
Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres

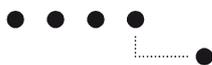
Rapport final de la mesure 2011

Novembre 2012 / Version 1.4



Table des matières

| | |
|---|------------|
| Résumé | 1 |
| 1 Introduction | 3 |
| 1.1 Contexte | 3 |
| 1.2 Définitions | 4 |
| 2 Etat actuel des connaissances | 7 |
| 2.1 Indicateur « Escarres » | 7 |
| 2.2 Indicateur « Chutes » | 9 |
| 2.3 Indicateurs de structure « Chutes » et « Escarres » | 12 |
| 3 Buts visés et problématique | 14 |
| 4 Méthode | 15 |
| 4.1 Devis | 15 |
| 4.2 Échantillon et participant-e-s | 15 |
| 4.3 Aspects éthiques | 17 |
| 4.4 Analyse des données | 17 |
| 5 Résultats | 20 |
| 5.1 Hôpitaux participants | 20 |
| 5.2 Patient-e-s participant-e-s | 24 |
| 5.3 Indicateur « Escarres » | 29 |
| 5.4 Indicateur « Chutes » | 45 |
| 6 Ajustement des résultats au risque | 64 |
| 6.1 Escarres attrapées à l'hôpital | 64 |
| 6.2 Escarres attrapées à l'hôpital, hors degré 1 | 68 |
| 6.3 Chutes à l'hôpital | 72 |
| 7 Discussions et conclusions | 76 |
| 7.1 Participant-e-s | 76 |
| 7.2 Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital | 77 |
| 7.3 Indicateurs de structure « Escarres » | 79 |
| 7.4 Taux de prévalence des patient-e-s victimes d'une chute à l'hôpital | 79 |
| 7.5 Indicateurs de structure « Chutes » | 80 |
| 7.6 Comparaison des hôpitaux ajustée aux risques | 81 |
| 7.7 Avantages et inconvénients | 81 |
| 8 Recommandations | 83 |
| 9 Bibliographie | 85 |
| Annexes | 90 |
| Liste des figures | 99 |
| Liste des tableaux | 100 |
| Liste des abréviations | 102 |
| Mentions légales | 104 |



Résumé

Contexte

L'« Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques » (ANQ) est responsable de la mesure des indicateurs de 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 infections nosocomiales liées aux escarres contractées à l'hôpital et les chutes survenues à l'hôpital ont été définies comme étant des indicateurs de qualité des soins.

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 4,
- 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 liés aux chutes et aux escarres,
- Comparaison des résultats des hôpitaux après ajustement des risques.

Méthode

Après une préparation et une formation exhaustives du personnel des hôpitaux participant à la mesure, les données ont été récoltées au cours du mois de novembre 2011. Cette étude concernait tous/toutes les patient-e-s âgé-e-s de 18 ans ou plus hospitalisé-e-s le jour de la mesure, à l'exception des patient-e-s admis-e-s en pédiatrie et des jeunes enfants admis dans l'unité de soins post-partum. La participation à la mesure 2011 des femmes ayant accouché est à la libre appréciation des hôpitaux.

Les instruments utilisés pour la mesure s'appuient essentiellement sur les mesures réalisées périodiquement depuis plusieurs années aux Pays-Bas ainsi que dans le monde entier, « International Prevalence Measurement of Care Problems » (Pays-Bas : LPZ). La mesure est effectuée par l'université de Maastricht. Aujourd'hui, la procédure LPZ est appliquée dans plusieurs pays européens et permet de réaliser des comparaisons. L'indicateur « Escarres » concerne la mesure de la prévalence ponctuelle au moment de la collecte de données et l'indicateur « Chutes » se rapporte à la mesure de la prévalence périodique, qui concerne les 30 derniers jours ou à la période comprise entre l'entrée à l'hôpital (admission) et la date de la mesure. Deux membres du personnel soignant par unité de soins ont procédé aux mesures le jour de la collecte, soit le 8 novembre 2011. 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. La plupart du temps, les patient-e-s participant-e-s à la mesure ont dû fournir une déclaration de consentement écrit selon la réglementation en vigueur dans leur canton.

Dans un premier temps, les données ont été analysées de façon descriptive. L'ajustement des risques multivariés a été réalisé par une analyse de régression logique et hiérarchique. Les évaluations descriptives et multivariées ont été réalisées et présentées sur la base de la typologie de l'hôpital utilisée officiellement par l'office fédéral de la statistique (OFS).



