
Mesure nationale de la prévalence Chutes et escarres

Rapport comparatif national 2013, version abrégée | Adultes

Juillet 2014 / Version 1.0

Table des matières

1.	Introduction	3
2.	Buts visés.....	3
3.	Méthode	3
4.	Éthique et protection des données	4
5.	Résultats descriptifs.....	4
5.1	Hôpitaux participants.....	4
5.2	Patient-e-s participant-e-s.....	4
5.3	Prévalence des escarres	5
5.3.1	Patient-e-s souffrant d'escarres	5
5.3.2	Mesures préventives	5
5.4	Prévalence des chutes	5
5.4.1	Patient-e-s qui ont chuté	5
5.4.2	Mesures préventives	5
6.	Résultats ajustés au risque.....	6
6.1	Escarres - acquises à l'hôpital.....	6
6.2	Escarres - acquises à l'hôpital, hors catégorie 1.....	7
6.3	Chutes survenues en milieu hospitalier.....	8
7.	Discussion et conclusions.....	9
7.1	Participant-e-s	9
7.2	Taux de prévalence des escarres - acquises à l'hôpital.....	10
7.2.1	Caractéristiques des patient-e-s	10
7.2.2	Taux de prévalence	10
7.3	Indicateurs de structure Escarres.....	11
7.4	Chutes survenues en milieu hospitalier.....	11
7.4.1	Caractéristiques des patient-e-s	11
7.4.2	Taux de prévalence	12
7.5	Indicateurs de structure « Chutes ».....	12
7.6	Comparaison des résultats des hôpitaux ajustés au risque	13
7.7	Points forts et point faibles	13
8.	Recommandations	14
	Guide de lecture des graphiques	15

1. Introduction

L'« Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques » (ANQ) a la responsabilité des mesures de la qualité dans les hôpitaux suisses. Les hôpitaux et cliniques participant-e-s se sont engagé-e-s à collaborer à des mesures de qualité menées périodiquement dans le cadre d'un contrat qualité national. Les escarres acquises à l'hôpital et les chutes survenues en milieu hospitalier sont incluses dans ce programme de mesure, celles-ci étant le reflet de certains aspects de la qualité des soins et de la prise en charge.

Depuis 2011, la Haute École spécialisée bernoise (BFH) dirige pour le compte de l'ANQ la mesure nationale de la prévalence (mesure de la fréquence) des chutes et escarres en médecine somatique aiguë au sein des hôpitaux suisses. L'école est également responsable de l'organisation de la mesure à l'échelle nationale et de la préparation des données. Pour la collecte des données au Tessin et en Romandie, la BFH coopère avec la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR) et la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI).

Le présent rapport concerne la mesure 2013 et présente de façon concise les résultats de l'interprétation des données du secteur adultes au niveau national. Le rapport détaillé peut être consulté sur notre site Internet à l'adresse www.anq.ch/de/akutsomatik/akutsomatik-anq-hplus. La toute première mesure des escarres dans le secteur des enfants en 2013 fait l'objet d'un rapport spécifique, qui sera vraisemblablement publié au printemps 2015.

2. Buts visés

Les résultats de la mesure doivent permettre d'obtenir, en plus des taux de fréquence, des connaissances approfondies des caractéristiques des patient-e-s associées aux chutes et escarres, ainsi que des caractéristiques des structures et de processus. En outre, ils devraient permettre une comparaison entre différentes institutions.

Par conséquent, les buts ont été définis ainsi :

- Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital : catégories 1–4¹
- Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital : catégories 2–4
- Taux de prévalence des chutes survenues à l'hôpital
- Description des indicateurs des structures et de processus liés aux chutes et escarres
- Comparaisons ajustées au risque des résultats des hôpitaux

Afin de compléter ces résultats, les taux de prévalence globaux sont également décrits dans les résultats descriptifs ; les incidents survenus avant l'entrée en hôpital seront donc également représentés dans cette partie. Ainsi, il devrait être possible d'obtenir des connaissances non seulement au niveau des hôpitaux eux-mêmes, mais également au niveau national.

3. Méthode

Les données ont été recueillies le 5 novembre 2013. Le relevé concernait tous/toutes les patient-e-s hospitalisé-e-s le jour de la mesure. Les femmes ayant accouché ainsi que les nourrissons des unités de soins post-partum en ont été exclus.

¹ Les escarres contractées à l'hôpital sont réparties de la manière suivante : Catégorie 1 : érythème persistant ou qui ne blanchit pas | Catégorie 2 : atteinte partielle | Catégorie 3 : perte complète de tissu cutané | Catégorie 4 : perte tissulaire complète.

Les instruments utilisés s'appuient sur les mesures réalisées périodiquement depuis plusieurs années aux Pays-Bas ainsi que sur le plan international, « International Prevalence Measurement of Care Problems » (LPZ International). Cette mesure a été conçue par l'université de Maastricht.

Les escarres relevées étaient des escarres constatées le jour-même de la mesure (prévalence ponctuelle). Les chutes étaient, elles, relevées rétrospectivement sur une période maximale de 30 jours avant la mesure (prévalence périodique). Seules étaient prises en comptes les chutes survenues en milieu hospitalier, celles-ci étant les seules que les hôpitaux peuvent influencer. Dans un premier temps, les données ont été analysées de façon descriptive ; elles ont ensuite fait l'objet d'un ajustement² au risque. À présent figurent également les taux de prévalence par unité de soins ainsi qu'un indice des blessures dues aux chutes.

4. Éthique et protection des données

Seul-e-s pouvaient participer les patient-e-s ayant donné leur consentement oral ou dont le consentement avait été donné par leur représentant-e. Une information écrite concernant la collecte des données ainsi que les buts de la mesure leur avait été adressée au préalable. Le souhait des patient-e-s refusant la participation à la mesure a été respecté. Toutes les données relatives aux patient-e-s étaient recueillies à l'aide d'un pseudonyme. Seuls les hôpitaux pouvaient déchiffrer ces pseudonymes.

