



Mesure de prévalences Chutes et escarres Soins aigus adultes

Rapport comparatif national | Version abrégée

Mesure 2016

Mai 2017, 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 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).

En 2016, le procédé de mesure de l'Université de Maastricht (International Prevalence Measurement of Quality of Care), « LPZ International » a été réutilisé. Entièrement révisé, il se nomme désormais LPZ 2.0.

Les escarres ont été 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 acquises à l'hôpital. La mesure utilise la classification NPUAP-EPUAP-PPPIA à 6 catégories (au lieu des 4 précédentes).

Les chutes ont été 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. Désormais, les chutes lors de l'anamnèse (12 derniers mois) ont également été relevées comme facteur de risque, tout comme la prise de médicaments sédatifs et influençant le comportement.

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 8 novembre 2016. Le relevé concernait les patient-e-s hospitalisé-e-s le jour de la récolte des données. Les femmes des unités d'obstétrique ayant accouché en ont été exclues. Les patient-e-s ou leurs représentant-e-s ont donné au préalable leur consentement oral.

Deux infirmiers/ères (un-e interne, un-e externe) ont relevé les données directement au chevet du patient ou de la patiente (entre autres la présence d'escarres et/ou de risque d'escarre ou une chute à

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 »

l'hôpital au cours des 30 derniers jours). Le dossier Patient-e a servi de source pour toutes les autres questions.

Participant-e-s

Tous les 195 sites hospitaliers inscrits (114 hôpitaux et 29 groupes hospitaliers) ont participé. Parmi eux, il y avait 5 hôpitaux universitaires, 67 hôpitaux de prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux, 83 hôpitaux de soins de base et 40 cliniques spécialisées. En tout, 1 175 unités de soins ont participé.

Le jour de la mesure, 17 619 patient-e-s âgé-e-s d'au moins 18 ans étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux participants, dont 13 465 personnes avaient donné leur consentement pour participer à la mesure. Le taux de participation s'est élevé à 76,4%.

Résultats Escarres

Taux d'escarres

A l'échelle nationale, le *taux de prévalence totale (toutes catégories)* se situe à près de 7% et le *taux de prévalence à partir de la catégorie 2* à 3,8%. 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 4,4% (année précédente 4,1). En 2016, il a atteint la valeur la plus élevée des années de mesure antérieures. Le *taux de prévalence nosocomiale à partir de la catégorie 2* s'élève à 2,0% (année précédente 1,9) et a augmenté respectivement de 0,1% au cours des trois dernières années de mesure.

Comparaison pluriannuelle

Taux d'escarres en%	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Acquises à l'hôpital, toutes catégories	4,4	4,1	4,3	4,6	4,4	5,8
Acquises à l'hôpital, à partir de la catégorie 2	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. Le taux de prévalence nosocomiale totale à partir de la catégorie 2 se situe également dans la fourchette inférieure de ces valeurs de référence. Ces taux se situent toujours à un niveau quelque peu inférieur en Suisse par rapport aux trois dernières mesures LPZ effectuées aux Pays-Bas. En Autriche, ils sont nettement inférieurs à ceux de la Suisse.

La comparaison de l'année précédente montre une augmentation légère des taux de prévalence nosocomiale chez les participant-e-s présentant un *risque* d'escarres. Le taux de prévalence nosocomiale totale augmente ici de 1,7% à 14,2% et le taux de prévalence nosocomiale totale à partir de la catégorie 2 de 0,6% à 6,5%. Ces fluctuations sont de nature aléatoire.

Mais tandis que les taux de prévalence nosocomiale au *niveau de l'unité de soins* dans la plupart des types d'unité de soins ne varient que légèrement, leur hausse en Soins intensifs est frappante. Au cours des trois dernières années de mesure, le taux de prévalence à partir de la catégorie 2 a augmenté de plus de 3%. Cependant, les résultats sont comparables à ceux de la littérature, qui indique des taux semblables.

Ajustement au risque²

Dans la *comparaison des hôpitaux ajustée au risque*, 10 hôpitaux se distinguent de manière significative du total de tous les hôpitaux concernant le *taux de prévalence nosocomiale totale*, 3 se distinguent 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, Dépendance aux soins, Durée d'hospitalisation plus importante et Groupes de diagnostics CIM (maladies infectieuses et cardiovasculaires) définis de manière indépendante.

Pour les *escarres nosocomiales à partir de la catégorie 2*, les variables suivantes influencent le risque d'escarres : Évaluation clinique subjective positive, Durée d'hospitalisation plus importante, Dépendance aux soins, Groupes de diagnostics CIM (maladies infectieuses, cardiovasculaires et tissulaires ainsi que lésions traumatiques, empoisonnements et conséquences de causes externes) définis de manière indépendante.

Indicateurs de processus et de structure

La distribution des escarres conformément aux catégories de la classification du NPUPAP, de l'EPUAP et de la PPIA correspond aux données des publications internationales, où les escarres de catégories 1 et 2 se trouvent respectivement en majorité à la première et à la deuxième position. Les talons et le sacrum étaient les zones les plus touchées, ce qui correspond également aux données des publications internationales.

