



---

# Mesure nationale de la prévalence Chutes et escarres | Adultes

---

Rapport comparatif national 2014, version abrégée

Décembre 2015 / 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
5.3.3	Indicateurs de structure « Escarres » .....	5
5.4	Prévalence des chutes.....	5
5.4.1	Patient-e-s qui ont chuté.....	5
5.4.2	Mesures préventives.....	6
5.4.3	Indicateurs de structure « Chutes ».....	6
6.	Résultats ajustés au risque.....	6
6.1	Escarres - acquises à l'hôpital, catégories 1-4.....	6
6.2	Escarres - acquises à l'hôpital, catégories 2-4.....	7
6.3	Chutes survenues en milieu hospitalier.....	8
7.	Discussion .....	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	Taux de prévalence des chutes survenues en milieu hospitalier.....	11
7.3.1	Caractéristiques des patient-e-s.....	11
7.3.2	Taux de prévalence.....	11
7.4	Comparaison des résultats des hôpitaux ajustés au risque.....	12
7.5	Points forts et point faibles .....	12
8.	Conclusions et recommandations .....	13
8.1	Participation à la mesure.....	13
8.2	Escarres - acquises à l'hôpital.....	13
8.3	Chutes survenues en milieu hospitalier.....	13
8.4	Recommandations complémentaires.....	14
	Guide de lecture des graphiques .....	14

## 1. Introduction

---

Il relève des compétences de l'« Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques » (ANQ) de mesurer 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 importants 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 2014 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 <http://www.anq.ch/fr/resultats-de-mesure/resultats-somatique-aigue>.

## 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 dans les hôpitaux de soins aigus : catégories 1–4<sup>1</sup>
- Taux de prévalence des escarres survenues dans les hôpitaux de soins aigus : catégories 2–4
- Taux de prévalence des chutes survenues dans les hôpitaux de soins aigus
- Description des indicateurs de structure et de processus liés aux chutes et escarres

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 11 novembre 2014. Le relevé concernait tous/toutes les patient-e-s hospitalisé-e-s le jour de la récolte des données. Les femmes ayant accouché ainsi que les nourrissons des unités de soins post-partum en ont été exclus.

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. Mises à part les adaptations au

---

<sup>1</sup> 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.

niveau de la logique du questionnaire relatif aux chutes, ce sont les mêmes questionnaires que l'année précédente qui ont été utilisés en 2014.

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 ajustement<sup>2</sup> au risque. En outre, des taux de prévalence par unité de soins ainsi qu'un indice des blessures dues aux chutes y sont présentés.

## 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 mesure de la prévalence ; ils étaient répartis sur 189 sites hospitaliers et regroupés dans les types d'hôpitaux suivants : prise en charge centralisée/hôpitaux universitaires, prise en charge centralisée/hôpitaux de soins généraux, soins de base/hôpitaux de soins généraux et cliniques spécialisées. En tout, 1 203 unités de soins ont participé. Les plus représentées étaient celles de chirurgie avec près de 46 %, suivies des unités de soins non chirurgicales représentant près de 32 %.

### 5.2 Patient-e-s participant-e-s

Le jour de la mesure, 17 750 patient-e-s âgé-e-s d'au moins 18 ans étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux participants, dont 13 317 avaient donné leur consentement pour participer à la mesure (taux de participation = 75,9 %) La moyenne d'âge des participant-e-s était de 66,5 ans ; 50,9 % de cette population était de sexe féminin. La durée moyenne de séjour jusqu'au jour de la mesure était de 8,5 jours. 41,5 % des participant-e-s avaient subi une intervention chirurgicale dans les deux semaines précédant la mesure. Des différences s'observent dans les diagnostics médicaux en fonction du type de soins administrés et des spécialisations. Les plus maladies les plus fréquentes étaient les maladies de l'appareil circulatoire (48,9 %) suivies des maladies ostéo-articulaires, des muscles et du tissu conjonctif (37,3 %).

La raison la plus fréquente donnée pour une non-participation était « Refus de participer », suivie de « Non accessible », signifiant que le/la patient-e était absent-e au moment de la mesure, p. ex. en raison d'un examen. En troisième position venait l'« État cognitif trop mauvais ».

---

<sup>2</sup> 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.