5. Résultats descriptifs

5.1 Hôpitaux participants

133 hôpitaux et groupes hospitaliers ont participé à cette troisième mesure de la prévalence ; ils étaient répartis sur 187 sites hospitaliers et regroupés dans les types d'hôpitaux suivants : soins de base (hôpitaux de soins généraux), prise en charge centralisée (hôpitaux universitaires/hôpitaux de soins généraux) et cliniques spécialisées. En tout, 1 208 unités de soins ont participé. Les unités de soins les plus représentées étaient celles de chirurgie avec 46 %, suivies des unités de soins non chirurgicales représentant 32 %.

5.2 Patient-e-s participant-e-s

Le jour de la mesure, 17 486 patient-e-s de 18 ans et plus étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux participants, dont 12 903 avaient donné leur consentement pour participer à la mesure. Le taux de participation était donc de 73,8 %. La moyenne d'âge des participant-e-s était de 66,2 ans ; 50,4 % de cette population était de sexe féminin. La durée moyenne de séjour jusqu'au jour de la mesure était de 8,6 jours. 40,9 % des participant-e-s avaient subi une intervention chirurgicale dans les deux semaines précédant la mesure. La part des opérations effectuées dans les soins de base administrés dans les hôpitaux de soins généraux et dans les cliniques spécialisées était supérieure à celle dans les autres types d'hôpitaux. Des différences s'observent dans les diagnostics médicaux en fonction du type de soins administrés et des spécialisations. Les plus fréquentes étaient les maladies de l'appareil circulatoire (49,4 %) suivies des maladies ostéo-articulaires, des muscles et du tissu conjonctif (36,4 %).

La raison la plus fréquente donnée pour une non-participation était « Refus de participer ». La catégorie « Non accessible » que l'on retrouve en deuxième position signifie que le/la patient-e était absent-e au

² La présente mesure compare la qualité des soins entre hôpitaux. Dans ce type de comparaison, sont considérés comme jouant un rôle décisif l'état de santé général du patient/de la patiente, le degré de la maladie prise en charge ainsi que la taille de l'échantillon, les résultats de la prise en charge pouvant être différents d'un patient à l'autre même quand la qualité est similaire. De moins bons résultats au niveau du patient ne signifient donc pas automatiquement une prise en charge de moins bonne qualité. Il est donc nécessaire pour permettre une comparaison équitable de prendre en compte les facteurs de risques des patient-e-s à l'aide d'un procédé statistique. Ce procédé est désigné sous le terme d'ajustement au risque.

moment de la mesure, p. ex. en raison d'un examen. En troisième position venait l'« État cognitif trop mauvais ».

5.3 Prévalence des escarres

5.3.1 Patient-e-s souffrant d'escarres

La fréquence des escarres des catégories 1 à 4 acquises à l'hôpital était de 4,6 % (année précédente 4,4 %). Si l'on exclut la catégorie 1, on obtient alors un taux de 2,0 % (année précédente 1,7 %).

La majorité des escarres de catégorie 1 acquises à l'hôpital ont été relevées dans les cliniques spécialisées et dans les hôpitaux de soins de base. La catégorie 2 a été mesurée le plus souvent dans la prise en charge centralisée/hôpitaux de soins généraux. Les escarres de catégorie 3 se trouvaient en majorité dans la prise en charge spécialisée/hôpitaux universitaires. Tout comme l'année précédente, la catégorie 4 a été relevée le plus souvent dans les hôpitaux universitaires.

Les taux de prévalence globaux incluent également les patient-e-s qui présentaient une escarre avant leur entrée à l'hôpital : en tout, il avait été constaté au minimum une escarre de catégorie 1 à 4 sur 7,6 % (année précédente : 6,9 %) des 12 903 participants. Si l'on exclut la catégorie 1, ce taux tombe à 3,8 % (année précédente 3,3 %). La majorité des personnes souffrant d'escarre présentait une seule (72,5 %) ou deux (18,6 %) escarres. Le sacrum et les talons étaient les zones les plus touchées. En moyenne, les patient-e-s étaient âgé-e-s de 74,9 ans. 35,8 % des personnes concernées avaient été opérées dans les deux semaines précédant la mesure.

5.3.2 Mesures préventives

Chez les patient-e-s présentant une escarre ou un risque d'escarre, la stimulation de la mobilisation et la protection de la peau étaient au premier plan. Les matelas anti-escarres utilisés étaient surtout des matelas en mousse latex refroidie. Environ un tiers des patient-e-s présentant une escarre ou un risque d'escarre n'ont bénéficié d'aucune mesure de prévention en position assise. Un large éventail de pansements a été utilisé pour les escarres de catégorie 1. Pour les escarres de catégories 2 à 4, bien souvent, aucun pansement n'a été utilisé.

5.4 Prévalence des chutes

5.4.1 Patient-e-s qui ont chuté

Pour l'année de mesure 2013, le taux des chutes survenues en milieu hospitalier était de 4,1 % (année précédente 3,8 %). En fonction des types d'hôpitaux, celui-ci varie entre 3,7 et 5,7 %. Le taux le plus élevé a été enregistré dans les cliniques spécialisées .

Au sein de l'hôpital, les lieux de chute les plus fréquents sont : la chambre du ou de la patient-e (70,1 %), la salle de bain ou les toilettes (19,6%). Les déplacements ou la position debout sans moyens auxiliaires étaient la catégorie d'activité qui menait le plus souvent à la chute. Parmi les causes principales des chutes à l'hôpital, les problèmes de santé d'ordre somatique se trouvent en tête (51,5 %) avec les conditions d'environnement (ou extrinsèques) (17,6 %).

5.4.2 Mesures préventives

Les mesures les plus fréquentes en prévention des chutes étaient : l'information donnée aux patient-e-s, les exercices et entraînements (training) ainsi que l'accompagnement pour se déplacer.

Chez les patient-e-s ayant subi déjà au moins une chute, plus de mesures et souvent de multiples mesures étaient généralement introduites. Le choix ou la combinaison de ces mesures semble varier selon les types d'hôpitaux. Aucune mesure de prévention des blessures n'a été appliquée pour environ 75 % des patient-e-s qui ont chuté.

