se base sur un grand échantillon, les résultats sont statistiquement très significatifs.

Les chiffres situés dans la zone positive indiquent une plus grande fréquence d'escarres en hôpital après ajustement des risques, les valeurs dans la zone négative une fréquence moindre d'escarres que la moyenne (représentée comme ligne du zéro) de tous les hôpitaux. Seuls six hôpitaux se distinguent nettement de l'ensemble des hôpitaux d'un point de vue statistique : leurs intervalles de confiance ne coupent pas la ligne du zéro. En tenant compte des caractéristiques des patient-e-s citées, on obtient une relative homogénéité entre les hôpitaux. Un facteur qui contribue à ce phénomène est le petit nombre de chutes dans un grand nombre d'entre eux, ce qui donne des intervalles de confiance très larges. Ceux-ci reflètent la certitude ou l'incertitude statistique avec laquelle il faut interpréter les résultats.

Exemple de lecture du graphique : si l'on considère les neuf points de données (= résidus) ou hôpitaux situés tout à fait à droite, six hôpitaux se situent au-dessus de la ligne du zéro. La différence est que les intervalles de confiance de ces six hôpitaux ne coupent pas la ligne du zéro, alors que c'est le cas des trois autres hôpitaux. Bien que les escarres soient plus fréquentes que la moyenne globale dans ces neuf hôpitaux, le constat n'est statistiquement significatif que pour les six hôpitaux dont l'intervalle de confiance global est au-dessus de la ligne du zéro. Pour les trois autres hôpitaux, l'incertitude statistique est plus grande, ce qui s'explique essentiellement par le plus petit nombre de patient-e-s participant-e-s.

³ Vous trouverez des consignes pour la lecture des graphiques à la fin du rapport

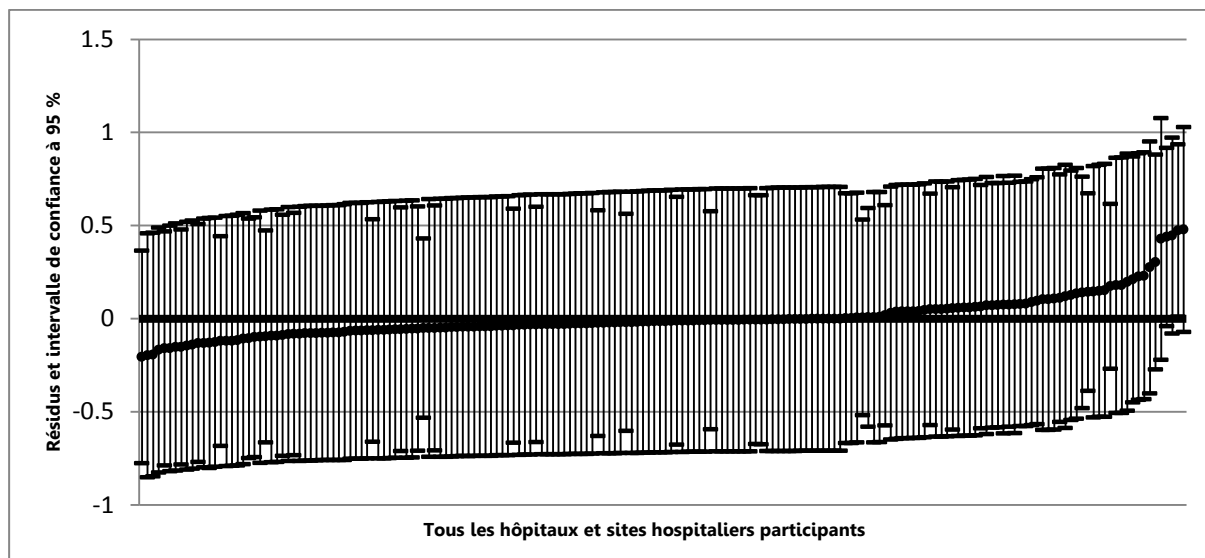
⁴ Un intervalle de confiance à 95 % est une évaluation statistique qui décrit la fourchette dans laquelle est comprise la valeur réelle, avec une probabilité d'erreur de 5 %. De même, les mesures sont toujours influencées par des éventualités, comme par ex. lors de l'enquête auprès des patient-e-s présent-e-s, en cas de fluctuations saisonnières, en cas d'erreurs de mesure, entre autres. Par conséquent, les valeurs mesurées ne restituent la valeur réelle que de façon approximative. Celle-ci se trouve dans la zone de l'intervalle de confiance, avec une probabilité d'erreur de 5 %.