## 5.3 Prévalence des escarres

### 5.3.1 Patient-e-s souffrant d'escarres

La *fréquence des escarres acquises à l'hôpital* des catégories 1-4 était de 4,3 % (année précédente 4,6 %). Si l'on exclut la catégorie 1, on obtient alors un taux de 1,8 % (année précédente 2,0 %).

Les escarres de catégorie 1 acquises à l'hôpital représentent la catégorie d'escarre la plus fréquente dans tous les types d'hôpitaux. Les escarres de catégorie 2 étaient le plus souvent constatées dans les hôpitaux de soins de base/hôpitaux de soins généraux et celles des catégories 3 et 4 dans la prise en charge centralisée/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 catégories 1-4 sur 7,2 % (année précédente : 7,6 %) des participants. Sans la catégorie 1, ce taux tombe à 3,7 % (année précédente 3,8 %). La majorité des personnes souffrant d'escarre présentait une seule (72 %) ou deux (20,6 %) lésions. Le sacrum et les talons étaient les zones les plus touchées. En moyenne, les patient-e-s étaient âgé-e-s de 75,5 ans. 35,1 % avaient été opéré-e-s 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 les plus utilisés étaient les matelas en mousse latex refroidie. La moitié de ces patient-e-s n'a 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 2-4, bien souvent, aucun pansement n'a été utilisé.

### 5.3.3 Indicateurs de structure « Escarres »

On note parfois des différences importantes entre les types d'hôpitaux quant à la disponibilité des indicateurs de structure *au niveau de l'hôpital*. Les informations les plus disponibles étaient des informations standardisées lors du transfert, les standards/directives pour la prévention et le traitement des escarres et une personne désignée à vérifier et actualiser le standard. En revanche, la disponibilité des brochures d'information destinées aux patient-e-s est relativement basse.

On retrouve également des différences frappantes entre les types d'hôpitaux en ce qui concerne les indicateurs de structure *au niveau de l'unité de soins*. La mise à disposition du matériel de prévention, la documentation des mesures appliquées (prévention/traitement), les informations standardisées lors du transfert et la saisie du risque d'escarre étaient les plus fréquemment disponibles, tandis que les brochures d'information et les colloques multidisciplinaires l'étaient le moins souvent.

La disponibilité des deux indicateurs de structure était ainsi très similaire à celle de l'année précédente.

## 5.4 Prévalence des chutes

### 5.4.1 Patient-e-s qui ont chuté

Le taux des chutes survenues en milieu hospitalier est de 3,6 % (année précédente 4,1 %). En fonction des types d'hôpitaux, celui-ci varie entre 3,2 et 4,5 %. Le taux le plus élevé est 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 (71,2 %), la salle de bain ou les toilettes (20,5%). 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 (61 %). Les patient-e-s les plus touché-e-s étaient ceux et celles de la catégorie d'âge 75-84 ans.

#### 5.4.2 Mesures préventives

Les mesures les plus fréquentes en prévention des chutes étaient : l'information aux/à la patient-e, les exercices et training ainsi que l'examen des chaussures utilisées. 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 et la combinaison de ces mesures semblent 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.

#### 5.4.3 Indicateurs de structure « Chutes »

En ce qui concerne la disponibilité des indicateurs de structure *au niveau de l'hôpital*, on pouvait parfois noter des différences considérables entre les différents types d'hôpitaux. Dans la majorité des cas, les indicateurs qui étaient disponibles étaient : la saisie (dé)centralisée des événements de chute et les informations standardisées lors de transferts. Les colloques multidisciplinaires concernant les chutes et la brochure d'information sur les chutes à destination des patient-e-s ont été cités le moins souvent comme étant disponibles.

*Au niveau des unités de soins*, la disponibilité des indicateurs de structure montrait également parfois de grands écarts entre les types d'hôpitaux. Étaient cités comme étant les plus fréquents le matériel pour la prévention des chutes, la documentation des mesures dans le dossier de soins ainsi que la transmission d'informations standardisées lors de transferts. Les brochures d'information sur les chutes étaient les moins disponibles.

Par comparaison avec les années précédentes, la présence de matériel avait progressé, notamment en ce qui concerne les catégories « Matériel pour la prévention des chutes toujours à disposition » et « Matériel pour la prévention des blessures toujours à disposition ». Quant aux indicateurs Application du standard vérifié systématiquement, Colloques pluridisciplinaires concernant la prévention des chutes et Brochure d'information sur les chutes, on note un recul.