Résultats

Cent douze hôpitaux, dans lesquels 15'566 patient-e-s étaient hospitalisé-e-s et réparti-e-s sur 1'042 unités de soins, ont participé à la mesure du 8 novembre 2011 selon les critères d'intégration. Parmi les patient-e-s hospitalisé-e-s, 10'606 personnes (68,1 %) ont pris part à la mesure. La moyenne d'âge des participant-e-s était de 65,3 ans et 51,9 % d'entre eux étaient des femmes. La durée moyenne du séjour, de la date d'entrée à l'hôpital à la date de la mesure, était de 9,7 jours.

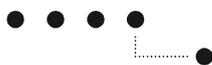
Pour l'ensemble des hôpitaux participants, la prévalence des escarres nosocomiales de degrés 1 à 4 était de 5,8 %. La prévalence des escarres nosocomiales de degrés 2 à 4 était de 2,1 %. Le taux de prévalence des chutes survenues à l'hôpital était de 4,3 %.

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, réalisées à l'aide d'une méthode de régression logique et hiérarchique, 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.

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 prévalences des escarres nosocomiales de degrés 1 à 4 et 2 à 4 restent relativement faibles. À l'inverse, la prévalence des chutes survenues à l'hôpital reste relativement élevée par rapport aux autres pays.

Au vu du taux relativement élevé de patient-e-s n'ayant pas participé à la première mesure de la prévalence, il n'est toutefois pas possible de tirer des conclusions et des recommandations pour la pratique des soins à partir des indicateurs de qualité des soins ; d'où la nécessité d'autres mesures et d'un taux de participation plus élevé.



1 Introduction

L'« Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques » (ANQ) coordonne et met en œuvre des mesures pour le développement de la qualité à l'échelle nationale. Elle s'occupe de la mise en pratique générale et homogène des mesures dans les hôpitaux pour obtenir des résultats qualitatifs. Son objectif est de justifier la qualité des soins et de continuer à la développer. L'ANQ a mandaté, dans le contexte de la mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres dans le domaine de la médecine somatique aiguë des hôpitaux suisses, la Haute école spécialisée bernoise (HESB) pour gérer les mesures et l'exploitation nationale des données pour l'année 2011. Les résultats de la mesure doivent permettre d'acquérir des connaissances approfondies sur les caractéristiques des patient-e-s associées aux chutes et aux escarres, ainsi que sur celles des structures et des processus. En outre, il devrait être possible de dresser une comparaison de ces indicateurs de qualité entre différentes institutions. Ce rapport final présente l'évaluation des données à un niveau national.

1.1 Contexte

L'ANQ, les organisations faîtières H+, CDS, Santésuisse et les compagnies d'assurance helvétiques (AA, AI, AM) ont signé le contrat national de qualité le 18 mai 2011. Dans ce contexte, les parties contractantes règlent le financement et la mise en œuvre des mesures de la qualité conformément aux instructions (plan de mesure) de l'ANQ pour les hôpitaux qui ont signé le contrat qualité national de l'ANQ.

Le plan de mesure 2011 prévoit une mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres suivant la méthode « International Prevalence Measurement of Care Problems » (LPZ) de l'université de Maastricht (Pays-Bas). Pour la collecte des données dans la Suisse occidentale, la HESB collabore avec la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR) et la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI).

La mesure nationale de la prévalence comprend les indicateurs de qualité des soins « Chutes » et « Escarres » (Kuster, 2009; The American Nurses Association, 2011). Ceux-ci permettent d'évaluer les aspects de la qualité des soins et de la prise en charge du/de la patient-e. La thématique des mesures de contention (MdC) est également intégrée au module de mesure « Chutes » car elle influence beaucoup les chutes. Jusqu'à présent, en Suisse, seules des données de prévalence relatives aux structures concernant les indicateurs des soins, comme par exemple les indicateurs « Chutes » et « Escarres », sont disponibles ou ont été estimées sur la base de taux de complications signalés par les infirmier-ère-s (Schubert, Clarke, Glass, Schaffert-Witvliet, & De Geest, 2009).

Les mesures de la prévalence sont en mesure de fournir des données permettant de rendre compte de la qualité des soins et de la prise en charge. Elles permettent en effet de fournir de plus amples informations sur la fréquence (prévalence) d'événements souhaités ou non mais aussi sur l'état des lieux, les mesures à prendre et les traitements préventifs nécessaires. Elles donnent une bonne base pour les comparaisons des pratiques exemplaires des soins (Best Practice) (benchmarking) et par conséquent pour améliorer la qualité en matière de prévention et de traitement. L'utilisation d'outils uniformes reconnus à l'échelle internationale et la collaboration avec des partenaires européens permettent d'établir des comparaisons non seulement nationales mais aussi internationales tout comme le développement durable quant aux ressources concernant la qualité des soins.