6.2 Escarres contractées à l'hôpital, hors catégorie 1

Le diagnostic explicite de l'escarre de catégorie 1 est difficile. Une bonne prévention permet pourtant largement d'éviter des lésions cutanées. C'est pourquoi les escarres de catégorie 1 contractées à l'hôpital font l'objet d'une analyse distincte.

La différence entre les escarres avec la catégorie 1 et celles hors catégorie 1 se manifeste aussi par une différence dans la structure des risques. Là encore, un score de Braden inférieur à 20 est une caractéristique de risque pertinente. Mais une longue hospitalisation est encore plus importante : les patient-e-s hospitalisé-e-s plus de 28 jours présentent un risque plus de 5 fois supérieur à ceux ayant passé jusqu'à 7 jours à l'hôpital. La dépendance aux soins est encore plus remarquable ici. Là encore, le risque augmente de manière presque linéaire, mais le risque avec une dépendance croissante est encore plus important que pour l'escarre avec la catégorie 1. Les signes cliniques présentant un lien significatif avec l'escarre sont le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies de l'appareil moteur ainsi que les maladies dues à un accident.

Image 2 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux ou sites hospitaliers – escarres nosocomiales hors catégorie 1

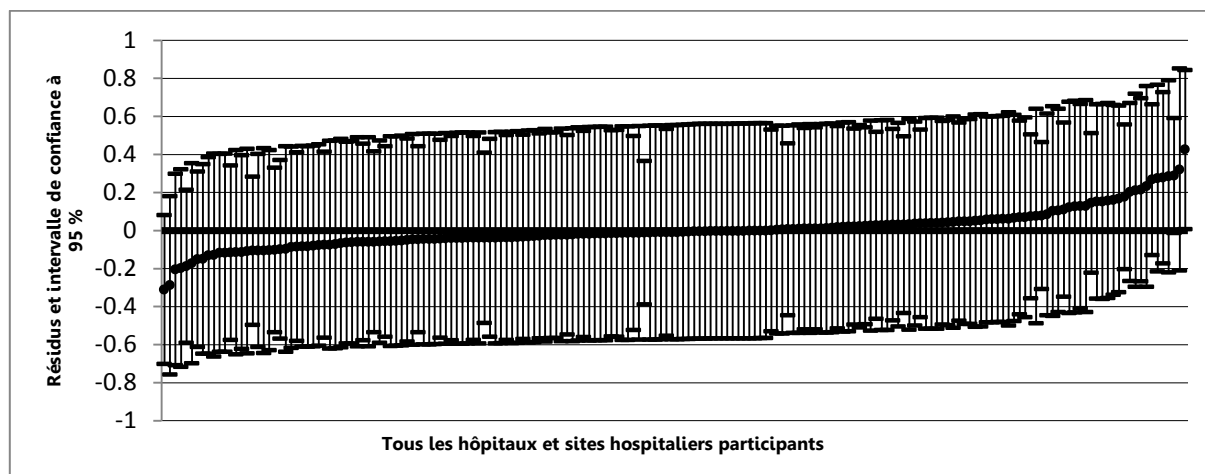


L'évaluation globale montre qu'un seul hôpital s'écarte de manière significative de la moyenne. Là aussi, l'homogénéité est importante. Cependant, elle s'explique aussi par un nombre de cas encore plus petit par rapport au chapitre 6.1.

6.3 Chutes survenues en milieu hospitalier

Comme pour la mesure des escarres, on détermine également les caractéristiques de risque des chutes à l'aide de la méthode statistique mentionnée. Le risque augmente aussi nettement avec la durée de l'hospitalisation. Par rapport aux patient-e-s hospitalisé-e-s moins d'une semaine, ceux/celles hospitalisé-e-s entre 8 et 28 jours ont un risque 3,8 fois plus élevé. Les patient-e-s hospitalisé-e-s plus de 29 jours ont même un risque 4,7 fois plus élevé. Un risque accru est également observé avec l'augmentation de l'âge, mais uniquement à partir de 75 ans et plus. Contrairement aux escarres, il n'y a pas de croissance progressive avec l'augmentation de la dépendance aux soins. Les signes cliniques augmentent ou diminuent le risque de chute indépendamment les uns des autres. Les risques les plus importants sont les maladies psychiques et cognitives ainsi que les déficiences des organes des sens, mais également les cancers. Une intervention chirurgicale fait par contre office de facteur protecteur, car elle réduit le risque de moitié. Enfin, le besoin de soins pour les activités de la vie quotidienne est associé à un risque de chute plus élevé.