## 6. Résultats ajustés au risque

---

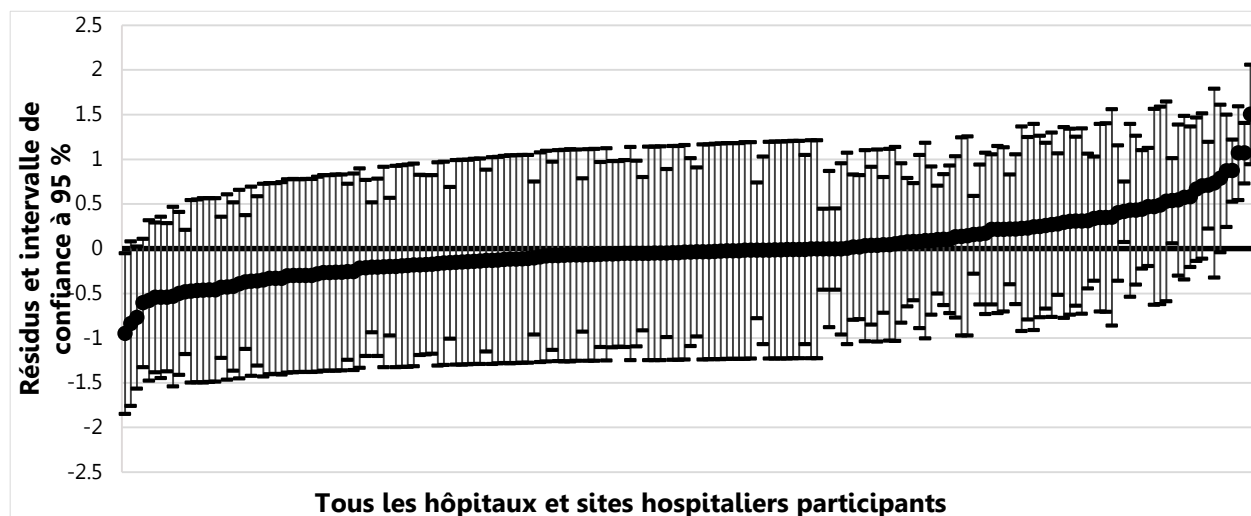
Les comparaisons ajustées au risque montraient à nouveau une grande homogénéité entre hôpitaux. Seuls quelques hôpitaux se démarquent statistiquement de la moyenne. Par rapport aux années précédentes également, seules de faibles différences sont visibles.

### 6.1 Escarres - acquises à l'hôpital, catégories 1–4

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 présentaient un risque d'escarre tout juste trois fois plus élevé que ceux ayant plus de 20. L'échelle de dépendance aux soins montrait une croissance presque linéaire du risque avec l'augmentation de la dépendance. Comparé à l'indépendance complète, le degré « dépendance partielle » est lié à un risque 80 % plus important. En cas de dépendance complète, ce risque était multiplié par plus de 4.7.

Le risque augmentait également parallèlement à la durée d'hospitalisation. Les patient-e-s hospitalisé-e-s depuis plus de 28 jours présentaient un risque d'escarre 3 fois plus élevé que ceux dont l'hospitalisation était inférieure à 7 jours. Même l'âge influençait le risque d'escarre : le risque était deux fois plus élevé chez les patient-e-s de plus de 75 ans que chez ceux de moins de 55 ans. Le risque augmentait de 40 % si le patient avait subi une intervention chirurgicale. Divers diagnostics médicaux augmentaient aussi le risque d'escarre de manière indépendante les uns des autres. On notera ici surtout comme pertinentes les tumeurs, les maladies infectieuses, les maladies de l'appareil respiratoire ou ostéo-articulaires. Il est intéressant de noter que le risque d'escarre diminuait avec le nombre de maladies diagnostiquées. Comparé-e-s aux patient-e-s présentant uniquement 1 diagnostic, ceux et celles pour qui 6 diagnostics ou plus avaient été posés présentaient un risque 38 % moins élevé.

