



Mesure nationale de la prévalence Chutes et escarres | Adultes

Rapport comparatif national 2015, version abrégée

Septembre 2016 / 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.....	5
5.3	Prévalence des escarres	5
5.3.1	Patientes et patients souffrant d'escarres	5
5.3.2	Mesures préventives.....	5
5.3.3	Indicateurs de structure « Escarres »	5
5.4	Prévalence des chutes.....	6
5.4.1	Patientes et patients qui ont chuté	6
5.4.2	Mesures préventives.....	6
5.4.3	Indicateurs de structure « Chutes ».....	6
6.	Résultats ajustés au risque.....	7
6.1	Escarres - acquises à l'hôpital, catégories 1-4.....	7
6.2	Escarres - acquises à l'hôpital, catégories 2-4.....	8
6.3	Chutes survenues en milieu hospitalier.....	9
7.	Discussion	10
7.1	Participant-e-s.....	10
7.2	Taux de prévalence des escarres - acquises à l'hôpital.....	11
7.2.1	Caractéristiques des patientes et patients.....	11
7.2.2	Taux de prévalence.....	11
7.3	Taux de prévalence des chutes survenues en milieu hospitalier.....	12
7.3.1	Caractéristiques des patientes et patients.....	12
7.3.2	Taux de prévalence.....	12
7.4	Comparaison des résultats des hôpitaux ajustés au risque.....	13
7.5	Points forts et point faibles	13
8.	Conclusions et recommandations	14
8.1	Participation à la mesure.....	14
8.2	Escarres - acquises à l'hôpital.....	15
8.3	Chutes survenues en milieu hospitalier.....	15
8.4	Recommandations complémentaires.....	15
	Guide de lecture des graphiques	15

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 aux récoltes de données menées conformément au plan de mesure de l'ANQ. 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 2015 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 et problématiques ont été définis ainsi :

- Taux de prévalence des escarres survenues dans les hôpitaux de soins aigus : catégories 1–4¹
- 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
- Structuration de la comparaison des hôpitaux ajustée au risque au regard des indicateurs 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 10 novembre 2015. Le relevé concernait toutes les patientes et tous les patients 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.

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. La mesure 2015 s'est appuyée sur un questionnaire LPZ optimisé : une question supplémentaire sur l'évaluation clinique subjective du risque d'escarres a été intégrée dans le module Escarres, tout comme la catégorie de réponses « Lit bas » dans le module Chutes.

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 compte 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 au risque². 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. Les hôpitaux leur avaient adressé au préalable une information écrite concernant la collecte des données ainsi que les buts de la mesure. Le souhait des personnes refusant la participation à la mesure a été respecté. Toutes les données relatives aux patient-e-s étaient collectées sous forme chiffrée. Seuls les hôpitaux pouvaient déchiffrer ces données.

Pour la mesure de 2015, l'ANQ avait défini une procédure optimisée pour l'obtention de la déclaration de consentement avec « Swissethics ». L'objectif était d'améliorer le taux de participation et de réduire le temps nécessaire pour obtenir l'accord. Pour la première fois, l'équipe de mesure a pu demander juste avant la récolte des données aux patientes et patients aptes à prendre une décision s'ils/elles voulaient participer. Par ailleurs, certains hôpitaux demandent lors de l'admission à l'hôpital une déclaration de consentement pour l'utilisation/la réutilisation du matériel biologique et/ou des données relatives à la santé à des fins de recherche biomédicale. Quand cette déclaration était signée, elle était considérée équivalente à un consentement. Ces patient-e-s ont également été informé-e-s par écrit au préalable et ont pu refuser de participer le jour de la mesure.

5. Résultats descriptifs

5.1 Hôpitaux participants

147 hôpitaux et groupes hospitaliers ont participé à cette mesure de la prévalence ; ils étaient répartis sur 195 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, 1 185 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 33 %.

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 des patientes et patients, 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 hospitalisé 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 patientes et patients à l'aide d'un procédé statistique. Ce procédé est désigné sous le terme d'ajustement au risque.