Image 3 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % - hôpitaux ou sites hospitaliers – chutes à l'hôpital



Un hôpital s'écarte significativement de la moyenne, dans le sens clinique négatif, du fait que l'intervalle de confiance ne coupe pas la ligne du zéro. Par ailleurs, on note ici aussi une homogénéité relative des hôpitaux.

7 Débat et conclusions

En établissant une comparaison directe avec les mesures LPZ d'autres pays et également avec des données dans des publications internationales, les points suivants ressortent : Les taux d'escarres nosocomiales des catégories 1 à 4 et 2 à 4 sont comparativement faibles. À l'inverse, la fréquence des chutes survenues à l'hôpital reste relativement élevée par rapport aux autres pays.

Avec les résultats de la mesure nationale 2012 de la prévalence des chutes et escarres, c'est la deuxième fois que sont présentées des données sur la fréquence des chutes et escarres. Les résultats déterminés peuvent être utilisés pour une étude comparative des hôpitaux. Ceux-ci ont de nouveau la possibilité de revoir ou de perfectionner l'assurance qualité sur le plan structurel ainsi que les mesures et stratégies de prévention introduites sur le plan procédural.

7.1 Participants

132 hôpitaux et groupes hospitaliers répartis sur 186 sites hospitaliers de Suisse et du Liechtenstein ont participé à la mesure 2012. Les unités de soins participantes sont représentatives des unités de soins des hôpitaux de soins aigus de la Suisse.

On remarque un écart avec les autres pays, avec une participation plutôt faible des patient-e-s à la mesure (75,4 %). Aux Pays-Bas, elle était en moyenne de 93,4 % lors des trois dernières enquêtes LPZ (avec déclaration de consentement orale). Cependant, seulement 43 hôpitaux y ont participé en moyenne.

La procédure de consentement orale était considérée comme bien plus facile que la forme écrite prescrite pour la mesure 2011. Toutefois, l'information des patient-e-s et la demande du consentement oral ne semblaient pas faciles. C'est pourquoi la formation de l'équipe de mesure est importante. Le public aussi doit être encore mieux informé des obligations des hôpitaux quant à l'assurance qualité. Cela permet aux patient-e-s de mieux savoir à quel point ces mesures sont importantes pour les hôpitaux, mais également pour eux/elles-mêmes.

Les données socio-démographiques des participant-e-s portent sur la population hospitalisée dans les hôpitaux suisses. Cependant, la mesure tient compte de la durée d'hospitalisation jusqu'au jour de l'enquête, et non la durée totale. La durée d'hospitalisation moyenne était de 9,1 jours d'après les statistiques des hôpitaux 2011 (OFS), soit tout près de la moyenne suisse qui est de 9,52 jours. Près de 40 % des personnes hospitalisées devaient subir une opération dans un hôpital de soins aigus. Les maladies cardiovasculaires, de l'appareil locomoteur, des reins et des voies urinaires, de l'appareil digestif ainsi que de l'appareil respiratoire étaient les groupes de diagnostic les plus fréquents. Dans les statistiques médicales des hôpitaux 2011 (OFS), les lésions, l'appareil locomoteur, l'appareil circulatoire et l'appareil digestif sont les groupes de diagnostic principaux. Ainsi, il existe une correspondance certaine avec les données relevées, même si elle n'est pas parfaite.

Un bon cinquième des patient-e-s participant-e-s a besoin d'aide dans la vie quotidienne et pour les tâches ménagères. Un quart d'entre eux/elles est au moins partiellement dépendant aux soins.

7.2 Taux de prévalence des escarres contractées à l'hôpital

7.2.1 Caractéristiques des patient-e-s avec une escarre de décubitus nosocomiale

Les patient-e-s souffrant d'escarres nosocomiales (contractées à l'hôpital) sont en moyenne un peu plus souvent des hommes et ont environ 10 ans de plus que l'échantillon global. Ces patient-e-s ont été opéré-e-s à peu près à la même fréquence dans les deux dernières semaines que l'échantillon global.

En comparant les signes cliniques des participant-e-s hospitalisé-e-s en général avec les patient-e-s souffrant d'escarres nosocomiales, il ressort que ces derniers présentent beaucoup plus de signes cliniques. Ces patient-e-s sont également plus dépendant-e-s au niveau de l'aide que l'échantillon global. Cela correspond aux résultats de l'échelle de dépendance aux soins.

L'influence de l'âge sur le risque d'escarre a également été confirmée dans l'analyse ajustée au risque, mais uniquement pour l'apparition d'escarres avec la catégorie 1. Si l'on ne tient pas compte de la catégorie 1, l'âge ne représente plus une caractéristique importante. La dépendance aux soins est particulièrement visible dans les deux évaluations des escarres. Le risque augmente de façon linéaire avec l'augmentation de la dépendance aux soins.