¹ Vous trouverez une liste des abréviations en annexe



1.2 Définitions

1.2.1 Mesure de la prévalence

Le but d'une mesure de la prévalence est de déterminer le taux de personnes concernées par un événement spécifique en se référant à une population (Dassen, Tannen, & Lahmann, 2006; Gordis, 2009). Pour l'indicateur « Escarres », la mesure nationale de la prévalence est une mesure de la prévalence ponctuelle. Cela signifie qu'on déterminera le taux de patient-e-s concerné-e-s par les escarres au moment de la mesure (Gordis, 2009).

La mesure nationale de la prévalence permet de calculer les taux de prévalence globaux et les taux de prévalence nosocomiaux (= escarres contractées à l'hôpital). Les taux de prévalence globaux donnent des informations sur la prévalence générale des indicateurs de mesure, c'est-à-dire indépendamment de l'apparition d'un événement avant ou après l'entrée à l'hôpital. Les données relatives à la prévalence nosocomiale se rapportent exclusivement aux événements qui se sont produits lors de l'hospitalisation. Par conséquent, ces taux de prévalence nosocomiaux donnent des informations inhérentes aux complications potentielles évitables (« adverse events ») des escarres et chutes survenues en cours d'hospitalisation (White, McGillis Hall, & Lalonde, 2011).

Le tableau 1 présente le calcul du taux de prévalence global des escarres de degrés 1 à 4. Le nombre de patient-e-s participant-e-s souffrant d'une escarre de degré 1 à 4 est divisé par le nombre total de patient-e-s participant-e-s, puis multiplié par 100. Par exemple, si 5 patient-e-s sur un total de 100 sont concerné-e-s par une escarre, la prévalence est de : $5/100 \times 100 = 5\%$ (LPZ Maastricht, 2011).

Tableau 1: calcul de la prévalence des escarres (en %) au moment de la mesure

| |
|---|
| $\frac{\text{Nombre de patient-e-s participant-e-s atteint-e-s d'une escarre (degrés 1 à 4)} \times 100}{\text{Nombre total de patient-e-s participant-e-s}}$ |
|---|

La même formule a été utilisée pour calculer les taux de prévalence des escarres nosocomiales en incluant et en excluant le degré 1, c'est-à-dire le nombre de patient-e-s participant-e-s souffrant d'une escarre contractée à l'hôpital (degré 1 compris et non compris) multiplié par 100, divisé par le nombre total de patient-e-s participant-e-s.

Deux calculs ont été faits pour déterminer les taux de prévalence de l'escarre : un calcul faisant intervenir le degré 1 et un autre ne le faisant pas intervenir. Cette double évaluation se justifie par le fait qu'il n'est pas toujours facile de pouvoir déceler une escarre (Halfens, Bours, & Van Ast, 2001). Une bonne prévention permet d'éviter des lésions cutanées. C'est pourquoi les escarres de degré 1 acquises à l'hôpital font l'objet d'une analyse séparée.

Dans la mesure nationale de la prévalence, l'indicateur « Chutes » est mesuré rétrospectivement sur une période de 30 jours. Il peut ensuite être assimilé de façon méthodique à une prévalence périodique. Puisque, par définition, les chutes sont des événements singuliers, la prévalence de base est de 0. De ce fait, la prévalence périodique correspond également à l'incidence (Gordis, 2009). Outre les indicateurs sur l'évolution de l'état de santé du/de la patient-e (outcome) ou du résultat, on relève également les caractéristiques de la qualité de la structure et du processus.



1.2.2 Escarres

Selon une directive de l'institut néerlandais de la qualité des soins de santé, l'escarre est (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2002) décrite comme une nécrose des tissus sur le corps à la suite de pressions, de frottements ou de cisaillements, ou d'une combinaison de ces éléments. Le European Pressure Ulcer Advisory Panel (2004) et l'institut de la qualité du système de santé publique CBO (2002) distinguent 4 degrés d'escarre :