5.2 Patient-e-s participant-e-s

Le jour de la mesure, 17 233 patientes et patients âgé-e-s d'au moins 18 ans étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux participants, dont 13 163 avaient donné leur consentement pour participer à la mesure (taux de participation = 76,4 %)

La moyenne d'âge des participant-e-s était de 66,2 ans ; 50 % de cette population était de sexe masculin. La durée moyenne de séjour jusqu'au jour de la mesure était de 7,9 jours. 43,7 % 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 maladies les plus fréquentes étaient les maladies de l'appareil circulatoire, suivies des maladies ostéo-articulaires, des muscles et du tissu conjonctif.

La raison la plus fréquente donnée pour une non-participation était « Refus de participer », suivie de « Non accessible », signifiant que la patiente ou le patient était absent-e au 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 Patientes et patients souffrant d'escarres

La *fréquence des escarres acquises à l'hôpital* des catégories 1-4 était de 4,1 % (année précédente 4,3 %) ; on observait un taux de 1,9 % (année précédente 1,8 %) pour celles des catégories 2-4.

Les escarres de catégorie 1 acquises à l'hôpital représentaient la catégorie d'escarre la plus importante dans tous les types d'hôpitaux. Les escarres de catégorie 2 étaient le plus souvent constatées dans la prise en charge centralisée/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 tous ceux qui présentaient une escarre avant leur entrée à l'hôpital : en tout, il a été constaté au minimum une escarre de catégories 1-4 chez 6,5 % (année précédente : 7,2 %) des participant-e-s. Sans la catégorie 1, ce taux tombait à 3,5 % (année précédente 3,7 %). La majorité des personnes souffrant d'escarre présentait une seule (71,4 %) ou deux (19,5 %) lésions. Le sacrum et les talons étaient les zones les plus touchées. En moyenne, ces patientes et patients étaient âgés de 74,4 ans ; 39,3 % avaient été opéré-e-s dans les deux semaines précédant la mesure.

5.3.2 Mesures préventives

Chez les patientes et patients 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. Plus des trois quarts des patient-e-s présentant un risque d'escarre n'ont bénéficié d'aucune mesure de prévention en position assise. De même, chez trois quarts des personnes avec escarre, aucune mesure de prévention en position assise n'a été utilisée.

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, une personne désignée à vérifier et actualiser le standard et les standards/directives pour la prévention et le traitement des escarres. En revanche, la disponibilité des brochures d'information était 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. Au *niveau des hôpitaux*, à quelques exceptions près, celle-ci a légèrement augmenté pour tous les types d'hôpitaux depuis 2011.

5.4 Prévalence des chutes

5.4.1 Patientes et patients qui ont chuté

Le *taux des chutes survenues en milieu hospitalier* est de 3,0 % (année précédente 3,6 %). En fonction des types d'hôpitaux, celui-ci varie entre 2,7 et 3,3 %. 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 (19,9 %). 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, les problèmes de santé d'ordre somatique se trouvent en tête (55,8 %).

Le *taux global* inclut également les patient-e-s qui ont déjà chuté avant leur admission à l'hôpital : 17,6 % (année précédente : 18,7 %) des personnes hospitalisées sont tombées au moins une fois dans les 30 jours précédant la mesure. Comme l'année précédente, la plupart des chutes (environ 80 %) a eu lieu avant l'admission. L'âge moyen des personnes ayant chuté était de 73,6 ans ; les personnes dont l'âge se situaient entre 75 et 84 ans étaient les plus touchées. 33 % avaient subi une intervention chirurgicale dans les deux semaines précédant la mesure.

5.4.2 Mesures préventives

Les mesures les plus fréquentes en prévention des chutes étaient : l'information aux/à la patient-e, l'examen des chaussures utilisées ainsi que les exercices et training. Chez les patientes et patients ayant subi déjà au moins une chute, plus de mesures et souvent de multiples mesures étaient généralement introduites. Leur choix et leur combinaison semblent varier selon les types d'hôpitaux. Aucune mesure de prévention des blessures n'a été appliquée pour près de 75 % des patient-e-s qui ont chuté.

Depuis la mesure de 2011, la part des personnes ayant chuté à l'hôpital et n'ayant pas bénéficié de mesures de prévention a diminué de 5,9 % dans tous les types d'hôpitaux.

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 disponibles étaient : la saisie (dé)centralisée des événements de chute et les informations standardisées lors de transferts. La brochure d'information et les colloques multidisciplinaires concernant les chutes ont été cités le moins souvent comme étant disponibles.

Au *niveau des unités de soins*, la disponibilité des indicateurs de structure montrait également 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 étaient les moins disponibles.