7.2.2 Taux de prévalence des escarres de décubitus nosocomiales

Comparés aux taux de prévalence, les résultats des hôpitaux sont répartis de manière relativement égale. Avec une prévalence nosocomiale de 4.4%, les données de la Suisse dans la comparaison mondiale (fourchette entre 5.0% et 11.6%) présentent aussi des valeurs basses dans la mesure 2012. Pour les taux de prévalence nosocomiale excluant la catégorie 1, la mesure de la Suisse indique, avec une valeur moyenne de 1,7 % au-dessus de l'ensemble des hôpitaux, un taux plus bas dans les publications internationales, où les valeurs indiquées sont comprises entre 3,1 % et 6,3 %. Dans les unités de soins, les patient-e-s se trouvant dans les unités de surveillance/surveillance cardiaque souffrent le plus souvent d'escarres nosocomiales hors catégorie 1, suivis des services chirurgicaux, non chirurgicaux et des soins intensifs. Ces résultats correspondent à ceux de la littérature internationale ainsi qu'à une étude en Suisse.

Prévalence des escarres hors catégorie 1 : chez les patient-e-s à risque, les résultats de la prévalence globale dans les hôpitaux suisses s'inscrivent dans la partie inférieure (6,4 %) par rapport à la prévalence indiquée dans les publications internationales (entre 6,1 et 27,6 %).

Si l'on compare les résultats de 2011 et 2012, on remarque une légère baisse des taux de prévalence descriptifs, tant pour les escarres que pour les chutes. Mais dans l'ensemble, ces décalages sont faibles. Les résultats de l'évaluation après ajustement des risques, d'une homogénéité semblable à la mesure de

l'année précédente, ne confirment pas cette tendance à la baisse. Dans l'ensemble, l'importance du taux de réponse ainsi que l'échantillon plus grand et ses effets doivent être pris en compte pour la fiabilité de ces résultats. Les indicateurs de qualité sensible des soins ne permettent donc pas de tirer de nouvelles conclusions et recommandations quant à la pratique des soins par rapport à la mesure de 2011.

Concernant la prévalence des escarres nosocomiales hors catégorie 1 chez les patient-e-s à risque, le résultat des hôpitaux suisses (3,3 %) est inférieur aux taux de prévalence indiqués dans les publications (entre 5,3 % et 11,2 %). Il est possible que ce résultat soit lié au faible taux de réponse. Cela peut aussi être dû au fait que les patient-e-s à risque étaient sous-représenté-e-s.

Concernant la catégorie des escarres survenues à l'hôpital, la plus fréquente est la catégorie 1 avec une part de 52,1 % pour la prévalence nosocomiale. La deuxième catégorie la plus fréquente est la catégorie 2 avec 32,2 %. Ces résultats correspondent aux données des publications internationales.

Comme l'année précédente, les escarres touchent plus fréquemment le sacrum, le talon et le siège. Là aussi, ces résultats correspondent aux données des publications internationales.

Dans la comparaison nationale, on constate que les résultats des cliniques spécialisées diffèrent en partie de ceux des autres types d'hôpitaux. Il est possible que cela ait un lien avec le faible nombre de chutes et les caractéristiques spécifiques des patient-e-s de ces établissements.

Le taux de réponse de la mesure 2012 est important pour l'interprétation des résultats de mesure globaux. Il laisse supposer que le taux de prévalence des escarres nosocomiales devrait être plus élevé (voir le chapitre 7.1). De plus, on peut vraisemblablement supposer qu'une partie des patient-e-s à risque n'a pas participé à la mesure. Les patient-e-s présentant des limitations cognitives et les personnes particulièrement malades ont un risque plus élevé d'escarres.

7.3 Indicateurs de structure « Escarres »

Les résultats pour les indicateurs de structure des escarres au niveau de l'hôpital indiquent dans certains domaines une différence entre les types d'hôpitaux en Suisse au niveau de la disponibilité de ces indicateurs. Dans la comparaison internationale avec les autres mesures LPZ de ces trois dernières années, la disponibilité des normes et directives est plus basse dans les hôpitaux suisses (78,6 %) qu'aux Pays-Bas (100 %).

