
Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres

Rapport de publication de la mesure 2011

Avril 2013 / Version 1.0



Table des matières

1	Introduction	1
2	Buts visés	1
3	Méthode	2
4	Éthique et protection des données	2
5	Résultats	3
5.1	Hôpitaux participants	3
5.2	Patient-e-s participant-e-s	3
5.3	Prévalence des escarres	3
5.4	Prévalence « Chute »	3
6	Résultats ajustés aux risques	4
6.1	Escarres contractées à l'hôpital	4
6.2	Escarres contractées à l'hôpital, hors degré 1	6
6.3	Chutes survenues en milieu hospitalier	7
7	Discussions et conclusions	8
7.1	Participant-e-s	9
7.2	Taux de prévalence des escarres nosocomiales	10
7.3	Indicateurs de structure « Escarres »	11
7.4	Taux de prévalence des chutes survenues à l'hôpital pour les patient-e/es	11
7.5	Indicateurs de structure « Chutes »	12
7.6	Comparaison des hôpitaux ajustée aux risques	12
7.7	Avantages et inconvénients	13
8	Recommandations	14



1 Introduction

L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) est responsable de la mesure des indicateurs de la qualité dans les hôpitaux suisses. Les hôpitaux participants se sont engagés à collaborer à des mesures de qualité menées périodiquement dans le cadre d'un contrat qualité national. Les affections nosocomiales liées aux escarres contractées à l'hôpital et aux chutes survenues à l'hôpital ont été définies comme étant des indicateurs de qualité des soins. Par conséquent, la participation des hôpitaux de soins aigus à la mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres était une partie intégrante au plan de mesure ANQ 2011.

L'ANQ a mandaté la Haute école spécialisée bernoise (HESB) pour organiser la mesure et préparer la récolte de données nationales. Pour la collecte des données en Suisse occidentale, la HESB a collaboré avec la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR) et la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI= École universitaire professionnelle de la Suisse italienne).

La première mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres a été effectuée le 8 novembre 2011. Elle a été réalisée à l'aide de la méthode « International Prevalence Measurement of Care Problems (LPZ) » de l'université de Maastricht. Jusqu'à ce moment-là, en Suisse, les données de prévalence concernant les indicateurs spécifiques aux soins, comme par exemple les chutes et escarres, étaient disponibles uniquement au niveau institutionnel ou avaient été estimées à partir des taux de complications qui avaient été rapportés par le personnel soignant.

Les résultats de la mesure doivent permettre d'acquérir des connaissances approfondies sur les caractéristiques des patient-e-s, des structures et des processus associées aux chutes et escarres, sur la fréquence (prévalence) de ces événements, ainsi que sur les mesures préventives à prendre et les traitements préventifs. De plus, il devrait être possible de comparer les résultats entre différentes institutions suisses et sur le plan internationale. Partant de là, des projets d'amélioration pourraient être mis en place dans les hôpitaux participants.

Dans ce rapport, les résultats les plus importants de l'analyse des données sont présentés à un niveau national. Le rapport final détaillé ne sera pas publié. Vous pourrez en demander une copie à l'ANQ.

2 Buts visés

Pour la première mesure des indicateurs de qualité des soins, les objectifs suivants ont été définis :

- Mesure du taux de prévalence de l'escarre nosocomiale de degrés 1 à 4¹,
- Mesure du taux de prévalence de l'escarre nosocomiale de degrés 2 à 4,
- Mesure du taux de prévalence des chutes survenues à l'hôpital,
- Description des indicateurs de structure et de processus concernant les chutes et escarres,
- Comparaisons ajustées aux risques (cf. page 2) des résultats des hôpitaux.

¹ Une escarre peut appartenir à quatre degrés différents. Le degré 1 est défini comme une rougeur sur la peau intacte non blanchie en cas de pression, les degrés 2 à 4 concernent des lésions de l'épiderme de différents niveaux de gravité, mais le degré 4 désigne la lésion épidermique la plus grave.



3 Méthode

La méthode de récolte de données est un processus établi, diffusée à l'échelle internationale et éprouvée qui a été conçue par l'université de Maastricht. Depuis 15 ans, l'institut chargé des mesures, « Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen » (LPZ), mesure les taux de prévalence annuels des phénomènes de soins aux Pays-Bas. Entre-temps, d'autres pays européens se sont impliqués dans ce processus.

Les indicateurs chutes et escarres mesurent les aspects partiels de la qualité des soins et du traitement. Dans le module de mesure « Chute » est intégrée la thématique des mesures de contention (MdC) en tant que facteur influençant les chutes de manière importante.

Après la préparation et la formation exhaustives des équipes en charge de la mesure, les données ont été récoltées le 8 novembre 2011, jour de référence. Les patient-e-s inclus-e-s dans cette mesure étaient âgé-e-s d'au moins 18 ans, hospitalisé-e-s lors du jour de référence. Les patient-e-s admis-e-s en pédiatrie et les nourrissons des unités du post-partum étaient exclu-e-s de la mesure. La récolte de données auprès des femmes ayant accouché a été laissée à la libre appréciation des hôpitaux. La plupart du temps, les patient-e-s ayant participé à la mesure ont dû fournir une déclaration de consentement écrit, selon leur canton.

L'indicateur « Escarres » concernait une mesure de la prévalence ponctuelle au moment de la collecte de données. L'indicateur « Chutes » concernait une mesure de la prévalence périodique, qui se rapporte aux 30 derniers jours ou à la période située entre l'admission et la date de la mesure. Le jour de la mesure, deux infirmier-ière-s par unité de soins réalisèrent les mesures. En plus de la mesure des escarres et des chutes, d'autres données relatives aux patient-e-s, à l'hôpital et à l'unité de soins ont été récoltées. Dans un premier temps, les données ont été analysées de façon descriptive et elles ont été ensuite analysées en utilisant la méthode d'ajustement des risques².

4 Éthique et protection des données

Les commissions d'éthique ont donné leur consentement selon une procédure définie pour les études multicentriques du CT-CER « Swiss Ethics ». Les patient-e-s, leurs proches ou leur représentant-e légal-e, ont dû confirmer par écrit leur participation à la mesure 2011. Seuls les cantons d'Argovie et de Soleure n'exigeaient pas obligatoirement un consentement écrit.

