



Chutes et escarres Soins aigus adultes

Rapport comparatif national | Version abrégée

Mesure 2017

Août 2018, version 1.0

Introduction

L'« Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques » (ANQ) a été chargée de mesurer la qualité dans les hôpitaux suisses. Les institutions ayant adhéré au contrat de qualité national sont tenues de participer aux mesures de l'ANQ. La fréquence (prévalence) des escarres acquises et des chutes survenues à l'hôpital reflètent d'importants aspects de la qualité des soins et de traitement.

Depuis 2011, la Haute école spécialisée bernoise (BFH) réalise la mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres adultes pour le compte de l'ANQ en médecine somatique aiguë avec hospitalisation. Elle est responsable de l'organisation de la mesure à l'échelle nationale et de la préparation des données. Pour la collecte des données en Suisse romande et italienne, la BFH collabore avec la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR) et la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI = École universitaire professionnelle de la Suisse italienne).

Pour la mesure, c'est le procédé de l'Université de Maastricht « LPZ International » (International Prevalence Measurement of Quality of Care) qui est utilisé. Les escarres sont relevées le jour de la mesure (prévalence ponctuelle), en tant que taux de prévalence totale et en tant que taux de prévalence nosocomiale, c'est-à-dire acquise à l'hôpital. Les chutes sont relevées rétrospectivement sur 30 jours (prévalence sur un temps donné). Sont inclus les taux des chutes à l'hôpital, les conséquences de la chute et les taux de blessures totaux.

Cette version abrégée contient les résultats pour les adultes à l'échelle nationale. Le rapport détaillé est publié [en ligne](#).

Question

En résumé, la mesure traite les questions suivantes :

- Taux de fréquence des escarres contractées à l'hôpital : toutes catégories¹ ou catégories 2 et supérieures
- Taux de fréquence des chutes survenues à l'hôpital
- Structuration de la comparaison des hôpitaux ajustée au risque au regard des indicateurs Chutes et Escarres
- Description des indicateurs de structure et de processus liés aux chutes et escarres

Collecte des données

Les données ont été recueillies le 14 novembre 2017. Le relevé concernait les patient-e-s hospitalisé-e-s le jour de la récolte des données. Ont été exclus les services hospitaliers suivants : unités d'obstétrique, urgences, cliniques de jour, salles de réveil et unités de soins ambulatoires. Les patient-e-s ou leurs représentant-e-s ont donné au préalable leur consentement oral.

Deux infirmiers/ères par unité de soins ont relevé les données directement au lit du patient ou de la patiente (entre autres la présence d'escarres et/ou de risque d'escarre ou une chute à l'hôpital au cours des 30 derniers jours). Le dossier Patient-e a servi de source pour toutes les autres questions.

¹ Les escarres contractées à l'hôpital sont réparties de la manière suivante : Catégorie 1 = érythème persistant ou qui ne blanchit pas | Catégories 2 à 6 = de l'atteinte partielle à la perte complète de tissu cutané ainsi que « profondeur inconnue »

Participant-e-s

L'analyse a regroupé des données de 198 sites hospitaliers (115 hôpitaux et 30 groupes hospitaliers). Parmi eux, il y avait 5 hôpitaux universitaires, 71 hôpitaux de prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux, 77 hôpitaux de soins de base et 45 cliniques spécialisées.

Le jour de la mesure, 17 438 patient-e-s âgé-e-s d'au moins 18 ans étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux participants, dont 13 227 personnes avaient donné leur consentement pour participer à la mesure. Le taux de participation s'est élevé à 75,9%.

Résultats Escarres

Taux d'escarres

À l'échelle nationale, le *taux de prévalence totale (toutes catégories)* se situe à près de 6,9% et le *taux de prévalence à partir de la catégorie 2* à 3,9%. Les deux taux incluent également ceux présentant une escarre avant leur entrée à l'hôpital.

Le *taux de prévalence nosocomiale totale (toutes catégories)* s'élève à 4,3% (année précédente 4,4). Le *taux de prévalence nosocomiale à partir de la catégorie 2* s'élève à 2,0%, et est ainsi identique à celui de l'année précédente.

Comparaison pluriannuelle

Taux d'escarres en %	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Acquises à l'hôpital, toutes catégories	4,3	4,4	4,1	4,3	4,6	4,4	5,8
Acquises à l'hôpital, à partir de la catégorie 2	2,0	2,0	1,9	1,8	2,0	1,7	2,1

Dans la *comparaison internationale*, le taux de prévalence nosocomiale totale se situe dans le tiers inférieur des valeurs de référence citées dans la littérature. Ces taux se retrouvent à un niveau quelque peu inférieur en Suisse par rapport aux résultats des mesures LPZ effectuées aux Pays-Bas. En Autriche et en Turquie, ils sont toutefois inférieurs à ceux de la Suisse. Le taux de prévalence nosocomiale à partir de la catégorie 2 se situe également dans la fourchette inférieure des valeurs de référence. Cependant, les Pays-Bas et l'Autriche présentent ici des taux légèrement inférieurs.