Tableau 2: classification des escarres

| Degrés d'escarre | Description |
|------------------|--|
| Degré 1 : | Rougeur avec une peau intacte, qui ne se retire pas sur une pression légère. D'autres observations cliniques sont la coloration de la peau, une température locale plus élevée, la formation d'oedème et durcissement de la peau. Le facteur déterminant consiste dans le non retrait de la peau rouge sur une pression légère: si la peau subit une pression de deux doigts ou du pouce, respectivement à l'aide d'un plexiglas incurvé, la peau (rouge) ne blanchit pas. |
| Degré 2 : | Lésion de la peau superficielle (de l'épiderme), éventuellement avec une détérioration de la couche inférieure (derme). La détérioration se constate par l'apparition d'une cloque ou écorchage de la peau. |
| Degré 3 : | Détérioration de la peau, respectivement nécrose de la peau et du tissu sous-cutané. La détérioration peut toucher les tissus conjonctifs environnants (fascia). |
| Degré 4 : | Destruction étendue des tissus, respectivement perte de tissus musculaires (nécrose), des os de même que possible détérioration des tissus sous-cutanés (derme) et de l'épiderme. |

Les spécifications suivantes relatives à la définition, ainsi que la classification ont été utilisées en concertation avec le LPZ Maastricht :

- Les phlyctènes de tension sont considérées comme des escarres (selon la définition du degré 2) car elles ont été causées par une pression et un cisaillement.
- Les blessures dues aux pansements (écorchure de la peau) sont causées par le frottement, et non pas par une pression ou un cisaillement, elles ne sont donc pas considérées comme des escarres.
- Nécrose : ce type de lésion a été classé dans la catégorie Degré 4, conformément aux directives internationales actuellement en vigueur (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009a).
- Les lésions dues aux escarres avec peau intacte et coloration bleue-noire de la peau (pour lesquelles on ne sait pas si les os, etc. sont touchés) ont été traitées comme des plaies non classifiables, selon l'accord mentionné dans la directive EPUAP/NPUAP en Europe, et sont en général classées dans la catégorie Degré 4 (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009a).



1.2.3 Chutes

Pour la mesure de la prévalence 2011, une définition des chutes semblable à la définition suivante du LPZ a été utilisée : « Une chute est un événement au cours duquel une personne tombe involontairement au sol ou se retrouve allongée à un niveau inférieur » (Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly, 1987). Si l'on s'en tient à cette définition, les chutes survenues lors d'accidents et d'événements sportifs (par exemple accidents de la route, accidents de ski) sont exclues (LPZ Maastricht, 2011).

Les différentes conséquences d'une chute ont été répertoriées selon les quatre catégories suivantes (LPZ, 2011) :

- Lésions minimales : conséquences sur l'état de santé ne nécessitant pas un traitement médical
- Blessures de gravité moyenne : blessures nécessitant un traitement de la plaie
- Blessures graves : blessures à la tête, fracture d'un bras ou d'une jambe (fractures de hanche exclues)
- Fracture de la hanche



2 Etat actuel des connaissances

2.1 Indicateur « Escarres »

La comparaison des résultats internationaux concernant la prévalence de l'indicateur « Escarres » est entravée par des différences qui existent entre les définitions épidémiologiques, les classifications utilisées, les outils d'évaluation des risques, ainsi que les procédures utilisées pour détecter la présence d'une escarre, par ex. inspection de la peau (Baharestani et al., 2009; Dassen, et al., 2006).

Le tableau 3 donne un aperçu du taux de prévalence des escarres pour les hôpitaux de soins aigus en comparaison internationale. Ainsi, seules les publications présentant une manière de procéder semblable à la nôtre sont prises en compte. Sont incluses les publications qui utilisent la classification des escarres conformément aux directives EPUAP/NPUAP, l'échelle de Braden, ainsi que la collecte de données auprès des patient-e-s par une inspection de la peau réalisée par des spécialistes qualifié-e-s.

Dans ce contexte, les indications relatives à la prévalence globale dans les hôpitaux de soins aigus varient considérablement. L'avantage de la mesure LPZ réside dans le fait que les résultats des différents pays participants peuvent être comparés aux résultats suisses en raison d'une manière de procéder uniformisée. Ainsi, dans le tableau 3, vous trouverez les résultats des trois dernières mesures LPZ des Pays-Bas (Halfens et al. 2009, 2010, 2011), ainsi que ceux de la mesure de 2010 réalisée en Autriche (Lohrman, 2010).