Toutes les données relatives aux patient-e-s ont été récoltées de manière anonyme (pseudonymisation). Une déclaration relative à la protection des données a été rédigée par l'Université de Maastricht afin de protéger aussi bien les données des patient-e-s que celles des institutions. Celle-ci est disponible en ligne à l'adresse : <https://che.lpz-um.eu/fra/mesure-lpz/protection-des-donnees>

Le règlement de l'ANQ portant sur les données V.10 est la référence pour l'ensemble des mesures de l'ANQ :

http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/francais/20111005_QVertrag_Anhang6_DatenreglementV10_def_fr.pdf

² Lors de la mesure de la prévalence, les hôpitaux ont été comparés les uns aux autres en fonction de la qualité des soins qu'ils produisent. Lors d'une telle comparaison, l'état de santé général des patient-e-s et le degré de la maladie traitée jouent un rôle décisif car les patient-e-s peuvent présenter des résultats associés aux soins différents et ce, même si la qualité des soins prodigués était la même. Aussi, un résultat moins bon ne signifie pas automatiquement que la qualité des soins prodigués était moins bonne. Pour dresser une comparaison pertinente, il devient par conséquent important de tenir compte des facteurs de risque des patient-e-s en utilisant une méthode statistique, connue sous le nom d'ajustement des risques



5 Résultats

5.1 Hôpitaux participants

Au total, 112 hôpitaux et groupes hospitaliers ont participé à la première mesure nationale de la prévalence. Parmi eux, 51,8 % étaient des établissements publics, 48,5 % des hôpitaux privés et 2,7 % présentaient une autre forme juridique.

5.2 Patient-e-s participant-e-s

Le jour de la mesure, 15'566 patient-e-s de plus de 18 ans étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux participants ; 10'608 personnes (68,1 %) ont participé à la mesure. La moyenne d'âge des participant-e-s était de 65,3 ans et 51,9 % d'entre eux/elles était des femmes. La durée d'hospitalisation moyenne jusqu'au jour de la mesure était de 9,7 jours. 39,4 % des participants ont subi une intervention chirurgicale dans les deux semaines précédant la mesure. En ce qui concerne les tableaux cliniques, des différences ont été relevées en fonction de l'orientation principale des soins et des spécialisations des hôpitaux.

5.3 Prévalence des escarres

5.3.1 Patient-e-s avec une escarre

Au total, 9,4 % des 10'606 participant-e-s présentent une escarre. Ce taux comprend la prévalence globale, c'est-à-dire les patient-e-s qui ont été admis-e-s à l'hôpital alors qu'ils ou elles avaient déjà une escarre, et les patient-e-s qui ont contracté une escarre à l'hôpital. Le nombre de femmes touchées (51,9 %) était supérieur à celui des hommes. L'âge moyen de ces patient-e-s est de 74,9 ans. 33,3 % des personnes concernées ont subi une opération dans les deux semaines précédant la mesure.

Sur l'ensemble des hôpitaux participants, la prévalence des escarres nosocomiales de degrés 1 à 4 était de 5,8 %. Au total, 619 patient-e-s ont contracté une escarre à l'hôpital. La prévalence des escarres nosocomiales de degrés 2 à 4 était de 2,1 %.

5.3.2 Mesures de prévention

Pour les patient-e-s à risque, différents matelas de prévention des escarres ont été utilisés. En guise de prévention générale, diverses mesures ont été mises en œuvre chez les patient-e-s à risque. En cas d'interventions, le changement de position et les soins de la peau sont primordiaux.

5.4 Prévalence « Chute »

5.4.1 Patient-e-s victimes d'une chute

Au total, à peine un cinquième (19,7 %) des participant-e-s ont chuté durant les 30 jours précédant la mesure au moins une fois avant ou pendant l'hospitalisation. La majorité de ces patient-e-s, ayant chuté dans les 30 jours précédant la mesure, étaient des femmes (54,8 %). L'âge moyen de ces personnes était de 72,2 ans. 30,7 % avaient subi une intervention dans les deux semaines précédant la mesure. Au total, chez 22,3 % des personnes concernées sont survenues des chutes répétées (au moins 2), le plus souvent en dehors de l'hôpital.

21,6 % des chutes enregistrées ont eu lieu pendant l'hospitalisation. Pour l'ensemble des participant-e-s, la prévalence moyenne des chutes survenues à l'hôpital est de 4,3 % pour tous les types d'hôpitaux.

Parmi les causes principales, les problèmes de santé physique se trouvaient en tête (43 %) suivi des facteurs liés à l'environnement (36,4 %). On remarque que la cause des chutes est rarement connue pour les



celles survenues en dehors de l'hôpital. Pour les chutes survenues en dehors et au sein de l'hôpital, il y avait de grandes différences au niveau des leurs conséquences. Les fractures du bassin consécutives aux chutes apparaissaient de manière nettement plus fréquentes si les chutes étaient survenues avant l'hospitalisation que si elles étaient survenues pendant l'hospitalisation et elles apparaissent très probablement comme étant la cause de l'hospitalisation.

5.4.2 Mesures de prévention

La mesure à prendre la plus fréquente en prévention des chutes est l'information directe destinée aux patient-e-s. Pour ce qui est des autres mesures entreprises, de grandes différences existent selon les types d'hôpitaux.

Chez 6,3 % des patient-e-s qui n'ont pas chuté et chez 20,9 % des patient-e-s qui ont chuté, des mesures de contention sont appliquées. La mesure la plus souvent utilisée est le lit à barreaux.

En ce qui concerne les mesures appliquées pour la prévention des chutes et des lésions chez les personnes qui ont chuté, on peut déduire que des mesures complexes sont souvent mises en œuvre pour prévenir les chutes. Le choix ou la combinaison des mesures semble varier. Des mesures de prévention des lésions sont rarement appliquées.

6 Résultats ajustés aux risques

Les comparaisons après ajustement des risques des indicateurs d'escarres nosocomiales de degrés 1 à 4, d'escarres nosocomiales de degrés 2 à 4 et des chutes survenues à l'hôpital, ont révélé que les résultats des hôpitaux étaient très homogènes. Lors de la comparaison des résultats des hôpitaux, seuls quelques résultats divergents ont été relevés.