La comparaison avec l'année précédente montre une baisse légère des taux de prévalence nosocomiale chez les participant-e-s présentant un *risque* d'escarres. Le *taux de prévalence nosocomiale totale* chute ici à 12,7% (année précédente 14,2) et le *taux de prévalence nosocomiale à partir de la catégorie 2* à 6,1% (année précédente 6,5).

Localisation des escarres : Comme l'année précédente, le sacrum et les talons étaient les zones les plus touchées, ce qui correspond également aux données des publications internationales.

Ajustement au risque²

Dans la *comparaison des hôpitaux ajustée au risque*, 14 hôpitaux se distinguent de manière significative de la moyenne de tous les hôpitaux (13 négativement, 1 positivement) concernant le *taux de prévalence nosocomiale totale* ; 4 se distinguent négativement au sens clinique pour le *taux de prévalence nosocomiale à partir de la catégorie 2*.

Pour les *escarres nosocomiales de toutes catégories*, les variables suivantes influencent le risque d'escarres : Évaluation clinique subjective positive par le personnel soignant, Durée d'hospitalisation plus importante, et/ou Dépendance aux soins plus importante ainsi que Groupes de diagnostics CIM définis.

Pour les *escarres nosocomiales à partir de la catégorie 2*, les variables suivantes influencent le risque d'escarres : Évaluation clinique subjective positive par le personnel soignant, Durée d'hospitalisation plus importante, Dépendance aux soins plus importante, Intervention chirurgicale au cours des deux dernières semaines et/ou Groupes de diagnostics CIM définis.

Indicateurs de processus et de structure

Les résultats de la *qualité des processus* peuvent être considérés comme un indice pour une bonne qualité à l'égard de la prévention et du traitement des escarres. Il pourrait cependant s'avérer nécessaire de développer l'inclusion active des patient-e-s concerné-e-s. Au *niveau des structures*, il serait utile de vérifier si la formation des collaborateur-trice-s pourrait contribuer à atteindre des résultats encore meilleurs.

Résultats des chutes à l'hôpital

Taux des chutes

Le *taux des chutes* s'élève à 3,8% et reste inchangé par rapport à l'année précédente.

Comparaison pluriannuelle

Taux des chutes en%	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
À l'hôpital	3,8	3,8	3,0	3,6	4,1	3,8	4,3

Dans la *comparaison internationale*, on relève des taux de chutes majoritairement plus faibles qu'en Suisse. Par rapport aux autres pays LPZ, le taux suisse est inférieur à celui de l'Autriche et de la Turquie, mais supérieur à celui des Pays-Bas.

L'étude a montré chez près d'1/3 des participant-e-s un risque de chute (chute au cours de l'anamnèse, chute au cours des 12 mois précédant l'admission à l'hôpital). Le *taux de chute chez les patient-e-s à risque* était de 7,2% (année précédente 12,5). Cette baisse s'explique toutefois très probablement par un ajustement méthodologique.

Près de 1/3 des personnes ayant chuté à l'hôpital étaient touchées par des conséquences de chutes, ce qui correspond à un *taux de blessures total* de 30,1% (année précédente 41,3). Ce résultat est plus bas

² Cette 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 des patient-e-s, 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-e patient-e hospitalisé-e à l'autre même quand la qualité est similaire. De moins bons résultats au niveau du/de la patient-e 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.

qu'en Autriche et en Turquie mais plus élevé qu'aux Pays-Bas, et se situe dans la fourchette supérieure des valeurs de référence internationales.

Ajustement au risque

Dans la *comparaison des hôpitaux ajustée au risque*, aucun hôpital ne se distingue de manière significative de la moyenne de tous les hôpitaux.

Les variables suivantes influencent le risque de chutes : Durée d'hospitalisation plus importante, Chute dans l'anamnèse, Médicaments sédatifs ou influençant le comportement et/ou Dépendance aux soins plus importante (la dépendance complète et la dépendance prépondérante n'étant pas associées à un risque de chute significatif, ce qui s'explique probablement par la mobilité très restreinte des patient-e-s) ainsi que les Groupes de diagnostic CIM Troubles mentaux et du comportement, dans lesquels la démence est classée. Le risque de tomber à l'hôpital diminue pour les femmes et dans le cas d'interventions chirurgicales dans les deux semaines précédant le jour de la mesure.

Indicateurs de processus et de structure

La *documentation du risque de chutes* (chute dans l'anamnèse) manquait pour plus de 1/4 des patient-e-s à risque ainsi que chez près de 1/6 des personnes ayant chuté à l'hôpital. Chez 3/4 de tous les participant-e-s, des mesures de prévention de risque ont été mises en œuvre. Le nombre très nettement supérieur de mesures chez les personnes ayant chuté pourrait indiquer que la chute a déclenché un processus de sensibilisation.