La disponibilité au *niveau des hôpitaux* s'est donc améliorée par rapport à l'année précédente, à une exception près. Au *niveau des unités de soins*, la présence de plusieurs indicateurs a également augmenté. Depuis 2011, la disponibilité des indicateurs de structure au niveau des hôpitaux, mises à part quelques fluctuations, est restée constante sur tous les types d'hôpitaux.

6. Résultats ajustés au risque

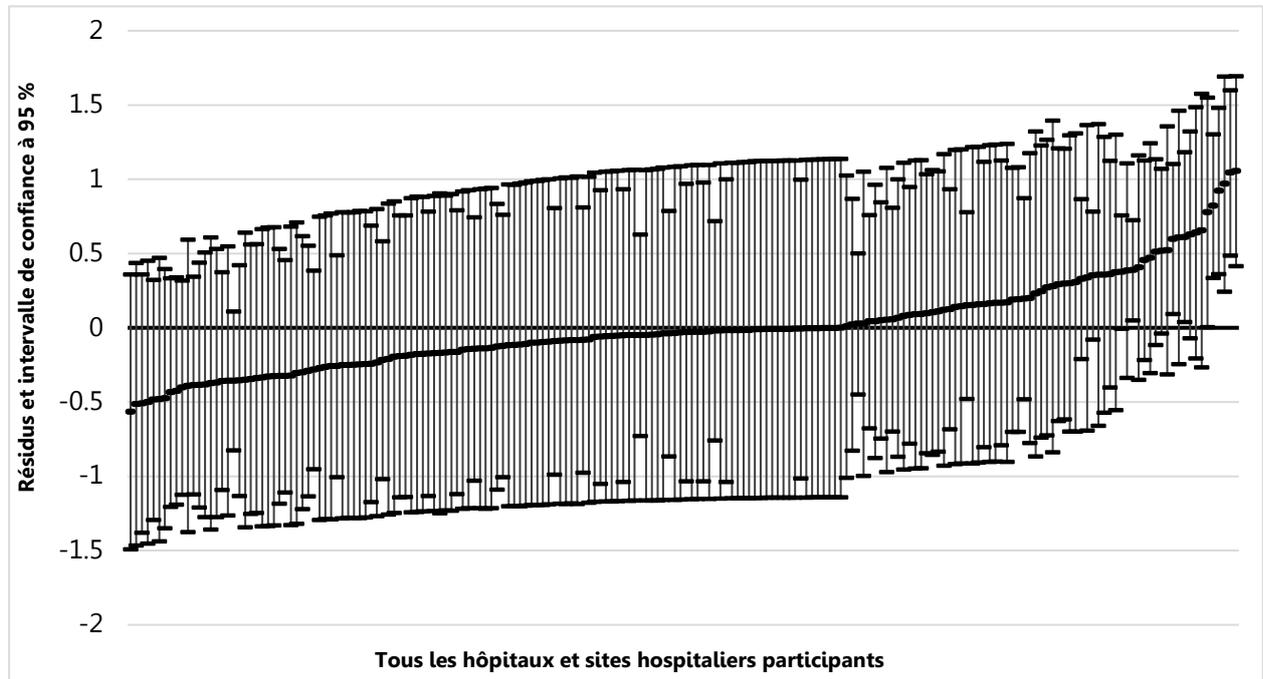
Les comparaisons ajustées au risque montrent à nouveau une grande homogénéité entre hôpitaux. Seuls quelques hôpitaux se démarquent statistiquement de la moyenne. Par rapport aux années précédentes également, seules de faibles différences sont visibles.

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 patientes et patients qui ont obtenu un score de 20 ou moins sur cette échelle présentent un risque d'escarre tout juste deux fois plus élevé que ceux ayant plus de 20. Si l'on s'intéresse à l'échelle de dépendance aux soins, le risque d'escarres augmente de 70 % uniquement pour la dépendance totale par rapport à l'indépendance totale.

Le risque augmente également parallèlement à la durée d'hospitalisation. Les patientes et patients hospitalisé-e-s depuis plus de 28 jours présentent un risque d'escarre plus de quatre fois plus élevé que ceux dont l'hospitalisation est inférieure à 7 jours. Divers diagnostics médicaux augmentent aussi le risque de manière indépendante les uns des autres. On notera ici comme pertinents entre autres les maladies infectieuses, les maladies de l'appareil respiratoire, les blessures et autres causes externes ainsi que les symptômes cliniques anormaux.