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'éducation du/de la patient-e et du recensement des risques. Au *niveau des structures*, il conviendrait de contrôler dans quelle mesure 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% (année précédente 3,0). L'augmentation par rapport à l'année précédente est de nature aléatoire.

Comparaison pluriannuelle

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

Bien que l'on enregistre une légère baisse des taux de chutes depuis le début de la mesure, en Suisse il est supérieur à celui des autres pays. Comparé aux autres pays LPZ, il est relativement élevé par rapport aux Pays-Bas, toutefois comparable en Autriche.

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.

L'étude a montré chez près d'1/3 des participant-e-s un risque de chute (chute au cours de l'anamnèse au cours des 12 derniers mois). Ces personnes avaient chuté trois fois plus souvent que les autres participant-e-s.

Au niveau des unités de soins, les taux dans les unités chirurgicales et non chirurgicales sont restés relativement stables. La réadaptation et la gériatrie aiguë ont présenté les taux de chutes les plus élevés.

Près de 40% des personnes ayant chuté à l'hôpital étaient touchées par des conséquences de chutes, résultant en un taux de blessures total de 41,3%. Ce résultat est plus élevé qu'en Autriche et se situe dans la fourchette supérieure des valeurs de référence internationales.

Ajustement au risque

Les variables suivantes influencent le risque de chute : Durée d'hospitalisation, Dépendance aux soins (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), Groupes de diagnostic CIM définis de manière indépendante (troubles mentaux et du comportement, maladies du sang, lésions traumatiques, empoisonnements et conséquences de causes externes).

Indicateurs de processus et de structure

La *documentation du risque de chutes* (chute dans l'anamnèse) manquait pour un bon tiers des patient-e-s à risque ainsi que chez 1/5 des personnes ayant chuté à l'hôpital. Chez près de 3/4 de tous les participant-e-s, des mesures de prévention de risque ont été mises en œuvre. Le nombre presque double de mesures chez les personnes ayant chuté pourrait indiquer que la chute déclenche un processus de sensibilisation.

Les résultats descriptifs des *indicateurs de processus et de structure* indiquent que des mesures de développement ont été introduites dans les hôpitaux. Pour l'instant, ils semblent se répercuter davantage encore au niveau de la structure qu'au niveau des processus et des résultats. Pour le développement des mesures d'amélioration de la qualité, il est 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

96% des hôpitaux de soins aigus ayant adhéré au contrat qualité national ont participé à la mesure. Les unités de soins participantes sont représentatives 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.

En 2016, l'étude a relevé pour la première fois le nombre de personnes n'ayant pas participé à la mesure en raison de connaissances linguistiques insuffisantes : il s'agit de 8,1% des non-participant-e-s. La rédaction de l'information à destination des patient-e-s et des proches dans les principales langues migratoires pourrait entraîner une augmentation du taux de participation à la mesure.

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 récentes montrent que les programmes de prévention efficaces sont plus économiques ici que le financement des soins.

Les soins intensifs présentent des taux croissants. Les publications traitant de la réduction des escarres dans les unités de soins intensifs décrivent des programmes d'amélioration de la qualité avec des interventions multiples spécifiques au milieu.

Pour les *chutes à l'hôpital*, pour lesquelles les taux sont supérieurs en comparaison internationale, les évolutions étaient plutôt hésitantes depuis le début de la mesure. Elles se manifestent davantage au niveau de la structure qu'au niveau des processus et des résultats. Il conviendrait de s'assurer à cet égard que les indicateurs existants au niveau de la structure (Directive, Groupes multidisciplinaires spécialisés) sont mis en œuvre durablement au niveau des processus. La culture de l'organisation (leadership, culture de la sécurité, communication, niveau du personnel et des patient-e-s) ainsi que les aspects de la participation des patient-e-s doivent faire l'objet d'une intégration active.

Dans les publications, une chute dans l'anamnèse est toujours considérée comme la variable prédictive la plus importante pour d'autres événements de chute. On constate ici une approche centralisée en matière de mesures d'amélioration, en particulier si l'on tient compte du fait que dans cette mesure, aucune évaluation du risque n'était documentée pour 1/3 des personnes concernées ayant fait une chute à l'hôpital.

Recommandations quant à la méthodologie

Sur la base des limites identifiées pour les *chutes à l'hôpital* dans l'ajustement au risque, il est recommandé d'adapter le questionnaire LPZ 2.0 (capacité de discrimination de la variable Chute dans l'anamnèse, relevé complet de la variable Médicaments sédatifs ou influençant le comportement).

La diminution du taux de chutes, mais aussi la réduction des blessures graves, donne des indications à propos de la qualité des soins. En ce sens, il est recommandé de vérifier dans quelle mesure la publication des taux de chutes à l'hôpital doit être complétée avec ceux des blessures.

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. En raison des taux variables au cours des années 2011 à 2016, 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.

De plus, cette mesure portant sur les chutes et escarres évolue dans les domaines d'action 3 (garantir et renforcer la qualité des soins) et 4 (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.