**Figure 1<sup>3</sup> : Résidus au niveau des hôpitaux et intervalle de confiance à 95 %<sup>4</sup> – Tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants – Escarres acquises à l'hôpital, catégories 1-4**



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 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 9 hôpitaux se distinguent de manière statistiquement significative de la moyenne globale des hôpitaux, dont 1 présentant une prévalence moindre et 8 une plus grande prévalence des escarres : 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. L'un des facteurs est le petit nombre de cas dans beaucoup d'hôpitaux, ce qui donne des intervalles de confiance très larges. Ces derniers 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 hôpitaux les plus à droite, les points de données de 8 hôpitaux sont au-dessus de la ligne du zéro (résidus). La différence est que les intervalles de confiance de ces 8 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 de nombreux hôpitaux, le constat n'est statistiquement significatif

que pour les 8 hôpitaux dont l'intervalle de confiance global est au-dessus de la ligne du zéro. Pour les 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, catégories 2-4

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 des catégories 2-4 contractées à l'hôpital font l'objet d'une analyse distincte.

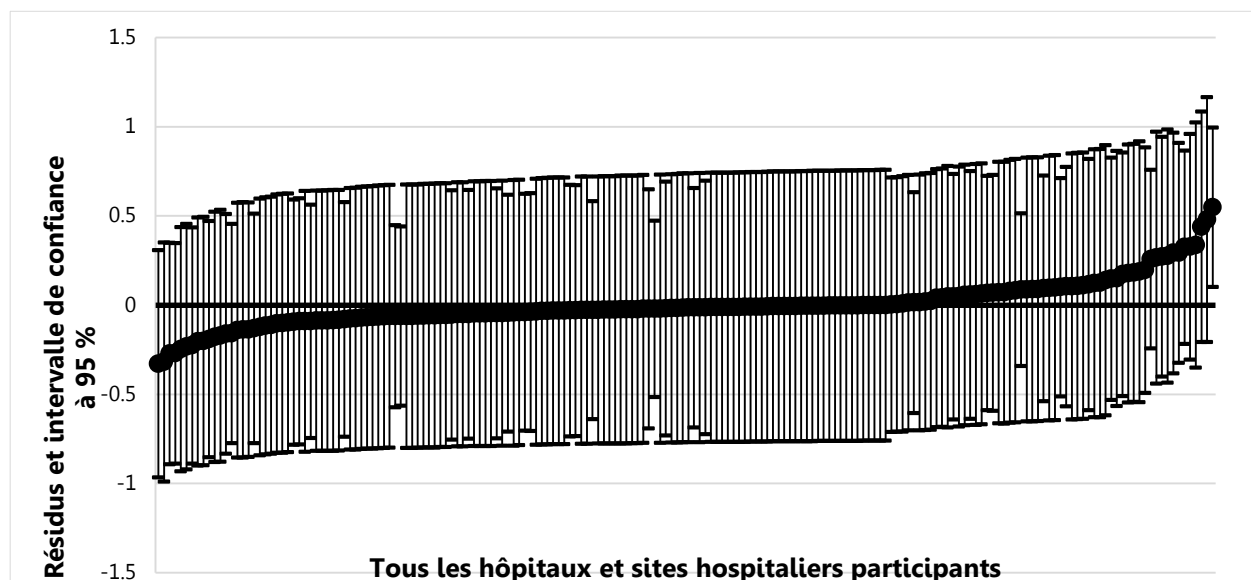
Les facteurs de risques relatifs aux patient-e-s pour les escarres des catégories 2-4 correspondent pour l'essentiel à ceux des escarres incluant la catégorie 1 (voir chap. 6.1). Cependant, la durée d'hospitalisation se

<sup>3</sup> Un guide de lecture des graphiques se trouve en fin du présent rapport.

<sup>4</sup> 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.

révèle encore plus pertinente : plus la durée d'alitement augmente, plus le risque de contracter une escarre dans les catégories 2-4 plus graves augmente aussi. La dépendance aux soins joue un rôle plus important uniquement lorsque l'on inclut la catégorie 1. En outre, le spectre des diagnostics est plus étendu. À nouveau, il est intéressant de remarquer que le risque diminue avec l'augmentation du nombre de diagnostics.