L'indicateur pour les informations standardisées lors d'un transfert affiche un meilleur résultat dans la comparaison internationale. Les résultats pour les spécialistes et un groupe de spécialistes sont comparables aux résultats autrichiens en 2010 et sont légèrement inférieurs aux résultats des deux dernières années aux Pays-Bas. La disponibilité des formations continues tend à être inférieure aux valeurs internationales. Les résultats pour les brochures d'information sont légèrement supérieurs à ceux de l'Autriche (2010), mais restent bien en-dessous des valeurs des Pays-Bas sur les deux dernières années.

L'observation de ces indicateurs de structure au niveau des unités de soins montre des différences modérées entre les types d'hôpitaux. Dans le cadre d'une comparaison internationale, les hôpitaux suisses présentent des valeurs identiques, voire légèrement supérieures à celles des Pays-Bas pour les informations standardisées lors du transfert, la disponibilité de matériel de prévention, ainsi que l'identification des risques. En revanche, les brochures d'information sont beaucoup moins présentes qu'aux Pays-Bas. De même, la tenue de tables rondes multidisciplinaires est apparue moins fréquente dans les hôpitaux suisses.

7.4 Taux de prévalence des chutes en hôpital

7.4.1 Caractéristiques des patient-e-s victimes d'une chute

En comparaison avec l'échantillon global, on observe les points suivants : La part de femmes est supérieure de 4 % et les personnes concernées ont environ 8 ans de plus en moyenne. La part des personnes victimes d'une chute qui ont été opérées dans les deux semaines précédant la mesure est plus faible d'environ 8 %. Ces résultats sont approximativement semblables à ceux de l'année précédente.

En comparant les signes cliniques de l'ensemble des personnes hospitalisées avec ceux des patient-e-s victimes d'une chute, on constate que la part des patient-e-s victimes d'une chute (8,1 %), ainsi que la part des participant-e-s souffrant d'une maladie cardiovasculaire (9,8 %), est plus importante que dans l'échantillon global. Les maladies des reins ou des voies urinaires et organes génitaux (7,7 % de plus), les troubles psychiques (2,1 % de plus), le cancer (9,1 % de plus), les démences (26,6 % de plus) et le diabète sucré (8,3 % de plus) sont également un peu plus fréquents. Ces patient-e-s sont plus dépendant-e-s au niveau de l'aide que l'échantillon global.

Ces résultats descriptifs s'avèrent en partie différents dans l'analyse ajustée au risque. Le sexe n'est donc plus décisif. Cependant, les facteurs de l'âge et de l'intervention chirurgicale sont également significatifs dans l'analyse ajustée au risque. Mais pour l'âge, seul 75 ans et plus apparaît encore.

Comme pour l'escarre, la dépendance aux soins joue un rôle relativement important. Mais ici, seul un rapport linéaire partiel est visible. Le risque de chute augmente jusqu'à la dépendance majoritaire, mais baisse pour la dépendance complète. Cela est probablement dû à la faible mobilité des patient-e-s complètement dépendant-e-s aux soins. De même, de nombreux signes cliniques sont étroitement liés au risque de chute. Il en va de même pour l'effet « positif » d'une intervention chirurgicale. La baisse de mobilité après une opération agit comme un facteur protecteur. Les caractéristiques identifiées dans l'analyse coïncident à quelques détails près avec les facteurs de risque connus des publications internationales.

7.4.2 Taux de prévalence des chutes survenues à l'hôpital pour les patient-e-s

Dans la comparaison internationale, le pourcentage des chutes survenues dans les hôpitaux suisses est relativement élevé. Cela vaut notamment aussi pour la comparaison avec les enquêtes selon la méthode LPZ. Alors que le taux de prévalence dans les hôpitaux suisses pour tous les types d'hôpitaux est de 3,8 %, les derniers taux disponibles pour les Pays-Bas et l'Autriche (2010) indiquent respectivement 1,5 % et 3,2 %.

Dans la mesure suisse, les données sur les conséquences des chutes ne sont pas réparties de la même manière que dans les deux dernières enquêtes LPZ aux Pays-Bas. On remarque que les conséquences de chute légères (33,8 %) et moyennement graves (20,6 %) représentent une part plus importante que dans les LPZ (respectivement environ 18,7 % et 14 %). En revanche, les valeurs sont semblables pour les blessures graves (37,7 %) et beaucoup plus basses pour les fractures de la hanche (7,9 %) que dans les LPZ (respectivement 30,5 à 46 % et 20 à 33 %). Cependant, des données sur les conséquences des chutes sont disponibles seulement pour environ un tiers des chutes en hôpital. Ici, la question se pose de savoir si la documentation incomplète des chutes survenues à l'hôpital ou la logique des questionnaires LPZ pour ce résultat a contribué à ce résultat et de quelle manière. En effet, on constate pour les indicateurs de structure que la majorité des hôpitaux ont enregistré des chutes. À partir de la mesure 2013, des données détaillées sur les chutes et leurs conséquences sont collectées uniquement pour les chutes en hôpital. De plus, la logique du formulaire est adaptée au relevé des conséquences des chutes.