6. Résultats ajustés au risque

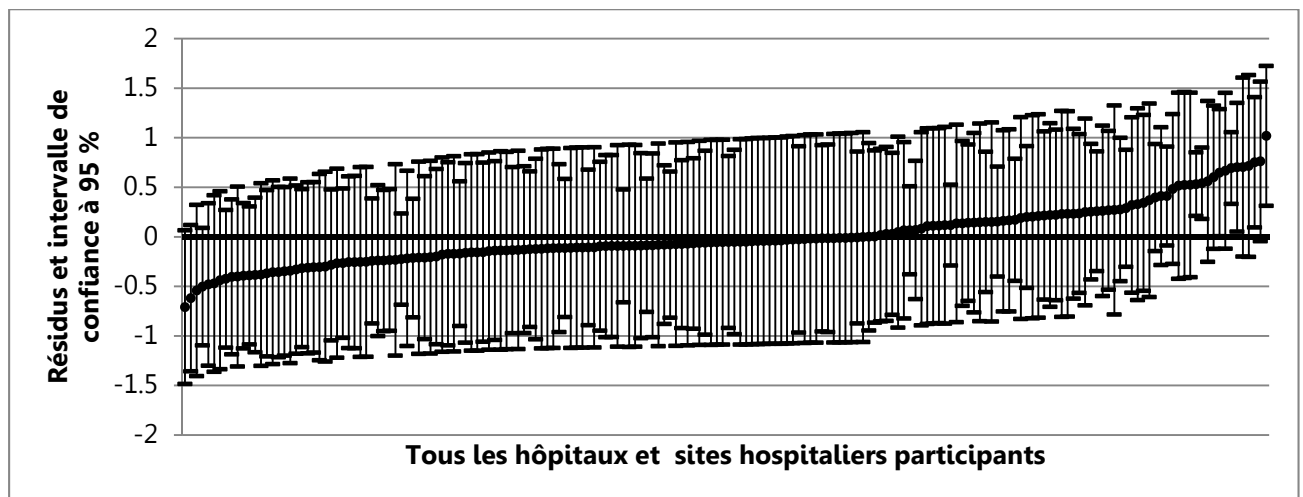
Comme pour les deux années passées, les comparaisons ajustées au risque des indicateurs relevés (escarres des catégories 1-4 et 2-4, chutes) ont indiqué que les résultats des hôpitaux étaient très homogènes. Seuls peu d'hôpitaux se distinguent de manière statistiquement significative de la moyenne globale des hôpitaux. Par rapport aux années précédentes, seules de faibles différences sont visibles.

6.1 Escarres - acquises à l'hôpital

L'outil utilisé pour déterminer le risque d'escarre est l'échelle de Braden. Les patient-e-s qui ont un score de 20 ou moins sur cette échelle présentent un risque d'escarre trois fois plus élevé que ceux ayant plus de 20. L'échelle de dépendance aux soins montre une croissance presque linéaire du risque d'escarre avec l'augmentation de la dépendance. Comparé à l'indépendance complète, le degré « indépendance prépondérante » est lié à un risque deux fois plus important. En cas de dépendance complète, ce risque est multiplié par plus de 7.

Le risque de contracter une escarre augmente également parallèlement à la durée d'hospitalisation. Les patient-e-s hospitalisé-e-s depuis plus de 28 jours présentaient un risque d'escarre 4,8 fois plus élevé que ceux dont l'hospitalisation était inférieure à 7 jours. Même l'âge influence le risque d'escarre : le risque est deux fois plus élevé chez les patient-e-s de plus de 75 ans que chez ceux de moins de 55 ans. Plusieurs diagnostics médicaux augmentent aussi le risque d'escarre de manière indépendante les uns des autres. Cela concerne les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies ostéo-articulaires, muscles et tissu conjonctif, ainsi que des causes externes (par ex. accidents).

Figure 3: Résidus au niveau des hôpitaux et intervalle de confiance à 95 %⁴ – Tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants – Escarres acquises à l'hôpital, toutes catégories



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.

³ Un guide de lecture des graphiques se trouve en fin du présent rapport.

⁴ L'intervalle de confiance à 95 % correspond à une estimation statistique décrivant la plage dans laquelle les valeurs réelles se situent avec une probabilité d'erreur de 5 %. Les mesures sont toujours influencées par des événements non maîtrisés, par ex. la présence ou non des patient-e-s lors du relevé, les variations saisonnières, les erreurs dans le relevé, etc. Pour cette raison, les valeurs mesurées ne reflètent donc les valeurs réelles que de façon approximative. Celles-ci se situent avec une probabilité de 5 % dans la plage de l'intervalle de confiance.

Les chiffres situés dans la zone positive indiquent un plus grand nombre d'escarres acquises à l'hôpital après ajustement au risque que pour la moyenne des hôpitaux (représentée par la ligne du zéro), les valeurs dans la zone négative, un moins grand nombre. Seuls sept hôpitaux se distinguent de manière statistiquement significative de la moyenne globale des hôpitaux : leur intervalle de confiance ne coupe pas la ligne du zéro. Compte tenu des caractéristiques des patient-e-s indiquées, on constate une homogénéité relative entre les hôpitaux. Un facteur qui contribue à ce phénomène est le petit nombre de cas dans beaucoup d'hôpitaux, 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.