**Figure 2 : Résidus au niveau des hôpitaux et intervalle de confiance à 95 % – Hôpitaux ou sites hospitaliers – Escarres acquises à l'hôpital, catégories 2-4**



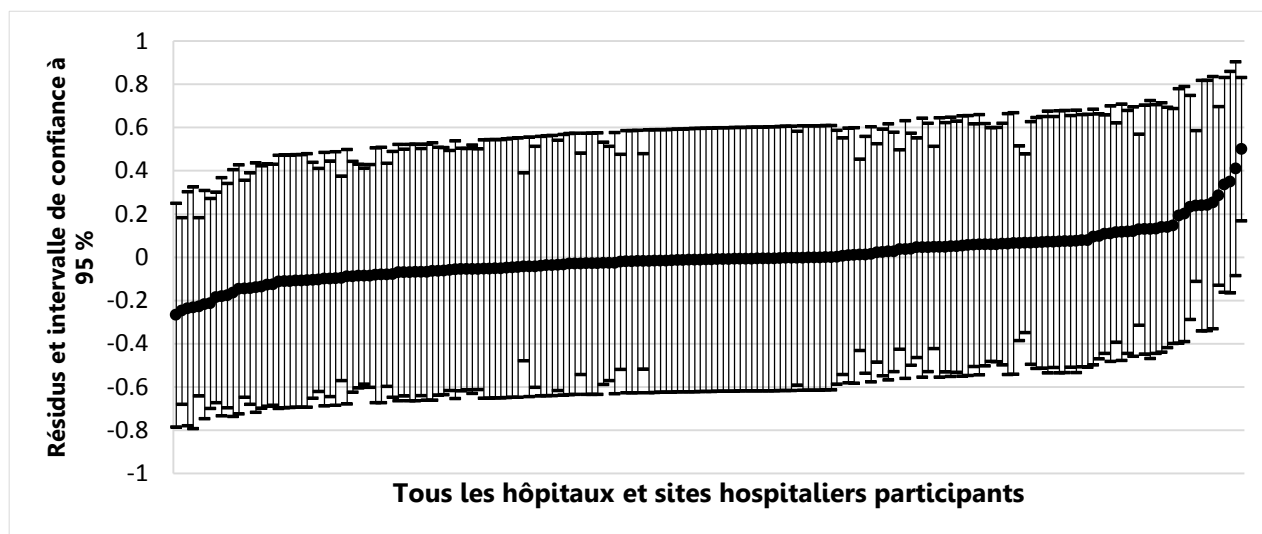
Seul 1 hôpital s'écarte significativement de la moyenne dans l'évaluation de l'ensemble des hôpitaux. Là aussi, l'homogénéité est importante, mais elle est conditionnée par le nombre de cas encore plus faible, excluant la catégorie 1.

### 6.3 Chutes survenues en milieu hospitalier

Comme pour les escarres, les caractéristiques de risque des chutes ont également été déterminées à l'aide du procédé statistique mentionné ci-dessus. À nouveau, la durée d'hospitalisation et la dépendance aux soins revêtent une grande importance. 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 tumeurs, la démence et les maladies du système nerveux s'y distinguent particulièrement comme facteur de risque. 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**



Seul 1 hôpital s'écarte significativement de la moyenne ; on note ici aussi une grande homogénéité des hôpitaux ou sites hospitaliers.

## 7. Discussion

Avec les résultats de cette mesure 2014, c'est la quatrième fois que sont présentées des données sur la fréquence des chutes et escarres au niveau national. Les résultats présentés par types d'hôpitaux permettent aux hôpitaux de comparer leurs résultats avec ceux d'autres hôpitaux du même type à la façon d'un benchmarking. Le potentiel d'optimisation dégagé à cette occasion sert ainsi de base pour améliorer la qualité des soins.

### 7.1 Participant-e-s

Près de 86,7 % des hôpitaux de soins aigus de tous les cantons de Suisse ou 88,3 % des hôpitaux rattachés au contrat de qualité national de l'ANQ relèvent des données. Les unités de soins participantes sont représentatives des hôpitaux de soins aigus de la Suisse.

Le taux de participation des patient-e-s s'élevait à 75,9 %. Par rapport à la mesure de l'année précédente, il a ainsi légèrement augmenté de 2,1 %. Il est probable que les formations à destination des coordinateurs/coordinatrices y aient contribué, celles-ci ayant mis l'accent sur la gestion des déclarations de consentement. Cette participation reste toujours inférieure au taux visé de 80 % pour améliorer encore la qualité des résultats de la mesure.