Figure 1³ : Résidus au niveau des hôpitaux et intervalle de confiance à 95 %⁴ – 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 que pour la moyenne des hôpitaux (représentée par la ligne du zéro), les valeurs dans la zone négative, un moins grand nombre. Seuls neuf 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, 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.

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.

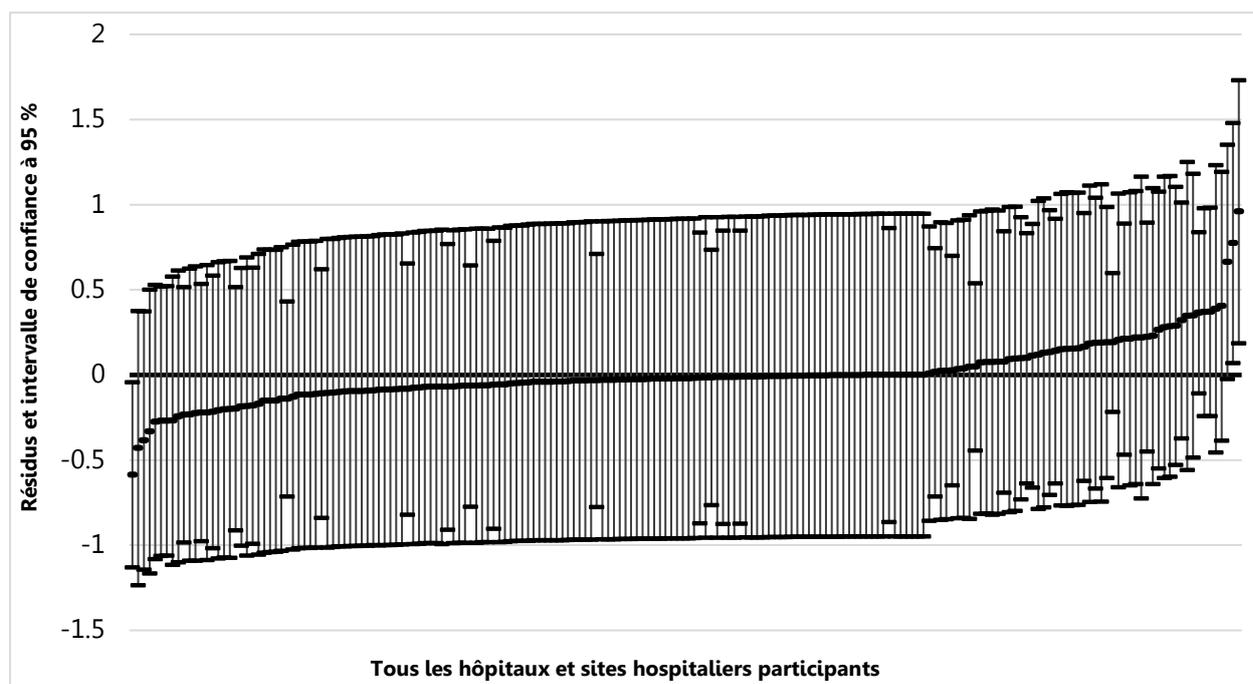
Les facteurs de risques relatifs aux patient-e-s pour les escarres des catégories 2-4 correspondent pour l'essentiel à ceux des escarres incluant la catégorie 1 (voir chap. 6.1). Dans le cas d'une évaluation positive sur l'échelle de Braden, le risque est même 7,5 fois plus élevé que dans le cas d'une évaluation négative. Cependant, la durée de l'hospitalisation est encore plus pertinente : dans le cas d'une hospitalisation supérieure à 28 jours, le risque est multiplié par sept. Cela signifie que plus la durée d'alitement augmente, plus le risque de contracter une escarre dans les catégories 2-4 plus graves augmente aussi. La dépendance

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 patientes et patients 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.

complète aux soins joue un rôle plus important que lorsque l'on inclut la catégorie 1. En outre, le spectre des diagnostics est modifié : le diabète mellitus et les accidents vasculaires cérébraux y apparaissent désormais.