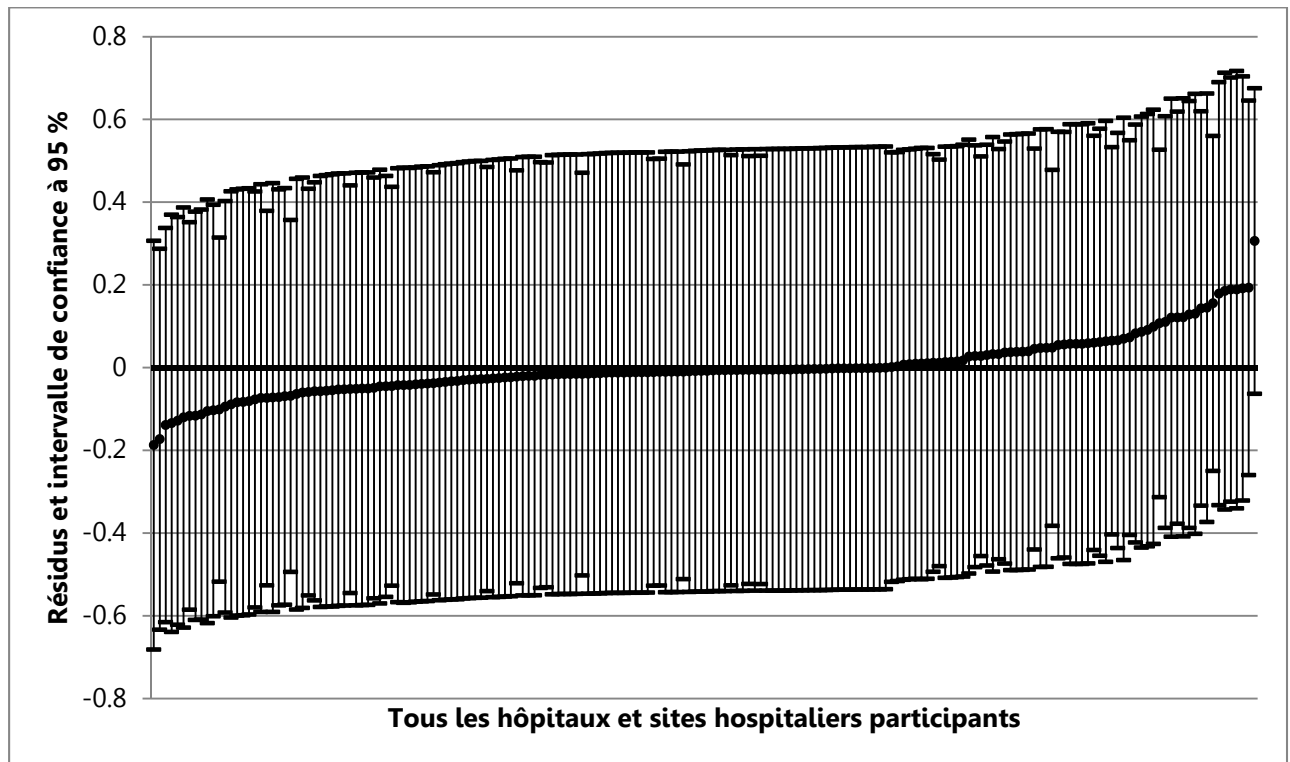
Exemple de lecture de ce graphique : Si l'on observe les 13 hôpitaux les plus à droite, les points de données de sept hôpitaux sont au-dessus de la ligne du zéro (résidus). La différence est que les intervalles de confiance de ces 7 hôpitaux ne coupent pas la ligne du zéro, alors que c'est le cas pour les autres hôpitaux. Bien que les escarres soient plus fréquentes que la moyenne globale dans ces 13 hôpitaux, le constat n'est statistiquement significatif que pour les 7 hôpitaux dont l'intervalle de confiance global est au-dessus de la ligne du zéro. Pour les 6 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.

6.2 Escarres - acquises à l'hôpital, hors catégorie 1

Le diagnostic explicite de l'escarre de catégorie 1 est difficile. Une bonne prévention permet cependant d'éviter dans une large mesure les 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 de catégorie 1 et celles hors catégorie 1 se manifeste aussi par une différence dans la structure des risques. Une fois de plus, une valeur inférieure à 20 sur l'échelle de Braden constitue 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 8 fois supérieur par rapport à ceux/celles hospitalisé-e-s 7 jours et moins. Dans ces cas, la dépendance aux soins est encore plus notable. Là encore, le risque augmente de manière presque linéaire ; cependant, avec une dépendance croissante, il est encore plus important que pour les escarres incluant la catégorie 1. Par rapport aux patient-e-s complètement indépendant-e-s, ceux/celles qui sont complètement dépendant-e-s présentent un risque plus de 10 fois supérieur. Une intervention chirurgicale pendant l'hospitalisation augmente le risque d'escarre de plus de 60 %, indépendamment de tous les autres facteurs. Ici, seules les maladies de l'appareil locomoteur se sont avérées être des diagnostics médicaux pertinents.

Figure 2 : Résidus au niveau des hôpitaux et intervalle de confiance à 95 % – Hôpitaux ou sites hospitaliers – Escarres acquises à l'hôpital, hors catégorie 1

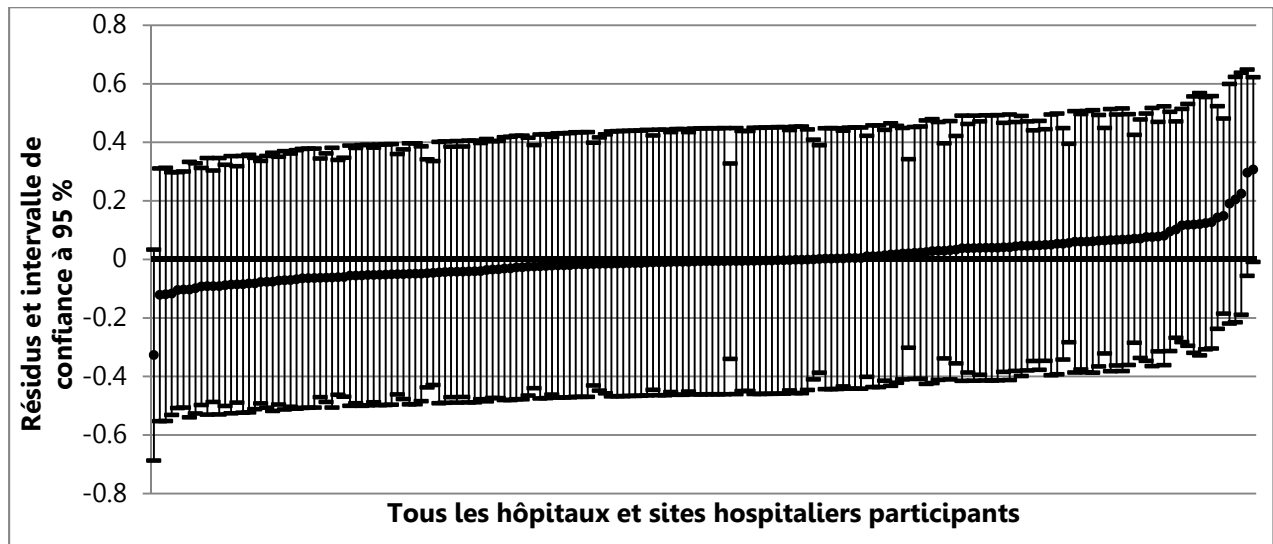


Aucun hôpital ne s'écarte significativement de la moyenne dans l'évaluation de l'ensemble des hôpitaux. Là aussi, l'homogénéité est importante, mais elle est conditionnée par le nombre de cas encore plus faible, celui-ci excluant les escarres de catégorie 1.