Certains des résultats descriptifs indiquent que des mesures de développement ont été introduites dans les hôpitaux. Dans la comparaison avec l'année précédente, on relève des signes d'une évolution positive en matière d'implémentation des *indicateurs de processus* (recensement des risques). Pour le développement des mesures d'amélioration de la qualité, il est encore recommandé de prioriser l'identification des patient-e-s à risque, le développement de l'approche à interventions multiples de la prévention, l'éducation du/de la patient-e et la formation des collaborateurs.

Conclusions et recommandations

Participation à la mesure

98% des hôpitaux de soins aigus ayant adhéré au contrat qualité national ont participé à la mesure. Les sites hospitaliers participants sont représentatifs des hôpitaux de soins aigus suisses.

La taille de l'échantillon et le taux de participation sont restés relativement stables au cours des trois dernières années de mesure. Cette participation reste toujours inférieure au taux visé de 80% pour améliorer l'impact de la mesure. Le « refus » est la raison principale d'une non-participation.

Indicateurs de qualité et développement de la qualité

Pour les *escarres acquises à l'hôpital*, les taux sont plutôt stables et se situent dans le tiers inférieur des valeurs de référence internationales. Des analyses de coût montrent que les programmes de prévention efficaces sont plus économiques ici que le financement des soins.

Pour les *chutes à l'hôpital*, les taux se montrent également stables dans le cadre de la comparaison sur plusieurs années. L'on constate toutefois qu'ils restent plutôt élevés dans la comparaison internationale. Le taux de blessures graves suite à une chute à l'hôpital, en particulier, est plus de deux fois plus élevé que dans d'autres pays LPZ ou que les taux trouvés dans la littérature internationale. Il existe ici clairement un potentiel de développement. Au niveau des processus, on constate que les mesures de préven-

tion sont plutôt mises en place seulement après une chute à l'hôpital. Dans ce cas, des mesures d'amélioration, sous forme de dépistage systématique du risque, s'imposent. Par ailleurs, l'inclusion de la culture de l'organisation (leadership, culture de la sécurité, communication, etc.) semble être essentielle.

Des études internationales partent du postulat d'une combinaison de méthodes de développement de la qualité avec des interventions spécialisées ainsi qu'avec des approches aux niveaux de l'organisation et du système. Sont abordées dans ce cadre les approches multi-interventions ainsi que les mesures d'accompagnement qui seraient en pratique intégrées activement au processus d'amélioration par des spécialistes. Depuis quelques années, en outre, la collaboration entre établissements est de plus en plus mise en avant. La mise en commun de ressources scientifiques (externes) et des ressources cliniques et spécialisées (internes) a permis d'unir les forces.

Recommandations quant à la méthodologie

Il conviendrait de vérifier s'il est encore pertinent de relever le critère du cours de remise à jour de deux heures minimum destiné à l'ensemble du personnel soignant, cette question étant posée dans le questionnaire LPZ 2.0. L'objectif de cette vérification serait de permettre une meilleure représentation des formes de formations plus récentes dans le questionnaire.

Ensuite, dans le programme de saisie des données en ligne LPZ 2.0, il serait souhaitable d'avoir une présentation séparant mieux les types d'hôpitaux soins aigus/hors soins aigus sur le plan visuel. Ainsi, l'on pourrait permettre aux établissements participants de réaliser leur auto-déclaration avec la plus grande exactitude possible lorsqu'il s'agit de classer leur hôpital.

La diminution des taux de chutes, mais aussi le recul des blessures graves, donne des indications à propos de la qualité des soins. C'est pourquoi il est recommandé de vérifier dans quelle mesure les taux de blessures doivent figurer dans les publications et sur le portail de saisie des données LPZ 2.0.

En outre, il conviendrait de vérifier dans quelle mesure il est utile et possible de développer une procédure d'audit indépendante visant à favoriser le respect de la méthode LPZ 2.0 par les hôpitaux et ainsi la qualité des données.

Recommandations quant à la mesure de la prévalence

La mesure nationale permet une comparaison concrète effectif/théorique du niveau de qualité défini dans les hôpitaux. Des indications importantes pour la priorisation des processus internes de développement de la qualité peuvent être acquises. Les résultats peuvent en outre être utilisés pour le benchmarking interne et externe ainsi que pour établir des rapports sur la qualité.

En raison des taux variables au cours des années 2011 à 2017, notamment pour les chutes à l'hôpital, il est recommandé de continuer à réaliser régulièrement les mesures à l'avenir. Les effets positifs avérés des mesures récurrentes sur le développement de la qualité contribuent à une sensibilisation durable.

Selon l'OCDE, des données de qualité transparentes constituent un instrument clé pour rendre des comptes vis-à-vis du public ainsi que pour identifier le potentiel d'amélioration (efficacité, efficience) dans le système de santé. L'enregistrement systématique et unifié des données contribue à améliorer la base de données relative à la qualité des soins et apporte une transparence. Elle s'inscrit donc en droite ligne des domaines d'action « Garantir et renforcer la qualité des soins » et « Garantir la transparence, améliorer le pilotage et la coordination » des priorités de la politique de santé du Conseil fédéral « Santé 2020 ».