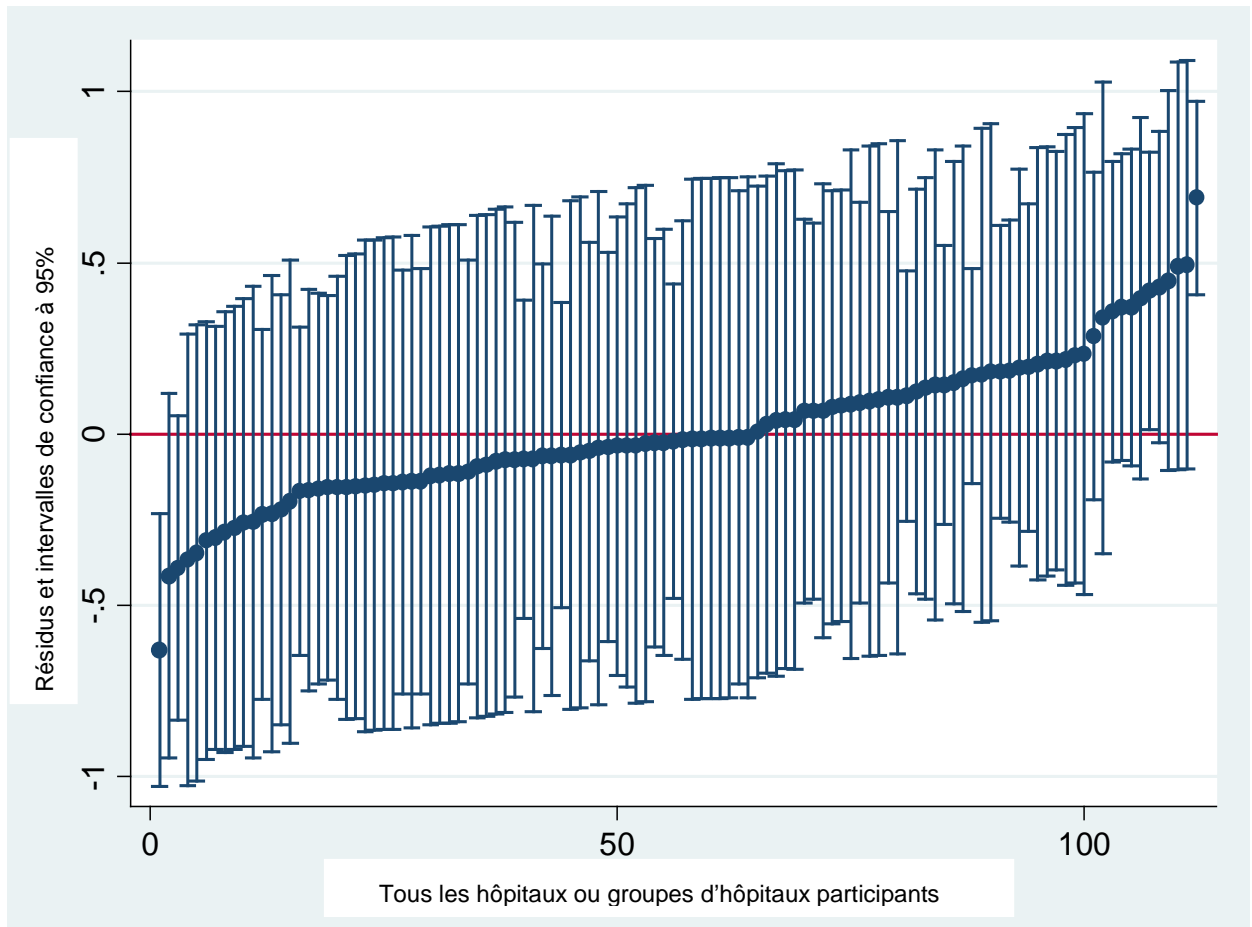
6.1 Escarres contractées à l'hôpital

Une méthode statistique précise (régression logique) est utilisée pour déterminer les caractéristiques qui représentent un risque de contraction d'une escarre.

Dans la procédure LPZ, l'échelle de Braden est utilisée pour évaluer le risque d'escarre. Les patient-e-s présentant un résultat de 20 ou moins sur l'échelle de Braden présentent un risque d'escarre cinq fois supérieur à celui des patient-e-s ayant obtenu un résultat supérieur à 20. La durée de l'hospitalisation joue également un rôle : le risque augmente parallèlement à la durée. Les patient-e-s hospitalisé-e-s depuis plus de 28 jours présentent un risque d'escarre 3,8 fois plus élevé que celles ou ceux dont l'hospitalisation est inférieure à 7 jours. L'âge est également une caractéristique indépendante : le risque est plus de 2 fois plus élevé chez les patient-e-s âgé-e-s de plus de 75 ans que chez celles ou ceux âgé-e-s de moins de 55 ans. Enfin, une intervention chirurgicale et divers signes cliniques accroissent le risque d'escarre, indépendamment les uns des autres.



Image 1³ : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou groupes d'hôpitaux participants – prévalence des escarres nosocomiales tous degrés (1 à 4)



La référence est l'ensemble des hôpitaux participants. Comme la structure des risques se base sur un grand échantillon, les résultats sont statistiquement très significatifs.

Les chiffres situés dans la zone positive montrent une plus grande fréquence des escarres après ajustement des risques dans l'hôpital concerné. Les chiffres situés dans la zone négative révèlent une fréquence des escarres plus faible que la moyenne (représentée par la ligne du zéro) dans tous les hôpitaux. Il s'avère que seuls trois hôpitaux s'écartent significativement de l'ensemble des hôpitaux : leurs intervalles de confiance ne coupent pas la ligne du zéro. Autrement dit, compte tenu des caractéristiques des patient-e-s évoquées, on constate une homogénéité relative entre les hôpitaux. Un facteur qui contribue certainement à ce phénomène est le petit nombre de cas dans un grand nombre d'hôpitaux, ce qui donne des intervalles de confiance très larges. Ceux-ci reflètent le degré de certitude statistique avec laquelle les résultats doivent être interprétés.

³ Vous trouverez les explications pour la lecture du graphique à la fin du rapport

⁴ Un intervalle de confiance à 95 % est une évaluation statistique qui décrit la fourchette dans laquelle est comprise la valeur réelle, avec une probabilité d'erreur de 5 %. De même, les mesures sont toujours influencées par des contextes, comme par ex. lors de la mesure auprès des patient-e-s présent-e-s, en cas de fluctuations saisonnières, en cas d'erreurs de mesure, entre autres. Par conséquent, les valeurs mesurées ne restituent la valeur réelle que de façon approximative. Celle-ci se trouve dans la zone de l'intervalle de confiance, avec une probabilité d'erreur de 5 %.



Exemple de lecture du graphique en prenant deux points représentant les données de deux hôpitaux situés tout à droite : ces deux points se situent au-dessus de la ligne du zéro. La différence entre les deux est que l'hôpital situé le plus à droite a son intervalle de confiance qui ne coupe pas la ligne du zéro, tandis que l'hôpital situé juste à sa gauche la coupe. Bien que les deux hôpitaux comptent davantage d'escarres que la moyenne, le constat n'est statistiquement significatif que pour l'hôpital situé tout à droite. Pour celui situé juste à sa gauche, l'incertitude statistique est plus grande, ce qui s'explique essentiellement par un nombre plus restreint de patient-e-s participant-e-s.