Les taux de prévalence globaux indiquent une grosse fourchette comprise entre 3,5 % et 33,3 %. Pour les taux de prévalence globaux ne comprenant pas le degré 1, les résultats sont compris entre 2,1 % et 14,1 %. Vous trouverez plus rarement des informations concernant la prévalence nosocomiale dans le rapport international. En ce qui concerne les taux de prévalence nosocomiale incluant le degré 1, les valeurs sont comprises entre 5,0 % et 11,6 %. Pour les taux de prévalence nosocomiale excluant le degré 1, elles sont comprises entre 3,1 % et 6,3 %. Pour ce qui est des patient-e-s à risque, selon la définition du LPZ (échelle de Braden ≤ 20), il est indiqué que les taux de prévalence globaux excluant le degré 1 sont compris entre 6,1 % et 15,6 %. Dans une mesure, au cours de laquelle une limite de ≤ 17 a été utilisée pour l'échelle de Braden, la prévalence globale des patient-e-s à risque, en excluant le degré 1, s'est révélée être comprise entre 21,6% et 27,6%. Pour les patient-e-s à risque, il est indiqué que le taux de prévalence nosocomiale (degré 1 exclu) est compris entre 5,3 % et 11,2 %.

Tableau 3: taux de prévalence internationaux pour l'indicateur « Escarres »

| Auteurs/service/population | Prévalence - globale % | Prévalence globale (degré 1 exclu) % | Prévalence nosocomiale % | Prévalence nosocomiale (degré 1 exclu) % |
|---|-------------------------------|---|---------------------------------|---|
| Gunningberg et al. (2011), Suède, 1 hôpital universitaire, 4 hôpitaux généraux, mesure 2009 (N = 1'192) | 14,9 | 6,7 | 11,6 | 4,9 |
| Halfens et al. (2011), Pays-Bas, hôpitaux universitaires (N = 964) | 13,1 | 8,0 14,0 (à risque)* | 9,8 | 6,3 11,2 (à risque)* |
| Halfens et al. (2011), Pays-Bas, hôpitaux généraux (N = 4'715) | 10,5 | 5,3 9,3 (à risque) * | 7,1 | 3,4 5,9 (à risque)* |
| Halfens et al. (2010), Pays-Bas, hôpitaux universitaires (N = 1'216) | 12,0 | 7,6 14,9 (à risque)* | 8,8 | 5,5 10,7 (à risque)* |



| Auteurs/service/population | Prévalence - globale % | Prévalence globale (degré 1 exclu) % | Prévalence nosocomiale % | Prévalence nosocomiale (degré 1 exclu) % |
|---|-------------------------------|---|---------------------------------|---|
| Halfens et al. (2010), Pays-Bas, hôpitaux généraux (N = 6'212) | 9,3 | 5,5 9,7 (à risque)* | 5,6 | 3,3 5,9 (à risque)* |
| Lohrmann (2010), Autriche, hôpitaux, (N = 2'335) | 3,5 (à risque 10,0)* | 2,1 (à risque 6,1)* | | |
| Brown et al. (2010), Californie (É.-U.), 196 hôpitaux, 1'309 services, Données sur 6 trimestres 2007-2008 | | | 3,84 | |
| Halfens et al. (2009), Pays-Bas, hôpital universitaire (N = 827) | 14,9 | 9,0 (15,6 à risque)* | 10,2 | 5,6 9,8 (à risque)* |
| Halfens et al. (2009), Pays-Bas, hôpital général (N = 7'023) | 9,9 | 4,9 (9,3 à risque)* | 6,3 | 2,8 5,3 (à risque)* |
| Hurd & Possnet (2009), Canada, 13 hôpitaux (N = 3'099) | 22,9 | | | |
| Van Gilder et al. (2009), États-Unis, hôpitaux de soins aigus, mesure 2006 (N = 75'913) | 13,3 | 6,4 | 8,9 | 3,5 |
| Van Gilder et al. (2009), États-Unis, hôpitaux de soins aigus, mesure 2007 (N = 72'502) | 13,4 | 6,4 | 9,1 | 3,6 |
| Van Gilder et al. (2009), États-Unis, hôpitaux de soins aigus, mesure 2008 (N = 83'914) | 13,1 | 6,0 | 9,2 | 3,6 |
| Van Gilder et al. (2009), États-Unis, hôpitaux de soins aigus, mesure 2009 (N = 86'932) | 11,9 | 8,7 | 5,0 | 3,1 |
| Kottner et al. (2009), Allemagne, 225 établissements sur 7 ans (2001-2007) (N = 40'247) | 10,2 | | | |
| Kottner et al. (2009), Allemagne, 225 établissements sur 7 ans (2001-2007) (N = 40'247, mesure 2001) | 13,9 | 6,4 | | |
| Kottner et al. (2009), Allemagne, 225 établissements sur 7 ans (2001-2007) (N = 40'247, mesure 2007) | 7,3 | 3,9 | | |
| Defloor et al. (2008), Belgique, 84 hôpitaux de soins aigus, 1'005 services (N = 19'968) | 12,1 | 7,0 | | |
| Defloor et al. (2008) Belgique, 4 hôpitaux universitaires | 10,6 | 6,73 (à risque 22,6)° | | |
| Defloor et al. (2008) Belgique, 9 hôpitaux centraux | 11,12 | 6,49 (à risque 25,4)° | | |
| Defloor et al. (2008), Belgique, 59 hôpitaux généraux | 12,11 | 6,8 (à risque 23,4)° | | |