7.5 Indicateurs de structure « Chutes »

Les résultats pour les indicateurs de structure relatifs aux chutes au niveau de l'hôpital indiquent également une différence quant à leur disponibilité entre les types d'hôpitaux en Suisse.

Une comparaison internationale avec les trois dernières mesures LPZ indique qu'aux Pays-Bas, l'échantillon de six à neuf institutions participantes est relativement petit. Dans les hôpitaux suisses, le relevé des chutes avec les mesures LPZ des trois dernières années est semblable aux Pays-Bas et en Autriche (2010), tandis qu'une baisse de 20 % a été constatée pour cet indicateur aux Pays-Bas lors du cycle de mesure 2012. La transmission d'informations lors du transfert (80,7 %) a plus souvent lieu en Suisse qu'aux Pays-Bas (en moyenne 40 %), mais un peu moins souvent qu'en Autriche (2010). Avec 61,5 %, la disponibilité d'une norme ou d'une directive pour la prévention des chutes est comparable aux résultats internationaux (LPZ 40 % à 77,8 %).

Au niveau de l'unité de soins, les hôpitaux suisses montrent une disponibilité semblable concernant la discussion des mesures de prévention avec les patient-e-s et les informations standardisées lors du transfert que les hôpitaux néerlandais et autrichiens (2010). En dehors de la disponibilité comparativement élevée des moyens auxiliaires pour la prévention des blessures (Suisse 70,2 % par rapport à 55,6 % dans les LPZ), les autres indicateurs de structure présentaient des différences moins prononcées en matière de disponibilité.

7.6 Comparaison des hôpitaux ajustée aux risques

Les résultats révèlent une forte homogénéité pour les trois indicateurs. Seuls quelques hôpitaux se démarquent véritablement de l'ensemble des hôpitaux. Le faible nombre de différences peut être dû à la méthode adoptée pour la modélisation hiérarchique. Celle-ci correspond à l'état actuel de la science et est utilisée pour des tâches complexes de ce genre. Comme chacun sait, la méthode a tendance à donner des résultats « conservateurs ». En d'autres termes, il faut s'attendre à trouver moins d'écarts statistiques qu'avec les autres méthodes en raison de l'ajustement global. Le choix de cette méthode est dû principalement au faible nombre de chutes dans chaque hôpital. En effet, les mesures de la prévalence doivent toujours tenir compte du fait que plus le nombre de chutes par hôpital est faible, plus celles-ci sont influencées par des hasards.

Comme le suggère par exemple la comparaison des graphiques des hôpitaux universitaires avec les trois autres types d'hôpitaux, les intervalles de confiance à 95 % indiqués pour les résidus sont également influencés par le nombre de chutes des patient-e-s participant-e-s. Les hôpitaux universitaires présentant un nombre de chutes relativement élevé ont comme prévu des intervalles de confiance plus restreints que les autres types d'hôpitaux.

Il en va de même pour la comparaison entre les hôpitaux de même type. En observant la comparaison entre les hôpitaux universitaires pour les escarres, les hôpitaux qui s'écartent négativement au sens clinique présentent non seulement les taux de prévalence non ajustés les plus élevés, mais également le plus grand nombre de chutes. Cette association des taux de prévalence et du nombre de chutes conduit vraisemblablement à un écart statistique. En bref : les petits hôpitaux n'ont avec cette méthode pratiquement aucune chance de présenter des valeurs statistiques aberrantes. Cela peut être vu comme un inconvénient, mais aussi comme une protection pour les plus petits hôpitaux. Les plus petits hôpitaux présentent un risque nettement plus grand pour les taux de prévalence qui peuvent être élevés accidentellement lors d'un jour de référence. Si cette situation n'est pas prise en compte, la comparabilité est considérablement limitée.

Seules de faibles différences sont visibles par rapport à la mesure 2011. Davantage d'hôpitaux ont été

identifiés comme étant hors normes uniquement pour les escarres de catégories 1 à 4. C'était le cas d'un seul hôpital pour les escarres de catégories 2 à 4, comme l'année précédente. Pour les chutes, il n'y en avait qu'un (année précédente : deux). Les raisons à cela sont probablement de nature plus méthodique. La fréquence plus élevée de la catégorie 1 est certainement due à l'incertitude plus importante du classement de ces catégories.

