

Indicateur de qualité non recommandés n° 3

# Relevés de référence d'indicateurs de résultats de complications thérapeutiques évitables

À l'instar de la saisie des chutes et des escarres par l'association ANQ

**Indicateurs de résultats enregistrant la survenue de complications thérapeutiques évitables dans un établissement médical sous la forme d'un relevé à une date de référence.**

## QI 3a (escarre)

**Numérateur** Nombre de patients hospitalisés avec une escarre noso-comiale (au moins 1 lésion) à une date de référence (prévalence ponctuelle)  
**Dénominateur** Tous les patient(e)s hospitalisé(e)s à la date de référence  
**Intervalle** Annuellement

## QI 3b (chute)

**Numérateur** Nombre de patient(e)s hospitalisé(e)s le jour de référence qui ont subi une chute au cours de l'hospitalisation actuelle (période de référence jusqu'à 30 jours rétrospectivement)  
**Dénominateur** Tous les patient(e)s hospitalisé(e)s à la date de référence  
**Intervalle** Annuellement

## Description

A ce jour (2021), l'absence de données médicales de routine structurées disponibles à des fins d'évaluation sur l'ensemble du territoire fait obstacle à la réalisation d'enquêtes valides et interins-titutionnelles sur la qualité des traitements [1]. Dans de nombreux domaines cliniques, il n'est pas possible, à l'heure actuelle, de réaliser des collectes continues et anonymes de données médicales cliniquement pertinentes et des données administratives associées nécessaires à leur interprétation moyennant un effort financier et humain raisonnable. En l'absence de ces éléments, il s'est parfois imposé de procéder à titre substitutif à des relevés à une date de référence. En Suisse, les hôpitaux de soins aigus enregistrent chaque année, dans le cadre de contrats-cadres avec les assureurs-maladie, la survenue d'escarres et de chutes nosocomiales au cours de l'hospitalisation à une date de référence. Les restrictions de la prévalence ponctuelle sont discutées ci-après, avec comme exemple l'indicateurs utilisé par l'association ANQ pour mesurer la prévalence des escarres et des chutes nosocomiales [2–4].

## Analyse et points critiques de l'indicateur (MacLean CH, NEJM 2018)

Domaines	Signification	Appréciation	Motifs
1	<b>Importance:</b> l'utilisation de l'indicateur entraînera une amélioration mesurable et significative des critères cliniques (impact important, écart de performance)	<b>Oui</b>	Les risques de survenue d'une escarre ou d'une chute peuvent être réduits par des mesures appropriées.
2	<b>Traitement approprié:</b> éviter la surutilisation et la sous-utilisation	<b>Oui</b>	La prévention des chutes nosocomiales et des escarres offre un fort potentiel de réduction de la morbidité et de la mortalité. Ces deux indicateurs servent de substitution à la qualité des prestations de soins fournies dans le cadre du traitement stationnaire.
3	<b>Preuve clinique de haute qualité</b>	<b>Partielle-</b> <b>ment</b>	Il existe des études randomisées sur la prévention des escarres [5] et sur la prévention des chutes [6]. Aucune étude n'a évalué l'utilisation de l'ANQ et l'amélioration de la pratique clinique.
4	<b>Validité et fiabilité</b>	<b>Non</b>	Les relevés à la date de référence sont des mesures transversales qui présentent des limites méthodologiques et statistiques les rendant généralement inappropriées en tant qu'instrument de mesure de la qualité du traitement. Les enquêtes transversales recensent des caractéristiques à un moment donné et ne peuvent donner aucune indication sur l'évolution dans le temps. Lors du relevé des résultats, il est important d'enregistrer les changements dans le problème sous-jacent (p. ex. la gravité d'une escarre peut être de degré I un jour et de degré III quelques jours plus tard). En cas d'événements irréguliers et d'événements avec des variations temporelles, les relevés transversaux sont sujets à des distorsions et ne sont pas adaptés à l'évaluation de la qualité des soins.  La méthode LPZ 2.0 utilisée par l'ANQ présente en outre des lacunes spécifiques qui empêchent d'assimiler les résultats du relevé à des substituts pour la qualité de traitement. Le consentement du patient étant nécessaire pour sa participation à l'enquête, la population de patients est encore plus faussée.
5	<b>Applicabilité:</b> peut être influencée par les médecins, est applicable (clarté, charge de travail)	<b>Non</b>	En raison des lacunes méthodologiques, les indicateurs actuellement saisis ne sont pas utiles. Une saisie complète des résultats avec des indicateurs de processus est nécessaire pour stimuler et surveiller un cycle PDCA.