| Auteurs/service/population | Prévalence - globale % | Prévalence globale (degré 1 exclu) % | Prévalence nosocomiale % | Prévalence nosocomiale (degré 1 exclu) % |
|--|-------------------------------|---|---------------------------------|---|
| Defloor et al. (2008), Belgique, 4 hôpitaux gériatriques | 18,1 | 9,81 (à risque 27,6) [°] | | |
| Defloor et al. (2008), Belgique, 8 cliniques spécialisées | 13,84 | 8,32 (à risque 21,6) [°] | | |
| Gallagher et al. (2008), Irlande, 3 hôpitaux universitaires, (N = 672) | 18,5 | | | |
| Barbut et al. (2006), France, clinique universitaire (N = 535) | 6,9 | | 5,3 | |
| Gunningberg (2006), Suède, 1 hôpital universitaire, 4 hôpitaux généraux, (N = 369, mesure 2002) | 33,3 | 10,9 | | |
| Gunningberg (2006), Suède, 1 hôpital universitaire, 4 hôpitaux généraux, (N = 369, mesure 2004) | 28,2 | 14,1 | | |
| Cavicchioli (2002), Italie, hôpitaux publics, (N = 28'094) | 9,02 | | | |
| Bours et al. (2002), Pays-Bas, 4 hôpitaux universitaires (n = 1'663), 39 hôpitaux généraux (n = 8'374) | 23,1 | | | |
| Bours et al. (2002), Pays-Bas, 4 hôpitaux universitaires (n = 1'663), | 13,2 | 7,6 | | |
| Bours et al. (2002), Pays-Bas, 39 hôpitaux généraux (n = 8'374) | 23,3 | 11,8 | | |

Les chiffres en italique ont été calculés sur la base des publications. *À risque = échelle de Braden ≤ 20 ; [°]à risque = échelle de Braden ≤ 17 .

2.2 Indicateur « Chutes »

Chutes : les chutes en médecine somatique aiguë chez les personnes âgées représentent un problème clinique et économique important à cause de leur fréquence et de leurs conséquences physiques, psychologiques et sociales. Dans les hôpitaux et la littérature, il est indiqué qu'environ 2 à 15 % des patient-e-s hospitalisé-e-s chutent au moins une fois. Selon les services, on signale comme indicateur de résultat des taux de chute compris entre 0,3 et 19 pour 1'000 jours d'hospitalisation (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004).

Pour ce qui est de l'indicateur « Chutes », peu de données directement comparables sont disponibles dans les publications internationales. Il est principalement évalué à l'aide de données administratives ou de données issues des dossiers patient-e-s. Les taux d'incidence y sont le plus souvent indiqués pour 1'000 jours d'hospitalisation et rarement en %. Il est également très rare de trouver des chiffres inter institutionnels. La période d'observation varie entre plusieurs mois et plusieurs années. Il est également assez rare de trouver des indications des taux de chute nosocomiaux en pourcentage. Il est également possible pour l'indicateur « Chutes » de mieux comparer les données des pays dans lesquels la prévalence des chu-



tes est déterminée en recourant à la méthode LPZ. Les taux de prévalence globaux en rapport avec les chutes présentent une fourchette de 12,3 à 15,8 %. Lors des mesures de la prévalence réalisées à une date de référence, les taux de prévalence nosocomiaux sont compris entre 1,5 et 3,8 %. Dans les analyses rétrospectives ou prospectives des données administratives ou des protocoles des cas de chute, il est indiqué que les valeurs de la prévalence sont comprises entre 4,1 et 17,2 %. Il convient ainsi de prendre en compte que, selon le service et le type d'unité de soins, les taux de prévalence des chutes peuvent fortement différer. Les résultats des mesures réalisées conformément à la méthode LPZ nous permettent de dire que, pour 76,9 à 89,3 % des patient-e-s concerné-e-s, la chute s'est produite dans la période des 30 derniers jours précédant l'entrée à l'hôpital, c'est-à-dire en dehors de l'hôpital.