Il reste à éclaircir quels facteurs influencent la participation à la mesure. L'analyse des patient-e-s non-participant-e-s n'apporte que peu d'éléments nouveaux. Contrairement à l'année de mesure 2013, où les taux élevés de refus émanaient principalement de la Gériatrie aiguë, des Soins continus/soins continus de la chirurgie cardiaque et de la Réadaptation, en 2014 c'était principalement les unités de soins chirurgicales et non chirurgicales qui étaient concernées par les refus. Le motif exact du refus n'a été spécifié que pour 9,5 % des non-participant-e-s. Le principal motif du refus qui y était cité était un problème de langue, un point à considérer pour les prochaines mesures.

Sur le plan sociodémographique, les participant-e-s étaient représentatifs de la population des hospitalisé-e-s en Suisse. Cependant, la mesure retient la durée d'hospitalisation uniquement jusqu'au jour du relevé.

La durée de séjour moyenne était de 8,5 jours, soit assez proche de la moyenne suisse de 9,4 jours. 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 de l'appareil digestif, les maladies de l'appareil respiratoire ainsi que les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques. Dans les statistiques médicales des hôpitaux de 2013, les groupes de diagnostic Maladies ostéo-articulaires, muscles et tissu conjonctif, Lésions traumatiques et autres conséquences des causes externes, Maladies de l'appareil circulatoire, Maladies de l'appareil digestif ainsi que les néoformations (= tumeurs) étaient placés en tête. 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 femmes (51,7 %) et ont 9 ans de plus que l'échantillon global. Les personnes ayant contracté une escarre des catégories 2-4 à l'hôpital présentaient beaucoup plus de signes cliniques que la globalité des participant-e-s. En outre, elles étaient bien plus dépendantes aux soins.

L'*analyse ajustée au risque* confirme l'influence de l'âge sur le risque d'escarre de toutes catégories. Dans ces cas également, 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

Par rapport à l'année précédente, les taux descriptifs ont légèrement diminué, soit de 0,3 % pour les catégories 1-4 et 0,2 % pour les catégories 2-4. Cette baisse touche tous les types d'hôpitaux, mais n'est pas significative sur le plan statistique. Par rapport à l'année 2011, les taux ont chuté de 1,5 % (catégories 1-4) et de 0,3 % (catégories 2-4). Ces décalages sont cependant plutôt minimes et aléatoires. La diminution des taux dans toutes les catégories observée entre 2011 et 2012 constitue cependant une exception.

**Tableau 1 : Taux d'escarres suisses | Adultes - comparaison pluriannuelle**

Taux de prévalence	2014	2013	2012	2011
Acquises à l'hôpital, catégories 1-4	4,3	4,6	4,4	5,8
Acquises à l'hôpital, catégories 2-4	1,8	2,0	1,7	2,1

Avec 4,3 %, les données de la Suisse dans la comparaison mondiale (fourchette 5,0 %-11,6 %) présentent aussi des valeurs basses dans la mesure 2014 pour les catégories 1-4. Le taux suisse des catégories 2-4, avec une moyenne de 1,8 % tous types d'hôpitaux compris, est de nouveau plus bas que dans les publications internationales (fourchette 3,1-6,3 %). 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 1-4 y sont nettement plus bas qu'en Suisse.

**Tableau 2 : Taux d'escarres suisses | Adultes - comparaison pluriannuelle**

Taux de prévalence	Suisse			Autriche			LPZ Pays-Bas		
	2014	2013	2012	2014	2013	2012	2014**	2013**	2012
Acquises à l'hôpital, catégories 1-4	4,3	4,6	4,4	1,1*	0,9*	1,2*	6,6	5,0	9,8*
Acquises à l'hôpital, catégories 2-4	1,8	2,0	1,7	---	---	---	2,8	2,4	8,7*

\*valeurs calculées par la BFH sur la base des chiffres indiqués dans le rapport correspondant.

\*\* aucun hôpital universitaire (non-participation)

Avec 56,9 %, la catégorie 1 est la plus fréquente, suivie de la catégorie 2 avec 33 %. Ces résultats correspondent aux données des publications internationales. 10,1 % des escarres sont à classer dans les catégories 3 et 4. Comme l'année précédente, les localisations les plus fréquentes étaient le sacrum et le talon. Ce résultat, lui aussi, correspond aux données des publications et aux résultats LPZ aux Pays-Bas. Les escarres des catégories 2-4 étaient le plus souvent relevées en soins intensifs. Dans les autres pays, ces unités de soins consignent moins de lésions qu'en Suisse.