## Bibliographie

1. Santé publique Suisse, *Manifeste – De meilleures données de santé pour un système de santé plus efficace*. 2013; <https://gesundheitsmanifest.ch/de/gesundheitsdaten/kommende-symposien/>; last access 22.02.2020
2. ANQ, *opportunités et limites des mesures de la qualité de l'ANQ*. [https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ\\_Chancen\\_Grenzen\\_Messungen.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ_Chancen_Grenzen_Messungen.pdf)
3. *Indicateurs de soins – chutes*. <https://ch.lpz-um.eu/de/CareIndicators/Falls>
4. *Concept d'évaluation ANQ – Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres, version 6.0*. Avril 2020, [https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ\\_Sturz\\_Dekubitus\\_Auswertungskonzept.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ_Sturz_Dekubitus_Auswertungskonzept.pdf); last access 10.02.2020
5. *Surveillance of Pressure ulcers prevention and management (2014, mise à jour 2018)*. NICE guideline CG179; <https://www.nice.org.uk/guidance/cg179/evidence/appendix-a-summary-of-evidence-from-surveillance-pdf-6601266686>
6. *Falls Assessment and prevention of falls in older people*. 2013, NICE guidance number CG 161; <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/evidence/falls-full-guidance-190033741>

## Conclusion

Sur la base des points susmentionnés, la commission de qualité a conclu que l'indicateur actuellement utilisé n'était pas approprié pour contrôler la pratique clinique et stimuler un cycle PDCA. L'analyse détaillée figure à l'annexe.

## Critères d'évaluation

- orientation en fonction des directives et normes validées
- présentation de la qualité sur la base d'indicateurs
- évaluation par un tiers
- orientation vers le patient (Patient Reported Outcome)
- benchmarking
- prise en compte de plusieurs perspectives
- peer-review
- cycle PDCA
- déclarations sur la qualité du résultat

## ANNEXE

### Relevés de référence d'indicateurs de résultats de complications thérapeutiques évitables

#### Description

A ce jour (2021), l'absence de données médicales de routine structurées disponibles à des fins d'évaluation sur l'ensemble du territoire fait obstacle à la réalisation d'enquêtes valides et interinstitutionnelles sur la qualité des traitements [1]. Dans de nombreux domaines cliniques, il n'est pas possible, à l'heure actuelle, de réaliser des collectes continues et anonymes de données médicales cliniquement pertinentes et des données administratives associées nécessaires à leur interprétation moyennant un effort financier et humain raisonnable. En l'absence de ces éléments, il s'est parfois imposé de procéder à titre substitutif à des relevés à une date de référence.

En Suisse, les  pitaux de soins aigus sont souvent contraints par des contrats-cadres conclus avec les assureurs-maladie d'enregistrer chaque année la survenue d'escarres et de chutes nosocomiales au cours de l'hospitalisation sur la base de la prévalence ponctuelle ou périodique à une date de référence. Les escarres et les chutes sont considérées comme deux complications thérapeutiques qui peuvent être largement évitées par des mesures de soins appropriées. La collecte des données de prévalence est donc considérée comme un substitut à la qualité des prestations de soins fournies dans le cadre du traitement stationnaire.

### **Vérification et mise en œuvre dans le quotidien du cabinet**

Depuis 2010, l'association ANQ collecte deux indicateurs permettant d'évaluer la prévalence des escarres acquises par voie nosocomiale ainsi que des chutes durant une hospitalisation, en guise de substitut à la qualité des prestations de soins dans les  pitaux de soins aigus.

Les données sont collectées à une date de référence de l'année par du personnel hospitalier spécialement formé selon la méthode de collecte et d'évaluation LPZ (International Prevalence Measurement of Quality of Care) de l'Université de Maastricht. La méthode LPZ a été mise au point en 1998 aux Pays-Bas afin de surveiller la prévalence nationale des escarres et des chutes dans les  pitaux de soins somatiques aigus, sans qu'un étalonnage comparatif des différentes institutions n'ait été envisagé. Dans l'intervalle, les instruments d'enquête associés à la méthode ont été perfectionnés (Adaptation des questionnaires, LPZ 2.0), mais ils sont toujours basés sur des mesures à une date de référence et ne constituent pas un recensement complet, l'accord des patients étant requis.

En Suisse, la méthodologie a été adaptée de manière à ce que les résultats des enquêtes de prévalence soient analysés en fonction des  pitaux et publiés en comparaison avec le résultat moyen de tous les  pitaux participants. Les données de chaque institution, collectées à la date de référence au moyen d'un questionnaire standardisé sont ajustées sur les risques afin de tenir compte des facteurs de confusion associés aux institutions et aux patients. Pour déterminer les facteurs de confusion, les données de toutes les institutions sont regroupées et analysées au moyen d'une analyse de régression multiple. Toutes les variables qui, selon cette analyse, présentent une corrélation statistiquement significative concernant les résultats «escarre» ou «chute» sont prises en compte en tant que facteurs de confusion pour la modélisation statistique dans les évaluations relatives aux  pitaux. Le modèle d'ajustement statistique inclut donc potentiellement chaque année d'autres variables, indépendamment des preuves de situations pathogènes entraînant l'apparition des résultats «escarre» ou «chute».

Ainsi sont calculés les points de données se rapportant à l' pital («r sidual»). Ils indiquent la différence respectivement entre la valeur individuelle estimée de l' pital (avec un intervalle de confiance à 95 %) et une valeur attendue qui correspond à la valeur moyenne de tous les  pitaux. Les points de données dont les intervalles de confiance ne correspondent pas à la moyenne divergent de manière statistiquement significative de la moyenne. Les écarts dans la plage mathématique négative correspondent à un taux de résultats significativement plus bas sur le plan statistique et sont interprétés comme l'expression d'une qualité de traitement supérieure à la moyenne.