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



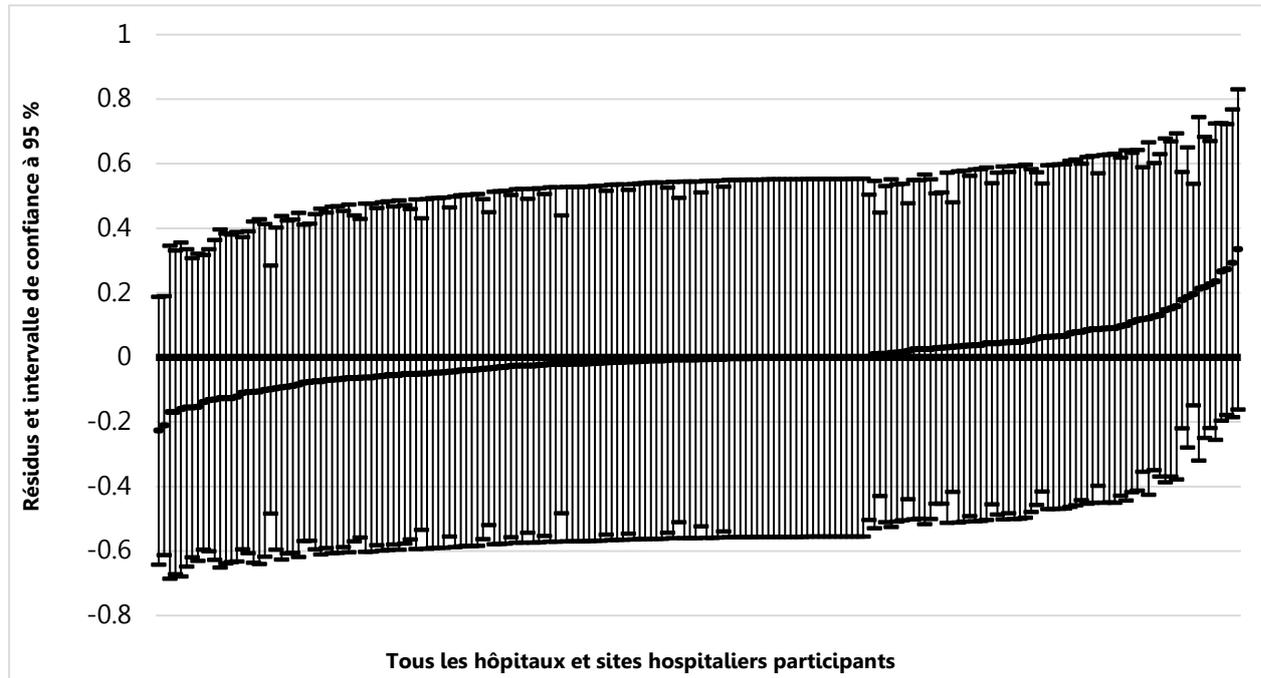
Trois hôpitaux s'écartent significativement de la moyenne dans l'évaluation de l'ensemble des hôpitaux. Là aussi, l'homogénéité est importante, mais elle est conditionnée par le nombre de cas encore plus faible, excluant la catégorie 1.

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. L'âge, la durée d'hospitalisation et la dépendance aux soins revêtent une grande importance. On observe une augmentation graduelle avec l'âge et la durée d'hospitalisation, alors que la dépendance complète aux soins n'est pas associée à un risque de chute accru, ce qui pourrait s'expliquer par l'immobilité des personnes.

La présence des signes cliniques cités augmente ou diminue le risque de chute. Les troubles psychiques et accidents vasculaires cérébraux ainsi que la démence s'y distinguent particulièrement comme facteurs 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 – 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

Avec les résultats de cette mesure 2015, c'est la cinquième 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

92 % des hôpitaux de soins aigus ayant adhéré au contrat qualité national de l'ANQ ont participé à la mesure. Les unités de soins participantes sont représentatives des hôpitaux de soins aigus de la Suisse.

76,4 % des personnes hospitalisées ont participé. Par rapport à l'année précédente, la participation a ainsi légèrement augmenté de 0,5 %. Il est probable que la procédure optimisée pour l'obtention de la déclaration de consentement y ait contribué. Cette participation reste toujours inférieure au taux visé de 80 % pour améliorer encore l'impact de la mesure. Il n'y a pas d'éléments clairs pouvant expliquer le taux de participation.