6.3 Chutes survenues en milieu hospitalier

Comme pour la mesure des escarres, les caractéristiques de risque des chutes ont également été déterminées à l'aide du procédé statistique mentionné ci-dessus. Cependant, contrairement aux escarres, il n'y a pas d'augmentation graduelle avec l'augmentation de la dépendance aux soins. La présence des signes cliniques cités augmente ou diminue le risque de chute. Les risques les plus importants sont les troubles psychiques et du comportement ainsi que la démence et le diabète, mais également les tumeurs. Une intervention chirurgicale fait par contre office de « facteur protecteur », car elle réduit le risque de plus de la moitié.

Figure 3 : Résidus au niveau des hôpitaux et intervalle de confiance à 95 % – Hôpitaux ou sites hospitaliers participants – Chutes à l'hôpital



Aucun hôpital ne s'écarte significativement de la moyenne ; on note ici aussi une grande homogénéité des hôpitaux ou sites hospitaliers.

7. Discussion et conclusions

Avec les résultats de cette mesure 2013, c'est la troisième fois que sont présentées des données sur la fréquence des chutes et escarres au niveau national. Les résultats présentés par types d'hôpitaux permettent une comparaison de type benchmarking entre des résultats spécifiques aux hôpitaux et ceux d'autres hôpitaux du même type. Ainsi, il est possible d'identifier les potentiels d'optimisation en vue d'améliorer la qualité des soins.

7.1 Participant-e-s

Durant cette troisième mesure nationale de la prévalence, 133 hôpitaux et groupes hospitaliers suisses (soit un total de 187 sites hospitaliers) ont relevé des données de tous les cantons. Cela correspond à env. 81,3 % des hôpitaux de soins aigus de Suisse ou 85,3 % des hôpitaux rattachés au contrat de qualité national de l'ANQ. Les unités de soins participantes sont représentatives des hôpitaux de soins aigus de la Suisse. Les quelques 15 % des hôpitaux restants, qui ont tout de même adhéré au contrat qualité national mais n'ont pas pris part à la mesure, ont invoqué des raisons d'organisation. Pour certains d'entre eux, c'était l'absence de patient-e-s- volontaires le jour même de la mesure qui les en a empêché. Ces cas couvrent surtout les toutes petites cliniques disposant de très peu de lits.

Les résultats montrent un écart avec les autres pays, avec une participation plutôt faible des patient-e-s à la mesure de 73,8 %. Aux Pays-Bas, celle-ci était en moyenne de 94,3 % pour les trois derniers relevés LPZ (avec consentement oral). Cependant, seuls 33 hôpitaux en moyenne participaient à cette mesure. Le personnel soignant suisse perçoit le fait de devoir informer les patient-e-s en détail et de leur demander leur consentement oral comme une opération délicate. Une formation complémentaire des équipes de mesure peut dans ce cas permettre de les soutenir. Le scepticisme ou l'ignorance du public concernant l'objectif de telles mesures peuvent avoir une influence sur la participation. De manière générale, il est important d'informer le public de manière plus claire et plus fréquente sur l'obligation des hôpitaux à garantir une prise en charge de qualité, par exemple au moyen de prospectus mis à la disposition du public dans les hôpitaux, ou en faisant passer l'information par les médecins de famille, etc.

Afin de pouvoir analyser plus en détails le problème de la non-participation, la BFH a mené pour la première fois en 2013 une analyse complémentaire, basée sur le volontariat, des caractéristiques de ces patient-e-s. Cette analyse montre qu'une part plus importante de patient-e-s à risques (âgé-e-s) ne participerait pas à la mesure. Afin d'analyser avec plus de précision encore cette non-participation à l'avenir, il serait souhaitable de conserver cette analyse et de l'intégrer directement dans la mesure LPZ à moyen terme.

Les données socio-démographiques des participant-e-s portent sur la population des hospitalisé-e-s en Suisse. Cependant, la mesure retient la durée d'hospitalisation uniquement jusqu'au jour du relevé et non la durée complète. La durée de séjour moyenne était de 8,6 jours, soit assez proche de la moyenne suisse de 9,58 jours. 41 % des personnes hospitalisées devaient subir une intervention chirurgicale dans un hôpital de soins aigus. Les diagnostics médicaux les plus fréquents étaient les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies ostéo-articulaires, muscles et tissu conjonctif, les maladies de l'appareil génito-urinaire, les maladies du système digestif ainsi que les maladies de l'appareil respiratoire. Dans les statistiques médicales des hôpitaux de 2012, les lésions, les maladies ostéo-articulaires, muscles et tissu conjonctif, les maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif et les tumeurs font partie des diagnostics principaux. On note ici une certaine concordance, même si elle n'est pas parfaite, avec les données relevées.

7.2 Taux de prévalence des escarres - acquises à l'hôpital

7.2.1 Caractéristiques des patient-e-s

Dans l'*analyse descriptive*, les personnes souffrant d'escarres sont en moyenne plus souvent des hommes (53,2 %) et ont 6 ans de plus que l'échantillon global. Dans les deux semaines avant la mesure, cette population était plus nombreuse à être opérée (7,1 %) que l'échantillon global. Les personnes ayant contracté une escarre à l'hôpital présentaient beaucoup plus de signes cliniques que la globalité des hospitalisé-e-s. En outre, elles étaient bien plus dépendantes vis-à-vis de l'aide apportée.

L'*analyse ajustée au risque* confirme l'influence de l'âge sur le risque d'escarre, mais uniquement pour l'apparition d'escarres incluant la catégorie 1. Si l'on exclut la catégorie 1, l'âge ne représente plus une caractéristique importante. Dans ces cas, on remarque plus particulièrement la dépendance aux soins. Le risque augmente en effet de façon linéaire avec l'augmentation de la dépendance aux soins.

7.2.2 Taux de prévalence

Comparés aux taux de prévalence, les résultats des hôpitaux sont répartis de manière relativement égale. Avec 4,6 %, les données de la Suisse dans la comparaison mondiale (fourchette entre 5,0 % et 11,6 %) présentent aussi des valeurs basses dans la mesure 2013.