6.2 Escarres contractées à l'hôpital, hors degré 1

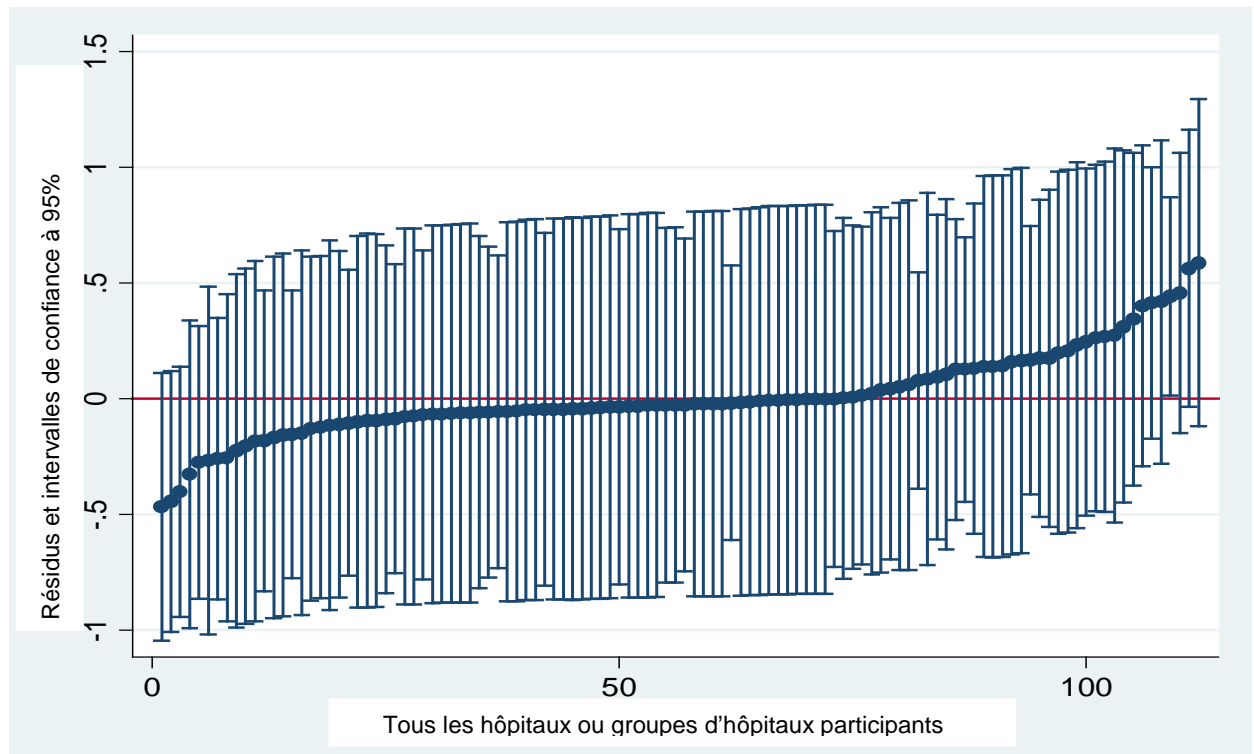
Comme décrit dans la littérature spécialisée, il est très difficile d'établir le diagnostic d'escarres de degré 1. Une bonne prévention permet pourtant d'éviter les lésions cutanées. C'est pourquoi les escarres de degré 1 acquises à l'hôpital font l'objet d'une analyse distincte.

La différence entre les escarres de degré 1 et celles hors degré 1 se manifeste par une structure des risques modifiée. Là encore, un score de Braden ≤ 20 est un facteur de risque important qui augmente avec la durée d'hospitalisation. En effet, les patient-e-s hospitalisé-e-s plus de 28 jours présentent un risque 8 fois plus élevé que celles ou ceux hospitalisé-e-s moins de 7 jours. Ce qui est nouveau est aussi la pertinence élevée des maladies infectieuses, dont la proportion a doublé par rapport à l'analyse précédente. Ici, l'âge ne représente plus un facteur de risque, contrairement au sexe masculin et ce, bien que ce dernier ne représente pas, lui non plus, une caractéristique significative.

Compte tenu de ces variables, les résultats ajustés aux risques pour les escarres contractées à l'hôpital hors degré 1 sont les suivants :



Image 2⁵: **résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou groupes d'hôpitaux participants – escarres nosocomiales hors degré 1**



L'analyse globale montre qu'un seul hôpital s'écarte de manière significative de la moyenne. Là aussi, l'homogénéité est importante. Cependant, elle s'explique par un nombre de cas encore plus petit par rapport au chapitre 6.1.

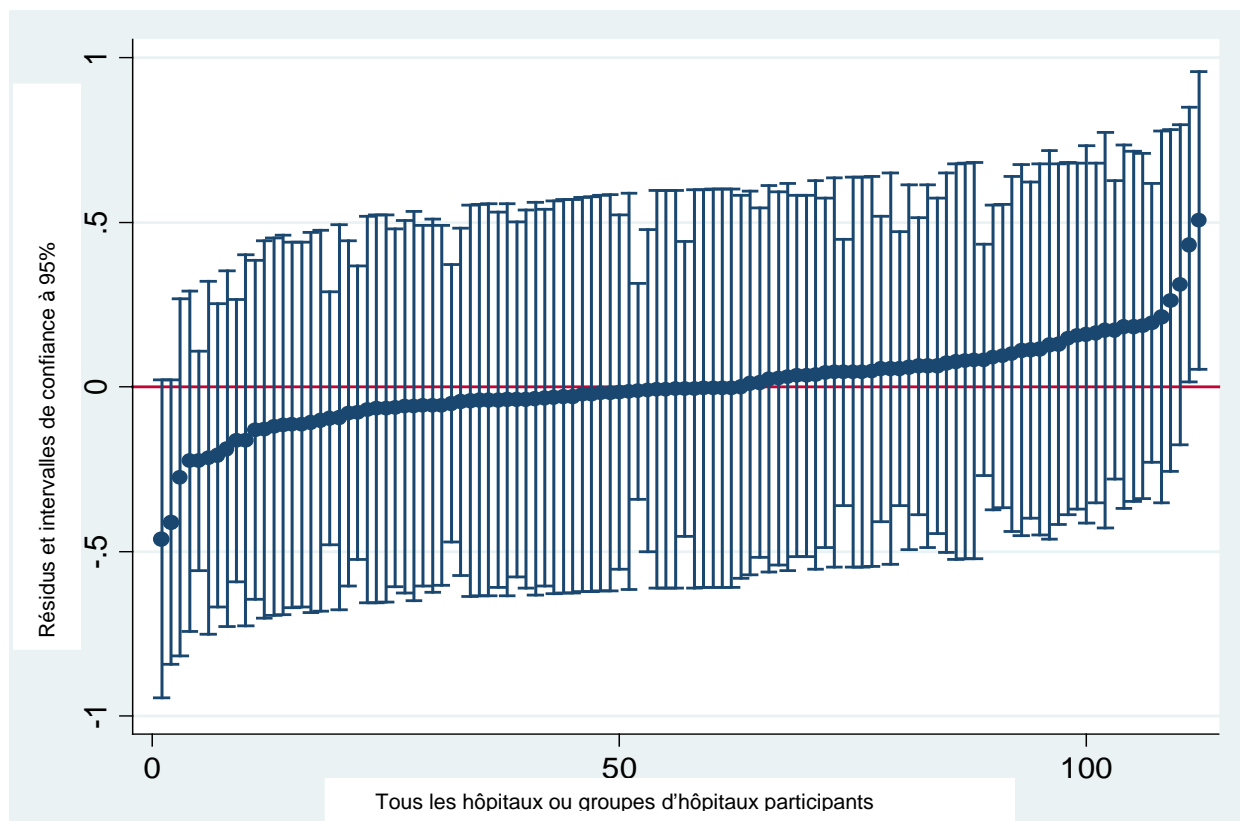
6.3 Chutes survenues en milieu hospitalier