Sur le plan socio-démographique, 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 7,9 jours, soit assez proche de la moyenne suisse de 9,3 jours. Les groupes de diagnostics les plus fréquents étaient les maladies de l'appareil circulatoire, 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 2014, les groupes de diagnostics Maladies ostéo-articulaires, des muscles/tissu conjonctif, Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, Maladies de l'appareil circulatoire et digestif ainsi que Néoformations (= tumeurs) figurent au premier plan. 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 patientes et patients

Dans l'*analyse descriptive*, les personnes souffrant d'escarres ont en moyenne 8 ans de plus que l'échantillon global. Les personnes ayant contracté une escarre des catégories 2-4 à l'hôpital présentent beaucoup plus de groupes de diagnostics que la globalité des participant-e-s. En outre, elles sont bien plus dépendantes aux soins. Par ailleurs, on constate dans les données descriptives que l'évaluation clinique subjective du risque identifie moins de patient-e-s à risque par rapport à l'évaluation du risque avec l'échelle de Braden. Cette variable a été collectée pour la première fois en 2015.

L'*évaluation ajustée au risque* a permis de faire ressortir l'intérêt particulier de l'évaluation clinique subjective des infirmier-ère-s. Ici aussi, la dépendance aux soins s'est distinguée ; cependant, seule la dépendance complète est pertinente.

7.2.2 Taux de prévalence

Par rapport à l'année précédente, les taux descriptifs ont légèrement diminué, soit de 0,2 % pour les catégories 1-4, et légèrement augmenté, soit de 0,1 %, pour les catégories 2-4. Ces variations touchent tous les types d'hôpitaux, mais ne sont pas significatives sur le plan statistique. Par rapport à la première année de mesure de 2011, les taux ont chuté de 1,7 % (catégories 1-4) et de 0,2 % (catégories 2-4). Ces décalages sont cependant plutôt minimes et aléatoires. La diminution 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	2015	2014	2013	2012	2011
Acquises à l'hôpital, catégories 1-4	4.1	4.3	4.6	4.4	5.8
Acquises à l'hôpital, catégories 2-4	1.9	1.8	2.0	1.7	2.1

Avec 4,1 %, les données de la Suisse dans la comparaison mondiale (fourchette 0,6 %-15 %) présentent aussi des valeurs dans le tiers inférieur dans la mesure 2015 pour les catégories 1-4. Le taux suisse des catégories 2-4, avec 1,9%, est de nouveau dans la plage inférieure pour les valeurs comparatives dans les publications internationales (fourchette 1,2-5,9 %). La fourchette des valeurs publiées à l'international a également baissé par rapport à 2011. Ceci explique pourquoi les valeurs de la Suisse ne sont désormais plus significativement inférieures en comparaison des publications internationales. 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 internationale

Taux de prévalence	Suisse			Autriche			LPZ Pays-Bas		
	2015	2014	2013	2015	2014	2013	2015*	2014*	2013
Acquises à l'hôpital, catégories 1-4	4.1	4.3	4.6	1.7**	1.1**	0.9**	***	6.6	5.0
Acquises à l'hôpital, catégories 2-4	1.9	1.8	2.0	---	---	---	***	2.8	2.4

* aucun hôpital universitaire (non-participation)

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

*** rapport non encore publié

Avec 52,7 %, la catégorie 1 est la plus fréquente, suivie de la catégorie 2 avec 37,1 %. Ces résultats correspondent aux données des publications internationales. 10,2 % 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 patientes et patients

Dans l'*analyse descriptive*, la part des femmes est supérieure de 6,7 % à celle des hommes ; les personnes victimes d'une chute sont plus âgées d'environ 7,4 ans que l'échantillon global. La part des patientes et patients victimes d'une chute présentant une maladie de l'appareil circulatoire et une démence est nettement plus élevée que dans l'échantillon global. Ceci tendrait à montrer qu'il conviendrait de prendre des mesures de prévention spécifiques chez les personnes atteintes de démence. En outre, les personnes ayant chuté sont davantage dépendantes aux soins.

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 personnes hospitalisées complètement dépendantes 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 les troubles psychiatriques et la démence.

7.3.2 Taux de prévalence

Par rapport à l'année précédente, les taux de chutes ont légèrement baissé (0,6 %) ; par rapport à 2011, année de la première mesure, la diminution est de 1,3 %. Pour tous les types d'hôpitaux, l'on peut observer une légère baisse des taux, qui n'est cependant pas continue. Ces décalages sont plutôt minimes et aléatoires.