### 7.3 Taux de prévalence des chutes survenues en milieu hospitalier

#### 7.3.1 Caractéristiques des patient-e-s

Dans l'*analyse descriptive*, la part des femmes est supérieure de 5,1 % à celle des hommes ; les personnes victimes d'une chute sont plus âgées d'environ 7,8 ans que l'échantillon global. La part des patient-e-s victimes d'une chute présentant une maladie de l'appareil circulatoire et une démence est plus élevée que dans l'échantillon global. La fréquence des maladies du système nerveux et du diabète mellitus est légèrement plus élevée dans la population des personnes victimes d'une chute. Elles étaient également bien plus dépendantes vis-à-vis de l'aide apportée.

Dans l'*analyse ajustée au risque*, le sexe se révèle ne plus présenter un plus grand risque de chute. Cependant, la dépendance aux soins joue un rôle important : le risque de chute augmente jusqu'à la dépendance prépondérante, 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. La durée d'hospitalisation se révèle également pertinente : le risque augmente particulièrement chez les personnes hospitalisées plus de 28 jours. De nombreux diagnostics médicaux présentent une corrélation significative avec le risque de chute ; un risque particulièrement élevé concerne le diagnostic de démence. Les interventions chirurgicales ont un effet positif, l'immobilité après l'opération faisant office de « facteur protecteur ».

#### 7.3.2 Taux de prévalence

Par rapport à l'année précédente, les taux de chutes ont légèrement baissé (0,5 %) ; par rapport à 2011, année de la première mesure, la diminution est de 0,7 %. Pour quatre types d'hôpitaux, l'on peut observer une légère baisse continue des taux. Cependant, ces décalages sont plutôt minimes et aléatoires

**Tableau 3 : Les taux de chutes suisses dans une comparaison pluriannuelle**

Taux de prévalence	2014	2013	2012	2011
Chutes survenues en milieu hospitalier	3,6	4,1	3,8	4,3

Le taux de chute suisse est relativement élevé pour toutes les années de mesure lorsqu'on le compare à celui des autres pays, pour lesquels les valeurs varient entre 1,5 et 3,8 %. Cela vaut 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 2,7 et 3,0 %. Il conviendrait donc d'agir pour améliorer la qualité en Suisse.

**Tableau 4 : Les taux de chutes suisses dans la comparaison internationale**

Taux de prévalence	Suisse			Autriche			LPZ Pays-Bas		
	2014	2013	2012	2014	2013	2012	2014**	2013*	2012
Chutes survenues en milieu hospitalier	3,6	4,1	3,8	2,9	3,0	2,7	---	0,4	1,6

\* aucun hôpital universitaire (non-participation) ; aucun hôpital de soins aigus (non-participation)

\*\* aucune analyse des chutes selon les hôpitaux

Dans la mesure suisse, les conséquences des chutes sont réparties autrement qu'aux Pays-Bas et en Autriche. Par comparaison, plus de conséquences de chutes minimales et moyennes ainsi que plus de lésions graves y sont indiquées. La part de fractures des hanches est cependant bien plus basse qu'aux Pays-Bas, mais plus haute qu'en Autriche.

#### 7.4 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 ce phénomène, par exemple la méthode adoptée pour la modélisation hiérarchique. Celle-ci a en effet tendance à donner des résultats « conservateurs ». Il faut s'attendre avec cette méthode à trouver moins d'écart statistiques en raison de l'ajustement global. 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. Cela peut être vu comme un inconvénient, mais également 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 catégories 1-4. Pour les escarres des catégories 2-4, il variait jusqu'à présent entre 0 et 1. Pour les chutes survenues en milieu hospitalier, on pouvait identifier entre 0 et 2 hôpitaux « hors norme » en fonction de l'année. Les raisons à cela sont de nature plus méthodique.

#### 7.5 Points forts et point faibles

Cette mesure 2014 constituait la quatrième 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. Pour la première fois, la participation à la formation n'était plus obligatoire ; elle restait cependant très vivement recommandée auprès des nouveaux coordinateurs et nouvelles coordinatrices. En plus du dossier d'informations/manuel suisse de la mesure, un service téléphonique avait été mis à disposition la veille et le jour même de la mesure. La qualité des données était en outre appuyée par la saisie en ligne des données, une procédure permettant de faire gagner du temps. Cette mesure a comme 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. Depuis la deuxième mesure, le consentement écrit a été remplacé par le consentement oral afin de permettre un plus grand taux de participation. Cependant, les taux de participation n'ont augmenté que légèrement et restent très différents d'une institution à l'autre.