Comme pour les escarres, on détermine également les facteurs de risque des chutes à l'aide de la méthode statistique mentionnée. Par rapport aux femmes, les hommes ont un risque de chute plus élevé de 50 %. Le risque augmente aussi nettement avec la durée de l'hospitalisation. Par rapport aux patient-e-s hospitalisé-e-s moins d'une semaine, celles ou ceux hospitalisé-e-s entre 8 et 28 jours ont un risque 3,5 fois plus élevé. Celles ou ceux hospitalisé-e-s plus de 29 jours présentent un risque 7,5 fois plus élevé. Le risque de chute augmente également avec l'âge. Les signes cliniques mentionnés peuvent augmenter ou diminuer le risque de chute, indépendamment les uns des autres. Sont également considérés comme des risques les troubles psychiques et cognitifs, ainsi que les déficiences des organes des sens, notamment. Une intervention chirurgicale fait office de « facteur protecteur », car elle réduit le risque de moitié. Enfin, le besoin de soins pour les activités de la vie quotidienne est associé à un risque de chute plus élevé.

⁵ Vous trouverez des explications pour la lecture du graphique à la fin du rapport



Image 3 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou groupes d'hôpitaux participants - chutes à l'hôpital



On constate que deux hôpitaux s'écartent significativement de la moyenne, dans le sens clinique négatif, du fait que leurs intervalles de confiance ne coupent pas la ligne du zéro. Par ailleurs, on note ici aussi une homogénéité relative des hôpitaux ou groupes d'hôpitaux.

7 Discussions et conclusions

En établissant une comparaison directe avec les mesures LPZ d'autres pays, et également avec d'autres mesures de la prévalence, les points suivants ressortent : les taux des escarres contractées à l'hôpital de degrés 1 à 4 et 2 à 4 restent relativement faibles. À l'inverse, le taux des chutes survenues à l'hôpital reste relativement élevé par rapport aux autres pays.

La participation plutôt faible des patient-e-s peut nuire à la représentativité de l'échantillon. Par conséquent, il n'est pas encore possible de tirer de nombreuses déductions et recommandations en rapport avec la pratique des soins à partir des résultats présents. D'où la nécessité d'autres mesures et d'un taux de participation plus élevé.

Les résultats présentés dans le rapport final par type d'hôpital permettent aux hôpitaux de comparer leurs résultats par rapport à ceux relatifs au type d'hôpital auquel ils appartiennent. La comparaison doit permettre d'évaluer les structures, processus et résultats internes qui sont orientés sur les indicateurs et de montrer un potentiel d'optimisation, par exemple l'amélioration de la qualité des soins.

⁶ Vous trouverez des explications pour la lecture du graphique à la fin du rapport



7.1 Participant-e-s

Cent douze hôpitaux issus de tous les cantons ont participé à la mesure 2011 ; c'est-à-dire environ 80 % des hôpitaux de soins aigus suisses. La participation fut à ce point élevée parce qu'elle était une composante contractuelle du plan de mesure ANQ 2011. Les unités de soins participantes à la mesure sont représentatives des unités de soins des hôpitaux de soins aigus de la Suisse.

On remarque un écart avec les autres pays, en ce qui concerne une faible participation des patient-e-s à la mesure (68,1 %). Pour les trois dernières mesures LPZ (avec déclaration de consentement oral) aux Pays-Bas, elle était de 94 % et pour la mesure effectuée en Autriche (avec consentement éclairé par écrit), elle était de 78,2 %. Comparé à la Suisse et par rapport à la population totale, un plus petit nombre d'hôpitaux ont participé dans ces pays à la mesure sur une base volontaire.

Sur 31,9 % des personnes vivant en Suisse qui n'ont pas participé, 58,5 % ont refusé leur participation. Dix-sept pour cent n'étaient pas disponibles pour la mesure. En ce qui concerne le refus de participer, il apparaît important de mieux informer le public sur l'obligation des hôpitaux de garantir des soins de qualité. Les patient-e-s peuvent ainsi connaître l'importance que revêt cette mesure pour l'assurance qualité en milieu hospitalier et les bénéfices directs qu'ils ou elles peuvent en retirer. Parmi les autres raisons expliquant un niveau de participation faible, on peut mentionner :

- le consentement éclairé par écrit et les différences au niveau des procédures pour le demander. Ce dernier représentait notamment un véritable défi chez les patient-e-s à risques : un grand nombre de personnes âgées ont refusé car la signature est obligatoire pour participer. Peut-être n'étaient-elles pas capables de décider par elles-mêmes. Peut-être que les proches ou les représentant-e-s légaux/légales n'étaient pas atteignables en temps utile ;
- des évaluations différentes selon les commissions éthiques cantonales en ce qui concerne la déclaration de consentement et la mise à disposition dans un très faible laps de temps des documents idoines destinés à informer les patient-e-s

Dans l'ensemble, il est difficile de déterminer l'influence de chaque facteur sur la participation à la mesure. Il faut partir du principe que la participation est influencée par plusieurs facteurs.

Les données sociodémographiques des patient-e-s participant-e-s portent sur la population hospitalisée dans les hôpitaux suisses. Il faut cependant veiller à ce que les données de la mesure tiennent compte de la durée d'hospitalisation jusqu'au jour de la mesure et non de la durée d'hospitalisation complète. La durée d'hospitalisation moyenne est de 9,7 jours d'après les statistiques des hôpitaux (BFS, 2010), soit tout près de la moyenne suisse qui est de 9,64 jours. Seul-e-s quelques patient-e-s sont hospitalisé-e-s plus longtemps. Près de 40 % des personnes hospitalisées devaient subir une opération dans un hôpital de soins aigus. Les maladies cardiovasculaires, les troubles de l'appareil locomoteur, les maladies des reins et des voies urinaires, les troubles de l'appareil digestif, ainsi que les troubles de l'appareil respiratoire sont les diagnostics les plus fréquents de cette mesure. Selon les statistiques médicales des hôpitaux (BFS, 2010), les lésions, les systèmes osseux et musculaires, le système cardiovasculaire, le système digestif et les néoplasmes apparaissent au premier plan. Ainsi, une certaine concordance peut être observée avec les données relevées, même si elle n'est pas parfaite.