## Critique

Les relevés à la date de référence sont des mesures transversales qui présentent des limites méthodologiques et statistiques les rendant généralement inappropriées en tant qu'instrument de mesure de la qualité du traitement. La méthode LPZ 2.0 utilisée par l'ANQ présente en outre des lacunes spécifiques qui empêchent d'assimiler les résultats de l'enquête à des substituts pour la qualité de traitement.

Les enquêtes transversales reflètent les caractéristiques d'une population observée à un moment donné et ne peuvent donner aucune indication sur l'évolution dans le temps. Lors de l'enquête sur les résultats, il est important de relever les changements dans le problème sous-jacent (p. ex. la gravité d'une escarre peut être de degré I un jour et de degré III quelques jours plus tard). En cas d'événements irréguliers et d'événements avec des variations temporelles, les relevés transversaux sont sujets à des distorsions et ne sont pas adaptés à l'évaluation de la qualité des soins. Comme un consentement est nécessaire, la population de patients est encore plus faussée. Les lacunes méthodologiques ne peuvent être comblées par des méthodes statistiques. Une comparaison déloyale entre les hôpitaux comptant un nombre élevé de patient(e)s traité(e)s et leur mandat de prestations, à savoir des patient(e)s morbides présentant un risque accru (p. ex. escarre ou chute), n'est pas corrigée de manière adéquate. Il est donc important de comparer des unités de traitement comparables lorsqu'un benchmarking est judicieux. La «typologie des hôpitaux» de l'Office fédéral de la statistique (OFS), qui distingue les hôpitaux universitaires, les centres de soins, les hôpitaux généraux, les médecins de premier recours et les cliniques spécialisées, est insuffisante à cet égard. Dans l'affichage des résultats, les sites faisant l'objet d'un mandat de prestations mixte sont comparés à un type d'hôpital qui ne correspond pas au mandat de prestations réel du site [4]. En outre, les résultats sont édulcorés lorsque des cliniques présentant des risques différents (p. ex. patient(e)s d'une clinique ophtalmologique universitaire et patient(e)s d'une unité universitaire de soins intensifs) sont évalués dans un pot mixte.

L'ajustement du risque mérite d'être mentionné positivement. Malheureusement, le choix de la méthode est défavorable [4] et devrait être basé sur des facteurs plausibles et cliniquement pertinents qui doivent également être pris en compte (p. ex. délire, médication complète, statut nutritionnel, lésions cutanées prédisposantes) [5, 6]. Les indicateurs actuellement utilisés ne sont pas suffisamment adaptés pour contrôler les incitations à l'amélioration de la qualité et un cycle PDCA.

## Conclusion

Les taux de survenue de complications indésirables du traitement comme substitut de la qualité du traitement devraient, le cas échéant, être obtenus via des enquêtes exhaustives représentatives. Un benchmarking ultérieur ne devrait être effectué qu'après ajustement, pour tenir compte des variables d'influence cliniquement pertinentes relevées de manière suffisamment détaillées et des variables reflétant pertinemment l'infrastructure institutionnelle. Pour les résultats qui, outre la qualité du traitement, dépendent de nombreux autres facteurs d'influence (parfois non opérationnalisables), les indicateurs de résultats devraient être complétés par des indicateurs de processus pertinents reflétant également les efforts déployés pour influencer le mieux possible le

résultat. Une institution présentant une prévalence minimale d'escarres et de chutes nosocomiales et qui ne recourt à aucune mesure de prévention doit être évaluée différemment d'une institution à prévalence plus élevée qui applique systématiquement des mesures de prévention.

### **Bibliographie**

1. Santé publique Suisse, *Manifeste – De meilleures données de santé pour un système de santé plus efficace*. 2013; <https://gesundheitsmanifest.ch/de/gesundheitsdaten/kommende-symposien/>; last access 22.02.2020
2. ANQ, *Chances et limites des mesures de la qualité de l'ANQ*. [https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ\\_Chancen\\_Grenzen\\_Messungen.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ_Chancen_Grenzen_Messungen.pdf)
3. *Indicateurs de soins – chutes*. <https://ch.lpz-um.eu/de/CareIndicators/Falls>
4. *Concept d'évaluation ANQ – Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres, version 6.0*. Avril 2020, [https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ\\_Sturz\\_Dekubitus\\_Auswertungskonzept.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ_Sturz_Dekubitus_Auswertungskonzept.pdf) ; last access 10.02.2020
5. *Surveillance of Pressure ulcers prevention and management (2014, mise à jour 2018)*. NICE guideline CG179; <https://www.nice.org.uk/guidance/cg179/evidence/appendix-a-summary-of-evidence-from-surveillance-pdf-6601266686>
6. *Falls Assessment and prevention of falls in older people*. 2013, NICE guidance number CG 161; <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/evidence/falls-full-guidance-190033741>