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, et ce, 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. Leurs résultats d'analyse ont donc 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.

En ce qui concerne l'ajustement au risque et après quatre mesures, il faut se demander si l'approche purement statistique utilisée ici contribue davantage à la modélisation, étant donné que peu voire aucun hôpital divergeant de l'ensemble des hôpitaux n'a pu être identifié. Une étude pour savoir si une modification de la procédure donnerait d'autres résultats est en cours.

## 8. Conclusions et recommandations

---

### 8.1 Participation à la mesure

Il conviendrait de continuer à rechercher une participation d'au moins 80 %, car cela augmente la comparabilité des données avec les mesures LPZ et internationales. Une information plus active pourrait s'avérer utile pour expliquer l'importance de la mesure aux patient-e-s ainsi qu'à leurs représentant-e-s, et les motiver à participer.

Les modalités du consentement oral pourraient être adaptées à celles pratiquées aux Pays-Bas. Pour cela, il faudrait envisager de demander aux patient-e-s aptes à prendre une décision de donner leur consentement directement le jour de la mesure, au moment où celle-ci est effectuée. Il conviendrait également de réfléchir au moyen de motiver à participer les patient-e-s ne maîtrisant ni l'allemand, ni le français, ni l'italien.

### 8.2 Escarres - acquises à l'hôpital

En Suisse, on note une légère tendance à la baisse des taux de prévalence, même si celle-ci reste très modeste et en grande partie non significative sur le plan statistique. Si l'on prend en considération que les taux suisses sont relativement bas dans la comparaison internationale, il s'agit cependant d'une évolution positive.

Il existe un consensus sur le fait que toutes les escarres ne peuvent être évitées. Cependant, un potentiel d'amélioration doit être dégagé. Il pourrait s'avérer intéressant de réfléchir à la manière dont une réduction des escarres des catégories 3 et 4 pourrait être obtenue. En outre, il existe des pistes envisageables qui permettraient d'optimiser les mesures de prévention auprès des patient-e-s à risque. Se focaliser davantage sur les taux spécifiques aux unités de soins et sur les stratégies de prévention pourrait s'avérer utile. De plus, l'on peut se demander dans quelle mesure les mesures de prévention et le traitement correspondent à l'état actuel de la science.

### 8.3 Chutes survenues en milieu hospitalier

Au vu des taux de prévalence toujours élevés dans la comparaison internationale, il conviendrait de considérer comme prioritaires les interventions dans le processus de développement de la qualité. Les raisons, par exemple le manque de ressources ou le déficit de connaissances, devraient être analysées au sein des hôpitaux afin d'y introduire des améliorations ciblées.

Compte tenu de l'opposition entre l'homogénéité des résultats ajustés aux risques dans la comparaison des hôpitaux et des différences concernant les mesures introduites et les indicateurs de structure utilisés, la question se pose de savoir à quel point les mesures de prévention existantes ou introduites sont efficaces et efficaces. On remarque à nouveau qu'aucune mesure de prévention des chutes n'a été prise chez bon

nombre de patient-e-s et qu'une grande partie de ces derniers-ières n'a bénéficié d'aucune mesure de prévention des blessures. Il serait donc nécessaire d'agir dans ce domaine.

#### 8.4 Recommandations complémentaires

Grâce à cette mesure, les hôpitaux ont 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. Elle 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.

Même si ces données servent principalement à l'établissement de comparaisons au niveau des hôpitaux, on note dans la littérature

une multiplication des préconisations invitant à concentrer les interventions au niveau de l'unité de soins. Mises bout à bout, ces dernières pourraient entraîner une amélioration au niveau des hôpitaux.

En raison de la baisse des taux de prévalence entre les années 2011 et 2014, et étant donné les effets positifs avérés des mesures effectuées tous les ans, il est recommandé de poursuivre à l'avenir ces mesures sur une base annuelle. Ceci permet également de mettre à disposition des données constantes pour la discussion du DRG. De plus, cette mesure 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 (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.