On peut constater que seul-e-s quelques participant-e-s ont besoin d'une aide pour les activités de la vie quotidienne et les tâches ménagères. Cela pourrait signifier qu'un grand nombre de patient-e-s fortement dépendant-e-s des soins ne peut pas participer à la mesure de la prévalence.



7.2 Taux de prévalence des escarres nosocomiales

7.2.1 Caractéristiques des patient-e-s avec une escarre nosocomiale

Les patient-e-s souffrant d'escarres nosocomiales sont en moyenne plus souvent des hommes et ont 6 ans de plus que l'échantillon global. Ces patient-e-s ont été plus souvent opéré-e-s dans les deux dernières semaines que l'échantillon global.

En comparant les signes cliniques des patient-e-s hospitalisé-e-s en général avec les patient-e-s souffrant d'escarres nosocomiales, il ressort que ces dernier-ère-s présentent beaucoup plus de signes cliniques. Ces patient-e-s sont également plus dépendant-e-s au niveau de l'aide que l'échantillon global.

L'influence de l'âge sur le risque d'escarre apparaît également dans l'analyse ajustée au risque, mais uniquement pour l'apparition d'escarres de degré 1. Si l'on ne tient pas compte du degré 1, l'âge ne représente plus un facteur significatif. Le sexe masculin ne joue pas un rôle significatif pour les deux indicateurs d'escarres. Ces résultats concordent avec ceux issus de la recherche internationale.

7.2.2 Taux de prévalence des escarres nosocomiales

Comparés aux taux de prévalence, les résultats des hôpitaux sont répartis de manière relativement égale. Avec une prévalence nosocomiale de 5,8 %, les données de la Suisse présentent en comparaison mondiale (fourchette entre 5,0 % et 11,6 %) des valeurs plus basses. Pour les taux de prévalence nosocomiale excluant le degré 1, la mesure nationale de la Suisse indique, avec une valeur moyenne de 2,1 % pour tous les types d'hôpitaux, un taux plus bas que dans les publications internationales, dans lesquelles les valeurs indiquées sont comprises entre 3,1 % et 6,3 %. Dans les types d'unités de soins, les patient-e-s se trouvant dans les unités de soins intensifs et les unités de surveillance/IMC/surveillance cardiaque souffrent d'escarres nosocomiales hors degré 1. Ces résultats correspondent à ceux des publications internationales et à ceux des revues spécialisées suisses.

Concernant la prévalence des escarres hors degré 1 chez les patient-e-s à risque, les résultats de la prévalence globale dans les hôpitaux suisses (7,7 %), comparés à la prévalence indiquée dans les publications internationales (fourchette comprise entre 6,1 % et 15,6 %), montrent qu'elle se situe dans la partie inférieure de la fourchette.

Concernant la prévalence des escarres nosocomiales hors degré 1 chez les patient-e-s à risque, le résultat des hôpitaux suisses (4,0 %) est inférieur aux taux de prévalence indiqués dans les publications (entre 5,3 % et 11,2 %). Il est possible que ce résultat soit lié au faible taux de réponse. Il pourrait également être lié au fait que les patient-e-s à risque soient peut-être sous-représentés dans la mesure.

Concernant le degré des escarres survenues à l'hôpital, le plus fréquent est le degré 1 avec une part de 65 % pour la prévalence nosocomiale. Le deuxième degré le plus fréquent est le degré 2 avec 28 %. Ces résultats correspondent aux données des publications internationales.

Les escarres apparaissent le plus souvent sur les talons, puis sur le siège et sur le sacrum. Là aussi, ces résultats correspondent aux données des publications internationales.

En comparaison nationale, on constate que les résultats des cliniques spécialisées diffèrent en partie de ceux des autres types d'hôpitaux. Il est possible que cela ait un lien avec le faible nombre de chutes et les caractéristiques spécifiques des patient-e-s de ces établissements.

Le taux de réponse laisse supposer que le taux de prévalence des escarres nosocomiales devrait être plus élevé (voir chapitre 7.1). En effet, on peut vraisemblablement supposer qu'une partie des patient-e-s à risque n'a pas participé à la mesure.



7.3 Indicateurs de structure « Escarres »

Les indicateurs de structure au niveau de l'hôpital et au niveau de l'unité de soins se composent de divers éléments d'un système d'assurance qualité, comme par exemple la présence de spécialistes qualifié-e-s, de normes et de directives, de matériel de prévention et de systèmes de recensement, de formations continues pour le personnel soignant et de brochures d'informations pour les patient-e-s.

Les résultats au niveau des hôpitaux montrent de grosses différences en ce qui concerne la disponibilité des indicateurs selon le type d'hôpital. En comparaison internationale avec les mesures LPZ de ces trois dernières années aux Pays-Bas et en Autriche, la disponibilité des normes et directives était à peu près la même dans les hôpitaux suisses. L'indicateur pour les informations standardisées lors d'un transfert affiche un meilleur résultat en comparaison internationale. Les résultats concernant la disponibilité des spécialistes et d'un groupe de spécialistes sont comparables aux résultats autrichiens et sont légèrement inférieurs aux résultats des deux dernières années aux Pays-Bas. Les résultats nationaux concernant la mise à disposition des formations continues sur le thème des escarres et d'un registre centralisé des patient-e-s atteint-e-s d'escarres tendent à être inférieurs aux résultats internationaux. Les résultats pour les brochures d'information sont légèrement supérieurs à ceux de l'Autriche, mais restent bien en-dessous de ceux des Pays-Bas sur les deux dernières années.

Au niveau de l'unité de soins, les hôpitaux suisses présentent des valeurs identiques, voire légèrement supérieures à celles des Pays-Bas pour les informations standardisées lors du transfert, pour la mise à disposition du matériel de prévention, ainsi que pour l'identification des risques. En revanche, les brochures d'information sont beaucoup moins présentes qu'aux Pays-Bas. De même, la tenue de tables rondes mono disciplinaires et multidisciplinaires est moins fréquente en Suisse.