Le taux d'escarres suisse hors catégorie 1, avec une valeur moyenne de 2,0 % tous types d'hôpitaux confondus, affiche de nouveau un taux plus bas que celui des publications internationales, où les valeurs indiquées sont comprises entre 3,1 % et 6,3 %. La comparaison avec les trois dernières mesures LPZ aux Pays-Bas confirme cette affirmation. La comparaison avec l'Autriche fait exception. Les taux d'escarres des catégories 1 à 4 y sont nettement plus bas qu'en Suisse. Pour les escarres hors catégorie 1, ce sont les unités de soins intensifs qui présentent les taux de prévalence les plus élevés.

Si l'on compare les résultats de la mesure 2013 avec ceux de l'année précédente, les taux descriptifs ont légèrement augmenté. Cela concerne principalement les hôpitaux de prise en charge centralisée (hôpitaux universitaires et hôpitaux de soins généraux) ainsi que les hôpitaux de soins de base. Dans les cliniques spécialisées, par contre, le taux de prévalence des escarres hors catégorie 1 a légèrement diminué en particulier. Mais dans l'ensemble, ces décalages sont faibles. Par rapport à l'année 2011, les taux de prévalence de la mesure de cette année restent inférieurs. Une tendance à la baisse pourrait se poursuivre à l'avenir. Au cours des années de mesure 2011 à 2013, les taux varient de manière hasardeuse. Dans la comparaison internationale, ils sont relativement faibles. Un léger écart est à noter pour les résultats des cliniques spécialisées lors de cette comparaison. Il est possible que cela ait un lien avec les faibles nombres de cas et les caractéristiques spécifiques des patient-e-s de ces établissements.

Les résultats montrent que les escarres de catégorie 1 sont les plus fréquentes avec un taux de 50,5 %, suivies des escarres de catégorie 2 avec 32,1 %. Ces résultats correspondent aux données des publications internationales. 10,4 % des escarres sont à classer dans les catégories 3 et 4. Il est admis que toutes les escarres ne peuvent pas être évitées, mais il pourrait encore y avoir une marge d'amélioration.

Comme l'année précédente, les localisations les plus fréquentes étaient le sacrum et le talon. Ce résultat, lui aussi, correspond aux données des publications ainsi qu'aux résultats LPZ aux Pays-Bas.

Le taux de participation de la mesure 2013 est important pour l'interprétation des résultats de mesure globaux. Il laisse supposer que le taux d'escarres pourrait être plus élevé (voir les chapitres 5.2 et 7.1). En effet, il est très probable qu'une partie des patient-e-s à risque n'aient pas participé à la mesure. Cette hypothèse a également été confirmée par l'analyse des non-participant-e-s.

7.3 Indicateurs de structure Escarres

Ces résultats indiquent *au niveau de l'hôpital* des différences entre les types d'hôpitaux quant à la disponibilité de ces indicateurs. Dans la comparaison internationale avec les autres mesures LPZ de ces trois dernières années aux Pays-Bas et en Autriche, la disponibilité des standards et directives est plus basse dans les hôpitaux suisses qu'aux Pays-Bas. L'indicateur pour les informations standardisées lors d'un transfert affiche un résultat semblable dans la comparaison internationale. Les résultats pour les personnes compétentes et un groupe spécialisé dans la prise en charge des escarres sont comparables aux résultats autrichiens des trois dernières années et sont nettement inférieurs aux résultats des deux dernières années aux Pays-Bas. La disponibilité des formations continues en Suisse est comparable à celle de l'Autriche, mais reste inférieure à celle des Pays-Bas. Les résultats pour les brochures d'information sont légèrement inférieurs à ceux de l'Autriche, mais restent bien en dessous des valeurs des Pays-Bas sur les deux dernières années.

L'observation des indicateurs des structures *au niveau des unités de soins* montre des différences modérées entre les types d'hôpitaux. Les hôpitaux suisses obtiennent des résultats semblables à ceux des Pays-Bas et de l'Autriche ces trois dernières années pour ce qui est des informations standardisées lors du transfert, du matériel de prévention ainsi que du recensement des risques. Les brochures d'informations sont par contre nettement moins disponibles qu'aux Pays-Bas ou en Autriche. Ces brochures sont très importantes pour pouvoir relever le défi de la décision autonome et de la participation des patient-e-s au traitement. C'est pourquoi il est recommandé d'apporter des améliorations dans ce domaine. De même, la tenue de colloques multidisciplinaires a été indiquée moins souvent dans les hôpitaux suisses. Ici aussi, une amélioration permettrait d'atteindre des objectifs importants : une collaboration interdisciplinaire est également un élément central des exigences de priorités en matière de politique de santé du Conseil fédéral « Santé 2020 ».

7.4 Chutes survenues en milieu hospitalier

7.4.1 Caractéristiques des patient-e-s

Dans l'*analyse descriptive*, la part des femmes parmi les personnes victimes d'une chute est inférieure de 2,0 % à celle des hommes ; les personnes victimes d'une chute sont plus âgées d'environ de 8,6 ans que l'échantillon global. La part des personnes victimes d'une chute qui ont subi une opération dans les deux semaines précédant la mesure est plus faible d'environ 18,9% par rapport à l'échantillon global. Sur le plan du tableau clinique, les patient-e-s victimes d'une chute à l'hôpital étaient également plus souvent victimes d'AVC/hémiparésie ou souffraient plus souvent d'une maladie cardio-vasculaire que les patient-e-s de l'échantillon global. Les maladies de l'appareil génito-urinaires, maladies de l'œil et de ses annexes et la démence sont un peu plus fréquentes. Ces patient-e-s sont également plus dépendant-e-s au niveau du besoin d'aide que la population hospitalisée.

Dans l'*analyse ajustée au risque*, le sexe se révèle ne plus présenter un plus grand risque de chute. 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 partielle, puis il retombe avec 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 diagnostics médicaux ont un lien significatif avec le risque de chute. Il en va de même pour l'effet « positif » d'une intervention chirurgicale. L'immobilité fait office de « facteur protecteur ». Les caractéristiques identifiées dans l'analyse présente coïncident à quelques détails près avec les facteurs de risque connus des publications internationales.