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

Taux de prévalence	2015	2014	2013	2012	2011
Chutes survenues en milieu hospitalier	3.0	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 0,2 et 13,8 %. Il l'est également si on le compare à celui de la collecte de données réalisée selon la méthode LPZ aux Pays-Bas, où les derniers taux disponibles étaient de 0,4–1,6 %. En Autriche (fourchette 2,7–3,0 %), ils sont légèrement plus bas ou égaux. Il conviendrait donc encore 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		
	2015	2014	2013	2015	2014	2013	2015	2014	2013*
Chutes survenues en milieu hospitalier	3.0	3.6	4.1	2.7	2.9	3.0	***	**	0.4

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

** aucune analyse des chutes selon les hôpitaux

*** rapport non encore publié

Dans la mesure suisse, les conséquences des chutes sont réparties autrement que dans les pays de comparaison LPZ (comparaison avec les résultats des trois derniers relevés). Par comparaison, plus de conséquences de chutes minimales et moyennes, ainsi qu'un peu plus (Pays-Bas) ou le même nombre (Autriche) 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'écarts 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 un peu plus fortement uniquement pour les escarres de catégorie 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 2015 constituait la cinquième 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 suivent une formation unifiée. Depuis la mesure 2014, la participation à la formation n'est plus obligatoire ; elle reste cependant très vivement recommandée auprès des nouveaux coordinateurs et nouvelles coordinatrices. Au cours de l'année

de mesure 2015, seulement un tiers environ des coordinateurs et coordinatrices ont suivi les formations. Cela pourrait expliquer l'augmentation des jeux de données contenant des données non plausibles ainsi que la saisie de données erronées.

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 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.

La participation plutôt faible des patient-e-s peut nuire à la représentativité de l'échantillon et entraîner une sous-estimation des taux de prévalence. Depuis la deuxième mesure, le consentement écrit est remplacé par le consentement oral afin de permettre un plus grand taux de participation. En raison de la procédure de consentement simplifiée en 2015, une participation plutôt plus élevée était attendue. 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 2015, sur mandat de l'ANQ, la BFH s'est appuyée sur les données mesurées pour estimer l'effet du procédé d'ajustement au risque clinico-théorique sur les résultats. Il s'est avéré que les deux procédés (l'ancien ainsi que le susmentionné) donnent des résultats très semblables. L'ancien procédé est donc toujours utilisé avec l'approche purement statistique de la modélisation du risque, bien qu'il n'ait permis jusqu'à présent de n'identifier que très peu d'hôpitaux, voire aucun, s'écartant de l'ensemble des hôpitaux.

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 patientes et patients ainsi qu'à leurs représentant-e-s et les motiver à participer.

Afin d'obtenir un taux de participation plus élevé, on pourrait envisager un travail de relations publiques renforcé, tout comme des formations complémentaires et le renforcement de la motivation du personnel de la mesure.

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 cette tendance pourrait se maintenir à l'avenir et que les taux suisses sont relativement bas dans la comparaison internationale, il s'agit 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. Se focaliser davantage sur les taux spécifiques aux unités de soins et sur les stratégies de prévention pourrait s'avérer utile.

8.3 Chutes survenues en milieu hospitalier

Au vu des taux de prévalence toujours élevés dans la comparaison internationale, il conviendrait de considérer comme revêtant une priorité extrême les interventions dans le processus de développement de la qualité. Les raisons doivent être analysées dans les hôpitaux afin d'introduire des améliorations ciblées.

Pratiquement aucune prévention des chutes n'était utilisée pour une grande part des personnes ayant chuté à l'hôpital. Les indicateurs des structures et des processus relevés depuis 2011 peuvent être utilisés pour les programmes de prévention. À cet égard, il est recommandé aux hôpitaux de développer des programmes multi-interventionnels en tenant compte des aspects de leadership et d'organisation interdisciplinaire, notamment dans les unités de soins non chirurgicales présentant une part élevée de personnes à risque. Il conviendrait de vérifier les connaissances du personnel soignant relatives aux risques de chutes, et au besoin de les approfondir par le biais de mesures de formation complémentaire.

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 2015, 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 patientes et patients 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 de la clientèle 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 participant-e-s. Tant que cette ligne coupe la ligne du zéro, on ne peut parler d'écart significatif sur le plan statistique.