7.4 Taux de prévalence des chutes survenues à l'hôpital pour les patient-e/es

7.4.1 Caractéristiques des patient-e-s victimes d'une chute

En comparaison avec l'échantillon global, on observe les points suivants : la participation des femmes est plus élevée de 2,9 %. Les personnes concernées ont, en moyenne, environ 6,9 ans de plus. Et, la part des personnes victimes d'une chute qui ont été opérées dans les deux semaines précédant la mesure, est plus faible d'environ 8,7 %

En comparant les signes cliniques de l'ensemble des personnes hospitalisées avec ceux des patient-e-s victimes d'une chute, on constate chez ces derniers qu'il y a davantage de patient-e-s victimes d'un accident (17,2 %) ainsi que de patient-e-s atteint-e-s d'une maladie cardiovasculaire (7,8 %) que dans l'échantillon global. Les maladies des reins et des voies urinaires, les maladies des organes génitaux (4,6 % plus élevé), les troubles psychiques (4 % plus élevé), les troubles de l'appareil locomoteur (2,5 % plus élevé) et les maladies du sang (2,0 % plus élevé) sont également plus fréquents que dans l'échantillon global. Ces patient-e-s sont plus dépendants au niveau de l'aide que l'échantillon global.

Ces résultats s'avèrent en partie différents dans l'analyse ajustée au risque. En tenant compte de plusieurs autres facteurs, il s'avère que le sexe masculin présente ici un risque de chute plus élevé. Cependant, l'âge et l'intervention chirurgicale sont également considérés comme significatifs dans l'analyse ajustée au risque. En outre, de nombreux signes cliniques sont fortement associés à un risque de chute. Il en va de même pour l'effet « positif » d'une intervention chirurgicale. Comme il y a une plus grande probabilité à ce que le/la patient-e opéré-e devienne immobile après l'opération, cette dernière a des répercussion sur le risque de chutes en tant que facteur de protection. Les caractéristiques identifiées dans la présente analyse coïncident à quelques détails près avec les facteurs de risque relevé dans les publications internationales.



7.4.2 Taux de prévalence des chutes survenues à l'hôpital pour les patient-e/es

En comparaison internationale, le pourcentage des chutes survenues dans les hôpitaux suisses est relativement élevé. Cela vaut notamment aussi en comparaison avec les mesures réalisées selon la méthode LPZ. Alors que le taux de prévalence dans les hôpitaux suisses pour tous les types d'hôpitaux est de 4,3 %, les derniers taux disponibles pour les Pays-Bas et l'Autriche indiquent respectivement 1,5 % et 3,2 %. En comparaison nationale, on constate ici aussi que les résultats des cliniques spécialisées diffèrent en partie de ceux des autres types d'hôpitaux. Cela pourrait être lié au faible nombre de cas de chutes et aux caractéristiques spécifiques des patient-e-s de ces établissements.

Dans la mesure suisse, les données sur les conséquences des chutes ne sont pas réparties de la même manière que dans les deux dernières mesures LPZ des autres pays. On remarque que les conséquences de chute légères (33,8 %) et moyennement graves (20,6 %) sont plus importantes que dans celles relevées dans les mesures LPZ (respectivement environ 20 % et 14 à 16 %). En revanche, les valeurs sont semblables pour les blessures graves (37,7 %) et beaucoup plus basses pour les fractures de la hanche (7,9 %) que dans les mesures LPZ (respectivement 30 à 46 % et 20 à 35 %). Toutefois, il convient de noter que, pour les chutes survenues à l'hôpital, les données sur les conséquences des chutes sont uniquement disponibles pour un tiers des chutes. Ici, la question qui se pose est de savoir si la documentation incomplète des chutes survenues à l'hôpital ou la logique des questionnaires LPZ a contribué à ce résultat et de quelle manière. En effet, on constate pour les indicateurs de structure que la majorité des hôpitaux ont enregistré des chutes.

7.5 Indicateurs de structure « Chutes »

Les indicateurs de structure relatifs aux chutes regroupent, par exemple, les normes existantes sur la prévention des chutes, le recensement continu des chutes, l'évaluation du risque de chute lors de l'hospitalisation, etc. Les résultats au niveau de l'hôpital indiquent également une différence quant à leur disponibilité entre les types d'hôpitaux en Suisse. Le recensement des chutes dans les hôpitaux suisses est identique à celui des autres mesures LPZ de ces trois dernières années aux Pays-Bas et en Autriche. La transmission des informations lors du transfert de patient-e-s a lieu plus souvent qu'aux Pays-Bas, mais moins souvent qu'en Autriche.

La disponibilité d'une norme ou d'une directive sur la prévention des chutes est considérablement plus faible en comparaison internationale. Pour les autres indicateurs, la disponibilité dans les hôpitaux suisses tend également à être plus faible en comparaison internationale.

Au niveau de l'unité de soins, les hôpitaux suisses montrent une plus grande disponibilité concernant les mesures de prévention avec les patient-e-s et les informations standardisées lors du transfert de patient-e-s que les hôpitaux néerlandais et autrichiens. Dans les autres domaines, on remarque moins de grandes différences quant à la disponibilité. En comparaison internationale, il y a globalement en Suisse moins d'indicateurs de structure relatifs aux chutes que d'indicateurs de structure relatifs aux escarres.

7.6 Comparaison des hôpitaux ajustée aux risques

Les résultats révèlent une forte homogénéité pour les trois indicateurs. Seuls quelques hôpitaux se démarquent véritablement de l'ensemble des hôpitaux. Plusieurs raisons peuvent expliquer le peu de différences. Il se peut que cela soit lié à la méthode adoptée pour la modélisation hiérarchique. Comme chacun sait, celle-ci a tendance à donner des résultats « conservateurs ». En d'autres termes, il faut s'attendre avec ces méthodes à trouver quelques écarts statistiques en raison de l'ajustement global.

Une autre explication pourrait résider dans le faible nombre de chutes dans chaque hôpital. Comme le suggère par exemple la comparaison des graphiques des hôpitaux universitaires avec les autres types



d'hôpitaux, les intervalles de confiance à 95 % indiqués pour les résidus sont également influencés par le nombre de chutes des patient-e-s participant-e-s. Les hôpitaux universitaires présentant un nombre de chutes relativement élevé ont comme prévu des intervalles de confiance plus restreints que les autres types d'hôpitaux.

Il en va de même pour la comparaison entre les hôpitaux de même type. En observant la comparaison entre les hôpitaux universitaires pour les escarres, l'hôpital qui s'écarte négativement au sens clinique présente non seulement les taux de prévalence non ajustés les plus élevés, mais également le plus grand nombre de chutes. Cette association des taux de prévalence et du nombre de chutes conduit vraisemblablement à un écart statistique. En bref : les petits hôpitaux n'ont avec cette méthode pratiquement aucune probabilité de présenter des valeurs statistiques aberrantes. D'un côté, cela peut être vu comme un inconvénient, mais de l'autre, cela peut être considéré comme une protection pour les plus petits hôpitaux. Les plus petits hôpitaux présentent un risque nettement plus grand pour les taux de prévalence qui peuvent être accidentellement élevés lors du jour de la mesure. Si cette situation n'est pas prise en compte, la comparabilité est considérablement limitée.