7.4.2 Taux de prévalence

Si l'on compare le taux de chute de 4,1 % avec celui de l'année précédente, on remarque que celui-ci a légèrement augmenté ; cependant, il a légèrement baissé par rapport à celui de l'année 2011. Une telle tendance à la baisse pourrait se poursuivre dans les mesures futures. Mais dans l'ensemble, ces décalages sont minimes et sont aléatoires. Le taux de chute suisse est relativement élevé pour les trois années de mesure lorsqu'on le compare à celui des autres pays, pour lesquels les valeurs indiquées varient entre 1,5 et 3,8 %. Cela vaut notamment aussi pour la comparaison avec les mesures selon la méthode LPZ. Les derniers résultats disponibles pour les Pays-Bas se situent entre 0,4 et 1,6 % et ceux de l'Autriche entre 2,1 et 3,0 %. Il conviendrait donc d'agir pour améliorer la qualité (voir également le chapitre 7.5).

Dans la mesure suisse, les conséquences des chutes sont réparties autrement qu'aux Pays-Bas et en Autriche. Par comparaison en Suisse, plus de conséquences de chutes minimales et moyennes sont indiquées, les nombres de lésions graves étant semblables. La part de fractures des hanches aux Pays-Bas est nettement plus élevée, mais elle est plus basse en Autriche qu'en Suisse.

7.5 Indicateurs de structure « Chutes »

On note également des différences entre les types d'hôpitaux suisses quant à la disponibilité des indicateurs de structure *au niveau de l'hôpital*. Cependant, dans la comparaison internationale des trois dernières mesures LPZ, l'échantillon des Pays-Bas était petit en comparaison, avec cinq à neuf institutions participantes. Ces institutions participaient volontairement à la mesure. En Autriche, entre 21 et 36 hôpitaux ont participé à la mesure ces trois dernières années.

L'enregistrement des chutes est comparable aux mesures LPZ des trois dernières années aux Pays-Bas. Il reste cependant légèrement inférieur aux trois dernières mesures en Autriche. La transmission d'informations lors du transfert a plus souvent lieu en Suisse qu'aux Pays-Bas mais un peu moins souvent qu'en Autriche. L'existence d'un standard ou d'une directive pour la prévention des chutes est comparable aux Pays-Bas, mais reste bien à la traîne derrière l'Autriche. De même, les formations à la prévention des chutes et à la mobilisation sont nettement moins proposées en Suisse qu'aux Pays-Bas ou qu'en Autriche. Les brochures d'information sont nettement plus souvent disponibles aux Pays-Bas qu'en Suisse ou en Autriche.

Concernant les indicateurs de structures *au niveau de l'unité de soins*, les hôpitaux suisses ont tendance à présenter des valeurs plus basses que les trois dernières mesures aux Pays-Bas et en Autriche. Des valeurs nettement plus basses sont indiquées pour l'application du standard vérifié systématiquement. Des valeurs un peu plus basses apparaissent pour l'évaluation du risque de chute à l'admission, pour les informations standardisées lors du transfert (chute) ainsi que pour le matériel de prévention des chutes disponible en permanence. Les personnes compétentes sur la prévention des chutes au niveau des unités de soins sont plus souvent disponibles en Suisse qu'en Autriche, mais bien moins souvent qu'aux Pays-Bas. Les brochures d'informations ont une disponibilité comparable aux Pays-Bas, mais inférieure à celle de l'Autriche.

Comme dans les résultats internationaux, il y a globalement en Suisse moins d'indicateurs des structures relatifs aux chutes que d'indicateurs des structures relatifs aux escarres. Au vu de la prévalence des chutes

élevée par rapport à l'international, il y a ici certainement un bon point de départ pour les futurs programmes d'amélioration de la qualité. Pour obtenir de meilleurs résultats, il serait préférable d'introduire des mesures au niveau des processus et des structures.

7.6 Comparaison des résultats des hôpitaux ajustés au risque

Les résultats révèlent une grande homogénéité pour les trois indicateurs. Seuls quelques hôpitaux se démarquent véritablement de l'ensemble des hôpitaux. Plusieurs raisons peuvent expliquer le faible nombre de ces hôpitaux. Il se peut par exemple que cela soit lié à la méthode adoptée pour la modélisation hiérarchique. Comme chacun sait, celle-ci a tendance à donner des résultats « conservateurs ». En d'autres termes, il faut s'attendre avec cette méthode à trouver moins d'écart statistique en raison de l'ajustement global qu'avec d'autres méthodes. Une autre explication pourrait résider dans le faible nombre de cas dans chaque hôpital.

Il en va de même pour la comparaison entre les hôpitaux de même type. Avec cette méthode, les petits hôpitaux n'ont pratiquement aucune chance de présenter des valeurs statistiques aberrantes. D'un côté, cela peut être vu comme un inconvénient. De l'autre, cela peut cependant être considéré comme une protection pour les plus petits hôpitaux. Le risque que les taux de prévalence soient accidentellement plus élevés lors de la collecte le jour de référence est nettement plus élevé pour les plus petits hôpitaux. Si cette situation n'est pas prise en compte, la comparabilité est considérablement limitée.

Par rapport aux années précédentes, seules de faibles différences sont visibles. Le nombre d'hôpitaux identifiés comme « hors norme » varie uniquement pour les escarres de catégories 1 – 4. Lorsque l'on exclut les escarres de catégorie 1, aucun hôpital ne présentait d'écart en 2013, et un seul en présentait les années précédentes. Il n'y a eu aucun hôpital identifié comme « hors norme » pour les chutes, contrairement aux années précédentes, où un puis deux ont été identifiés. Les raisons à cela sont de nature plus méthodique.

7.7 Points forts et point faibles

Cette mesure 2013 constituait la troisième collecte de données en Suisse. D'après les expériences des partenaires internationaux 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.

Afin d'améliorer la qualité des données, tous les coordinateurs des hôpitaux ont suivi une formation unifiée dispensée par la BFH et des partenaires de coopération. Le contenu des documents de formation des équipes de mesure a été prescrit et structuré, et le dossier d'informations/manuel suisse de la mesure élaboré en détails. De plus, un service téléphonique a été mis à disposition en allemand, français et italien la veille du jour de la mesure. Cette mesure a comme autre point fort le fait que les instruments de mesure sont les mêmes au niveau international.