Une autre raison pourrait être le modèle de risque légèrement modifié au niveau du patient. L'inclusion de l'échelle de dépendance aux soins (EDS) a quelque peu modifié le modèle de risque. À cela s'ajoute le fait que l'adaptation du niveau d'évaluation des groupes hospitaliers aux sites hospitaliers a fait baisser la moyenne des chutes par unité de soins analysée, et ce, malgré l'augmentation du taux de participation. Avec la baisse du nombre de chutes par unité, les intervalles de confiance déterminants seront identifiés comme étant hors normes, ce qui implique un risque plus faible pour les hôpitaux.

7.7 Avantages et inconvénients

La mesure 2012 était la deuxième enquête en Suisse. D'après les expériences des partenaires internationaux des LPZ, cela peut avoir une influence positive sur la qualité des données, en raison de la routine croissante au cours de la collecte des données. Pour empêcher cela, l'ensemble des coordinateurs des hôpitaux ont reçu une formation identique par la HESB et ses partenaires. Les documents de formation ont été élaborés de manière structurée avec un contenu déterminé à l'avance et le manuel d'utilisation de la mesure a été conçu de façon détaillée. En outre, un service téléphonique a été mis à disposition la veille et le jour de la mesure.

Cette mesure a pour avantage le fait que les instruments de mesure sont les mêmes au niveau international. Ils présentent encore quelques faiblesses qui pourront cependant être résolues pour les prochaines mesures. Le relevé de données cliniques au lit du/de la patient-e augmente également la fiabilité des résultats.

La participation plutôt faible des patient-e-s peut nuire à la représentativité de l'échantillon. Pour la deuxième mesure, seul un consentement oral était nécessaire (année précédente : consentement écrit). Les taux de participation sont tout de même très différents. Une participation d'au moins 80 % doit être recherchée pour la mesure de la prévalence, car cela augmente la comparabilité des données avec les enquêtes LPZ et internationales.

La procédure d'évaluation établie par la chaque cycle de mesure est un autre avantage de cette méthode. Les résultats conduisent à des ajustements au niveau de l'organisation de la mesure et des instruments de collecte. Ainsi, des optimisations orales ont pu être effectuées dans la formulation des questions structurelles pour la mesure 2012. Les catégories de réponses suggérées par les participant-e-s dans le domaine des escarres et des chutes ont pu être complétées. Globalement, l'organisation de la mesure et la mesure ont été évaluées de manière positive par les participant-e-s en 2012.

L'analyse par site hospitalier selon la typologie hospitalière de l'office fédéral de la statistique (BFS) (2006) signifie que les établissements, dont le mandat de prestations est varié, ont pu se voir attribuer des types d'hôpitaux différents en fonction du site. Les résultats ont donc été attribués à plusieurs types d'hôpitaux dans l'analyse. Ainsi, les différents mandats de prestations ont été pris en compte au niveau des sites (mais pas au niveau de l'établissement global), ce qui a un effet négatif sur le benchmarking. Un benchmarking au niveau de l'établissement global n'est pas toujours possible. Cette imprécision ne peut pas être évitée en raison de la typologie du BFS. Elle doit être acceptée en tant que conséquence inévitable de l'utilisation de cette typologie.

Le plus grand avantage de la deuxième mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres, par

rapport à 2011, est la taille de l'échantillon encore plus grand qui permet une meilleure représentativité des données et une méthode statistique de grande envergure, deux conditions nécessaires à un ajustement correct.

8 Recommandations

Le chapitre « Débat » et celui sur les avantages et inconvénients de la mesure montrent qu'aucune recommandation étendue ne devrait encore être donnée à la suite de la deuxième mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres en Suisse. Ce qui est sûr, c'est que les mesures répétées permettent aux hôpitaux de contrôler et éventuellement d'ajuster leur qualité concernant les chutes et escarres.

Les analyses tendanciennes des mesures répétées dans le contexte international suggèrent que les taux de prévalence tendent à être de plus en plus bas, tandis que la sensibilisation aux thèmes mesurés et l'utilisation ciblée de traitements et de mesures préventives gagnent du poids.

Cependant, il faut plus d'un an pour développer et mettre en œuvre de telles mesures. Il est donc sûrement trop tôt pour discuter des analyses tendanciennes ou des effets du benchmarking national. Les résultats de la mesure 2013 devraient permettre de tirer des conclusions plus nettes. Compte tenu de l'opposition entre l'homogénéité des résultats ajustés aux risques dans la comparaison des hôpitaux et les différences concernant les mesures introduites et les indicateurs de structure utilisés, la question se pose de savoir dans quelle mesure les mesures de prévention et de traitement existantes ou introduites sont effectives et efficaces. Les indices des soins insuffisants et excessifs se retrouvent par exemple dans l'utilisation de matériel de pansement des plaies pour la catégorie d'escarre 1 ainsi que dans l'utilisation insuffisante de l'éducation du patient. Le fait qu'un cinquième des participant-e-s ayant subi une chute ne bénéficient d'aucune mesure de prévention des chutes peut être considéré comme un indice de soins insuffisants.