La comparaison ajustée aux risques des hôpitaux peut de la même façon être encore plus précise si l'échelle de dépendance aux soins (EDS) est prise en compte pour l'ensemble des hôpitaux. Dans nos calculs de test, l'EDS a montré un lien fort pour l'ensemble des indicateurs. Ce lien est également confirmé dans les publications. L'EDS sera prise en compte dans tous les hôpitaux pour les mesures à venir.

7.7 Avantages et inconvénients

Il convient de noter qu'il s'agit de la première mesure à l'échelle de la Suisse. En fonction des expériences des partenaires LPZ et afin d'assurer la qualité des données, l'ensemble des coordinateurs ou coordinatrices des hôpitaux ont reçu une même formation aussi bien par la HESB et que par ses partenaires. Les documents de formation ont été élaborés de manière structurée avec un contenu défini à l'avance et le manuel d'utilisation de la mesure a été conçu de manière détaillée. En outre, un service téléphonique a été mis à disposition la veille et le jour de la mesure.

La participation plutôt faible des patient-e-s peut nuire à la représentativité de l'échantillon. Pour la deuxième mesure, un facteur influençant la faible participation sera atténué. Selon les accords convenus avec les Commissions cantonales d'éthique, les participant-e-s ne sont plus tenu-e-s de déclarer leur consentement éclairé par écrit.

Les prochaines mesures doivent viser une participation minimale de 80 %, car celle-ci permet une meilleure comparabilité des données avec les mesures LPZ et les études internationales.

La procédure d'évaluation établie par la première mesure est un autre avantage de cette méthode. Les résultats conduisent à des ajustements au niveau de l'organisation de la mesure et des instruments utilisés pour la récolte des données. Globalement, l'organisation de la mesure et la mesure en soi ont été évaluées positivement par les participant-e-s.

L'analyse par groupe hospitalier selon la typologie hospitalière de l'Office fédéral de la statistique (OFS) de 2006 signifie que les établissements avec un mandat de prestations disparate se sont vus attribuer un seul type d'hôpital. Par conséquent, les différents mandats de prestations n'ont pas pu être pris en compte. Cela peut amener à ce que des hôpitaux ne puissent pas se comparer avec les types d'hôpitaux idoines. Cette imprécision ne peut pas être évitée en raison de la typologie de l'OFS.

L'un des avantages incontestables de cette mesure est la possibilité de dresser une comparaison internationale.



La principale force de cette première mesure nationale de la prévalence est la taille de l'échantillon qui permet une meilleure représentativité des données et une méthode statistique de grande envergure, deux conditions nécessaires pour un ajustement correct.

8 Recommandations

Suite à la première mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres réalisée en Suisse, il n'est pas encore possible de tirer de nombreuses recommandations. Ce qui est sûr, c'est que les mesures répétées permettent aux hôpitaux de contrôler et éventuellement d'ajuster leur qualité. La mesure peut devenir plus précise si la récolte des données relatives à l'EDS pour les patient-e-s devienne obligatoire dans tous les hôpitaux.

En comparaison internationale, les taux de prévalence indiquent que la qualité peut être jugée bonne en ce qui concerne les indicateurs relatifs aux soins pour les escarres. Les efforts mis en œuvre pour la prévention des chutes semblent ne pas connaître un grand succès. Ici, une réduction plus importante du nombre de chutes peut être envisagée.

Les analyses tendanciennes des mesures répétées dans le contexte international suggèrent que les taux de prévalence tendent à être de plus en plus bas, tandis que la sensibilisation aux indicateurs mesurés et l'utilisation ciblée de traitement et de mesures préventives gagnent en importance. Il est ainsi possible d'observer une amélioration des résultats en optimisant la pratique clinique sur le plan procédural.

Compte tenu de l'opposition entre l'homogénéité des résultats ajustés aux risques en comparant les hôpitaux et la grande dispersion concernant les mesures introduites et les indicateurs de structure utilisés, la question qui se pose est de savoir dans quelle mesure les mesures de prévention et de traitement existantes ou introduites sont efficaces et efficientes.

En observant de plus près cette mesure, la question qui se pose est de savoir dans quelle mesure les mesures préventives et le traitement des escarres correspondent respectivement à l'état actuel de la science et à la situation actuelle.

En observant les résultats, il apparaît qu'une grande partie des patient-e-s victimes d'une chute n'ont pas reçu de mesures préventives des lésions. Dans l'anamnèse, on remarque qu'une chute est considérée comme le facteur primordial pour les autres chutes. Un grand potentiel existe donc ici pour le développement de la qualité.

Les résultats internationaux montrent qu'une répétition de la mesure de la prévalence entraîne une augmentation de la disponibilité des indicateurs de structure. À ce sujet, des publications ont constaté un lien possible entre la stratégie de qualité au niveau de l'hôpital et la qualité de la prévention au niveau de l'unité de soins. D'autres facteurs, tels que la culture organisationnelle et l'ambiance de travail, semblent être moins pertinents. Les résultats sur la disponibilité des indicateurs de qualité relatifs à la structure et au processus peuvent pousser les hôpitaux à réaliser des études comparatives et peuvent être à la base du processus d'optimisation.

La mesure nationale de la prévalence donne pour la première fois aux hôpitaux la possibilité de revoir ou d'améliorer non seulement les éléments d'assurance qualité sur le plan structurel, mais aussi leur pratique basée sur des données probantes et l'efficacité des mesures et stratégies de prévention mis en place. En attendant d'acquiescer de solides recommandations, les établissements peuvent suivre les directives et recommandations actuelles (par ex. les normes du DNQP) et prendre en compte les nouvelles publications de recherche pour comparer leur pratique des soins avec les normes publiées



Explications pour la lecture des graphiques

Les patient-e-s présentent différents risques de contracter une escarre à l'hôpital ou de chuter au cours de leur hospitalisation (par ex. l'âge, la durée de l'hospitalisation, la maladie sous-jacente, etc.). Par conséquent, il s'ensuit différents types de patient-e-s dans les hôpitaux (structure des risques). Pour que les résultats des hôpitaux puissent être comparés de façon équitable, ces risques sont comparés au moyen d'une méthode statistique appropriée (ajustée). La ligne du zéro représente la valeur de tous les hôpitaux participants à la mesure, si leur structure des risques était la même. Chaque point (résidu) indique la valeur calculée d'un hôpital ; il tient à nouveau compte de la structure des risques. Les valeurs situées au-dessus de la ligne du zéro indiquent une plus grande fréquence des escarres ou des chutes ; les valeurs situées en-dessous de la ligne du zéro indiquent une fréquence des escarres ou un nombre de chutes plus faible par rapport à la moyenne de tous les hôpitaux.

Chaque ligne verticale, sur laquelle se trouve le point correspondant, indique l'intervalle de confiance (intervalle de confiance à 95 %) d'un hôpital. L'intervalle de confiance représente 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 pas parler d'un écart statistique important (significatif).