Si l'enregistrement des données cliniques au lit du/de la patient-e est réalisé par des personnes compétentes formées, on augmente alors la fiabilité des résultats, et ce, par rapport aux données basées sur les données des dossiers des patient-e-s ou les données de routine, dans lesquelles la problématique est souvent sous-évaluée.

La participation plutôt faible des patient-e-s peut nuire à la représentativité de l'échantillon (voir chapitre 7.1). Depuis la deuxième mesure, le consentement écrit a été remplacé par le consentement oral afin d'exclure un facteur de non-participation. Cependant, les taux de participation n'ont pas augmenté pour autant et restent très différents d'une institution à l'autre. Une participation d'au moins 80 % doit être recherchée pour la mesure de la prévalence, car cela augmente la comparabilité des données avec les mesures LPZ et internationales. Il faut se demander si une politique d'information publique plus active pourrait être utile afin de motiver les patient-e-s ainsi que leurs représentant-e-s à participer à la mesure. Pour la mesure 2014, il est donc prévu d'intégrer le thème du taux de participation et de la non-participation aux formations. D'après l'analyse des non-participant-e-s, le « refus » et la « non disponibilité » semblent être

les raisons principales de la non participation, des raisons pouvant être influencées positivement par des équipes de mesure « motivantes ».

Un autre point fort de cette méthode est la procédure d'évaluation mise en place après chaque cycle de mesure. Les résultats amènent à des adaptations au niveau de l'organisation de la mesure et des instruments de récolte des résultats en accord avec le groupe de recherche international LPZ.

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

8. Recommandations

Le déroulement des mesures répétées dans le contexte international suggère 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.

En Suisse aussi, les mesures passées (2011 – 2013) ont indiqué globalement une tendance vers une légère diminution de la prévalence. Certes, si l'on compare les résultats des mesures 2012 et 2013, les taux d'escarres acquises à l'hôpital et de chutes en milieu hospitalier connaissent une légère augmentation. Mais dans l'ensemble, ces décalages sont minimes et sont non significatifs d'un point de vue statistique. Par comparaison avec la mesure 2011, les taux de la mesure 2013 sont inférieurs. Une telle tendance à la baisse pourrait se poursuivre à l'avenir. En outre, le taux d'escarres suisse est relativement bas comparé à celui des autres pays. La situation est moins réjouissante pour les chutes survenues en hôpital. Les résultats ajustés au risque pour l'indicateur « chute » sont répartis de manière très homogène entre les hôpitaux suisses, mais ils restent élevés comparés à ceux des autres pays. Il serait donc nécessaire d'agir dans ce domaine.

Les indicateurs des structures et de processus collectés dans les mesures de la prévalence 2011-2013 présentent de bonnes approches pour des programmes d'amélioration de la qualité futurs. 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 des structures utilisés, la question se pose de savoir à quel point les mesures de prévention et de traitement existantes ou introduites sont effectives et efficaces. À la lecture des résultats, on constate qu'aucune mesure de prévention des chutes n'a été prise pour éviter les chutes pour 24,8 à 49,2 % des patient-e-s non victimes de chute ; de même aucune mesure n'a été prise pour éviter les blessures chez 88,0 à 88,9 % des participant-e-s. Aucune mesure de prévention des blessures n'a été appliquée pour environ 75 % des patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'hospitalisation). Les dernières revues scientifiques indiquent qu'une prévention multiple des chutes est efficace. Étant donné les taux de prévalence trop élevés sur trois ans par rapport au niveau international, l'amélioration de la qualité devrait être considérée comme une priorité pour les hôpitaux suisses.

Concernant le traitement des blessures liées aux escarres, les résultats de 2013 sont comparables aux mesures 2011 et 2012. La question se pose de savoir à quel point les mesures préventives et le traitement des escarres correspondent respectivement à l'état actuel de la science et à l'évidence actuelle. Ainsi, environ deux tiers des patient-e-s à risques participant n'ont bénéficié d'aucune mesure de prévention en position assise. C'est presque deux fois plus que l'année dernière. De plus, comme en 2012, un éventail particulièrement large de produits de traitement des plaies est utilisé pour les escarres de catégorie 1. Comme la peau est intacte pour cette catégorie, les directives/recommandations 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. Il serait donc également nécessaire d'agir dans ce domaine.

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. Cette mesure permet une comparaison concrète de l'état théorique/réel avec le niveau de qualité défini par l'hôpital en interne, permettant d'acquérir des indications importantes pour le développement de la qualité.

De plus, cette mesure nationale de la prévalence portant sur les chutes et escarres évolue dans les domaines d'action trois (garantir et renforcer la qualité des soins) et quatre (garantir la transparence, améliorer le pilotage et la coordination) des priorités de la politique de santé du Conseil fédéral « Santé 2020 ». L'enregistrement systématique et unifié des données contribue à améliorer la base de données relative à la qualité des soins et apporte une transparence.

Guide de lecture des graphiques

Les patient-e-s présentent divers risques de développer une escarre à l'hôpital ou d'y chuter (par ex. du fait de leur âge, de la durée d'hospitalisation, de la maladie de base, etc.). La conséquence en est que la composition du collectif de patient-e-s est variable pour les hôpitaux (structure de risque). Afin de pouvoir comparer les résultats des hôpitaux sur une base équitable, ces risques sont équilibrés (ajustés) à l'aide d'un procédé statistique adapté. La ligne du zéro marque la valeur que prendraient tous les hôpitaux participants à la mesure si leur structure de risque était identique. Chaque point de donnée rouge (résidu) représente la valeur calculée d'un hôpital, et ce en revanche, en tenant compte de la structure de risque. Les valeurs situées au-dessus de la ligne du zéro indiquent une plus grande fréquence des escarres ou des chutes, tandis que les valeurs au-dessous de cette ligne montrent une plus faible fréquence des escarres ou des chutes en comparaison de la moyenne formée par tous les hôpitaux.

La ligne verticale sur laquelle se situe le point de donnée marque ce qu'on appelle l'intervalle de confiance (intervalle de confiance à 95 %) d'un hôpital. Cet intervalle représente entre autres 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 parler d'écart significatif sur le plan statistique.