Par rapport à l'international, les taux de prévalence indiquent que pour les escarres, la qualité peut être considérée comme étant bonne concernant les indicateurs relatifs aux soins. Les efforts en matière de prévention des chutes semblent moins efficaces. Une réduction supplémentaire des chutes semble nécessaire.

De plus, une participation plutôt faible des patient-e-s apparaît par rapport aux autres pays. Afin de pouvoir analyser plus en détail la non-participation, il serait utile d'obtenir des données plus précises sur les patient-e-s qui ne veulent ou ne peuvent pas participer à la mesure : en plus des données socio-démographiques, des données sur la morbidité, la raison et la durée de l'hospitalisation ainsi que les raisons personnelles.

Concernant le traitement des blessures liées aux escarres, les résultats de 2012 sont comparables à la mesure 2011. La question se pose de savoir dans quelle mesure les mesures préventives et le traitement des escarres correspondent respectivement à l'état actuel de la science et à la situation actuelle. Par exemple, comme l'année précédente, un éventail particulièrement large de produits de traitement des plaies est utilisé pour les escarres de catégorie 1. Comme la peau est en parfait état pour cette catégorie, les directives internationales recommandent un soulagement de la pression et des soins de peau immédiats en tant que premières mesures. Pour les escarres de catégories 2 à 4, il est souvent indiqué de ne pas utiliser de pansement. Cette procédure ne correspond pas non plus aux connaissances actuelles.

Presque 20 % des patient-e-s victimes d'une chute n'ont bénéficié d'aucune mesure de prévention des chutes et au moins 80 % des personnes victimes d'une chute n'ont bénéficié d'aucune mesure de

prévention des blessures. On remarque qu'une chute est considérée comme la caractéristique la plus importante pour les autres chutes dans l'anamnèse. Un grand potentiel existe donc toujours ici pour le développement de la qualité.

La mesure nationale de la prévalence donne de nouveau aux hôpitaux la possibilité de revoir ou de perfectionner à la fois les éléments d'assurance qualité sur le plan structurel, mais aussi l'évidence et l'efficacité des mesures et stratégies de prévention introduites sur le plan procédural. En attendant de recevoir des recommandations sûres, les établissements peuvent suivre les directives et recommandations actuelles et prendre en compte les nouvelles publications de recherche pour comparer leur pratique des soins avec les normes publiées. Il est également recommandé de combiner les résultats du benchmarking avec les analyses de processus internes (analyses des chutes des patient-e-s concerné-e-s). Cela permet une comparaison concrète de l'état théorique/réel avec le niveau de qualité défini en interne, permettant d'acquérir des indications importantes pour les processus internes de développement de la qualité.

Consignes pour la lecture des graphiques

Les patient-e-s présentent différents risques de contracter une escarre à l'hôpital ou de chuter au cours de leur hospitalisation (par ex. l'âge, la durée de l'hospitalisation, la maladie sous-jacente, etc.). Par conséquent, les hôpitaux organisent de façon différente les patient-e-s (structure des risques). Pour que les résultats des hôpitaux puissent être comparés de façon équitable, ces risques sont comparés au moyen d'une méthode statistique appropriée (ajustés). La ligne zéro représente la valeur de tous les hôpitaux participants à la mesure, si leur structure des risques étaient la même. Tous les points de données rouges (résidus) représentent la valeur calculée d'un hôpital ; ils tiennent de nouveau compte de la structure des risques. Les valeurs situées au-dessus de la ligne du zéro indiquent une plus grande fréquence des escarres ou des chutes ; les valeurs situées en-dessous de la ligne du zéro révèlent une fréquence des escarres ou un nombre de chutes plus faible par rapport à la moyenne de tous les hôpitaux.

La ligne verticale, sur laquelle se trouvent les points rouges, indique l'intervalle de confiance correspondant (intervalle de confiance à 95 %) d'un hôpital. Entre autres, l'intervalle de confiance représente la répartition des valeurs des patient-e-s et le nombre de patient-e-s participant à la mesure. Tant que cette ligne coupe la ligne du zéro, on ne peut pas parler d'un écart statistique important (significatif).