Tableau 4: taux de prévalence internationaux pour l'indicateur « Chutes »

| Auteurs/service/population | Méthode | Prévalence globale % | Prévalence nosocomiale % | Informations complémentaires |
|--|---|-----------------------------|---------------------------------|--|
| Halfens et al. (2011), hôpitaux de soins aigus, (N = 1'346) | Méthode LPZ | 13,8 | 1,5 | |
| Halfens et al. (2010), Pays-Bas, hôpitaux de soins aigus, (N = 1'638) | Méthode LPZ | 12,3 | 1,6 | |
| Lohrmann (2010), Autriche, hôpitaux, (N = 2'335) | Méthode LPZ | 13,7 | 3,2 | Prévalence globale selon les tranches d'âge : (18-39 ans) 9,0 (40-59 ans) 8,7 (60-79 ans) 12,7 Plus de 80 ans : 22,5 |
| Halfens et al. (2009) Pays-Bas, hôpitaux de soins aigus, (N = 2'143) | Méthode LPZ | 15,8 | | |
| Lovallo et al. (2010), Italie, (N = 1'148) | Étude prospective, enregistrement du taux de chutes sur 3 mois. | | 4,1 | |
| Schwendimann et al. (2006), Suisse, hôpital de soins aigus, (N = 34'972) | Étude rétrospective, données administratives 1999-2003 | | 7,2 | Service médical : 8,8 Service gériatrique : 24,8 Service de chirurgie : 1,9 |
| Heinze et al. (2002), Allemagne, 11 hôpitaux de soins aigus (N = 2'820) | Mesure de la prévalence | | 2000 3,5 | |
| Heinze et al. (2007), Allemagne, 40 hôpitaux de soins aigus, (N = 3'348) | Mesure de la prévalence | | 2002 3,8 | Données chiffrées pour les patient-e-s > 65 ans |
| Heinze et al. (2007), 39 hôpitaux de soins aigus, (N = 4'409) | Mesure de la prévalence | | 2004 3,4 | Données chiffrées pour les patient-e-s > 65 ans |



| Auteurs/service/ population | Méthode | Prévalence globale % | Prévalence nosocomiale % | Informations complémentaires |
|--|--|---------------------------------|---|---|
| par Renteln-Kruse, (2004), Allemagne, clinique médico- gériatrique, (N = 5'946) | Données administrati- ves, protocoles des cas de chute sur 2 ans | | 17,0 | |

Pour ce tableau, les chiffres en italique ont été calculés sur la base des publications LPZ.



2.3 Indicateurs de structure « Chutes » et « Escarres »

Dans quelques mesures sur la prévalence, les indicateurs de structure sont élevés au rang des indicateurs de résultats « Chutes » et « Escarres ». Dans la méthode LPZ, ces indicateurs de structure ont été définis par des groupes d'experts. En outre, l'existence des indicateurs de structure est justifiée dans les directives nationales (voir CBO aux Pays-Bas) et internationales, comme l'EPUAP par exemple (Bosch et al., 2011).

Les indicateurs de structure au niveau de l'hôpital et au niveau de l'unité de soins se composent des 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 saisie, de formations continues pour le personnel et de brochures d'information pour les patient-e-s.

Les résultats sur la disponibilité des indicateurs de structure au niveau de l'hôpital (Tableau 5) sont indiqués ci-après pour les trois dernières mesures LPZ réalisées aux Pays-Bas (Halfens, et al., 2011; Halfens, et al., 2010; Halfens, et al., 2009), pour une mesure LPZ menée en Autriche (Lohrman, 2010) et pour une mesure sur la prévalence conduite en Belgique (Defloor, et al., 2008). La disponibilité de la plupart des indicateurs de la mesure LPZ a augmenté au cours des trois dernières mesures. Selon les résultats autrichiens, quelques indicateurs sont largement moins disponibles, comme par exemple une brochure d'information, une directive sur le matériel de prévention et une autre sur l'enregistrement des personnes concernées dans les établissements.

Tableau 5: indicateurs de structure « Chute » et « Escarre » au niveau de l'hôpital

| Indicateurs de structure au niveau de l'hôpital | Escarres : Présence en % | | | | | Chutes : Présence en % | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| | 2011 NL ¹ N = 4/31 | 2010 NL ² N = 5/44 | 2010 AT ³ N = 18 | 2009 NL ⁴ N = 5/50 | 2008 BE ⁵ N = 84 | 2011 NL ¹ N = 9 | 2010 NL ² N = 11 | 2010 AT ³ N = 18 | 2009 NL ⁴ N = 5/50 |
| Personne/groupe désigné pour la prise en charge | 100/96.8 | 100/95.5 | 77.8 | 80/9.5 | 71.4 | - | - | - | - |
| Standard/directive pour la prévention | 100 | 100 | 94.4 | 100 | 90.5 | 77.8/86.5 | 54.5 | | 71,4 |
| Standard/directive pour le traitement | - | - | 66.6 | 100/97.7 | - | - | - | 88.8 | - |
| Personne désigné à vérifier/actualiser le standard | 100/96.8 | 100 | 88.8 | 100 | 88.1 | - | - | - | - |
| Personne désignée centralisée / système de déclaration | 75/71 | 60.0 | 22.2 | 60/ 65.9 | 34.5 | - | - | - | - |
| Saisie centrale du nombre des patient-e-s | 50/83.9 | 60.0/75 | 66.6 | 60/70.5 | 78.6 | 88.9/98.6 | - | 94.4 | 85.7 |
| Standard du matériel de prévention | 100 | 100/86 | 44.4 | 100/84.1 | 67.9 | - | - | - | - |
| Formation (2 dernières années) | 100/93.5 | 80/81.8 | 88.8 | 80/90.9 | - | 77.8/75.7 | 54.5 | 72.2 | 28.6 |
| Brochure d'information | 100/96.8 | 80/95 | 5.5 | 8.0/97.7 | - | 66.7/39.2 | 54.5 | 44.4 | 21.4 |
| Informations lors du transfert | 84.5/87.5 | 40/68.2 | 88.8 | - | - | 22.2/74.3 | 36.4 | 83.3 | - |



(Halfens, et al., 2011)¹; (Halfens, et al., 2010)²; (Lohrman, 2010)³; (Halfens, et al., 2009)⁴; (Defloor, et al., 2008)⁵. Pour ce tableau, les chiffres en italique ont été calculés sur la base des publications LPZ. Si deux chiffres sont indiqués dans une même colonne, cela signifie qu'il s'agit d'hôpitaux universitaires et d'hôpitaux généraux.

Les résultats concernant la disponibilité des indicateurs de structure au niveau de l'unité de soins (tableau 6) sont indiqués ci-après pour les trois dernières mesures LPZ des Pays-Bas (Halfens, et al., 2011; Halfens, et al., 2010; Halfens, et al., 2009). Ici, quelques indicateurs de structure présentent des fluctuations. Globalement, on note également une tendance à l'augmentation de la disponibilité au cours de l'année.

Tableau 6: indicateurs de structure « Chute » et « Escarre » au niveau de l'unité de soins

| Indicateurs de structure au niveau des unités de soins | Escarres : Présence en % | | | Chutes : Présence en % | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| | 2011 ¹ NL N = 58/209 | 2010 ² NL (N = 74/392) | 2009 ³ NL | 2011 NL ¹ N = 77 | 2010 NL ² N = 119 | 2009 NL ⁴ |
| Personne spécialisée pour la prise en charge | 100.0/94.1 | 89.2/95.4 | 96/93.4 | 58.4 | 46.4 | 39.7 |
| Colloques monodisciplinaires | 82.8/78.8 | 79.7/81.4 | 70.0/80.6 | | 59.8 | 66.4 |
| Colloques pluridisciplinaires | 74.1/56.9 | 63.5/61.5 | 62.0/60.3 | 49.4 | 85.7 | 45.0 |
| Application du standard vérifié systématiquement | 91.4/89.6 | 73.0/82.9 | 84/85.6 | 58.4 | 52.7 | 51.9 |
| Saisie et documentation du risque d'escarre. | 75.9/83.0 | 62.2/78.6 | 58.0/76.4 | 64.9 | 40.2 | 32.8 |
| Discuter les mesures de prévention avec les patient-e-s | 82.8/91.0 | 79.7/90.6 | 82/87.5 | 84.4 | - | 74.0 |
| Brochure d'information | 39.7/28.1 | 35.1/34.2 | - | - | - | - |
| Mise à disposition du matériel de prévention et traitement | 82.8/97.9 | 83.8/98.0 | 80.0/97.4 | - | - | - |
| Informations standardisées lors de transfert | 84.5/87.5 | 71.6/81.9 | 28.0/35.5 | 59.7 | 64.3 | - |

(Halfens, et al., 2011)¹; (Halfens, et al., 2010)²; (Halfens, et al., 2009)⁴. Si deux chiffres sont indiqués dans une même colonne, cela signifie qu'il s'agit d'hôpitaux universitaires / hôpitaux généraux.



3 Buts visés et problématique

La mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres de 2011 a pour objectif d'étudier de façon globale les indicateurs de qualité des soins « Chutes » et « Escarres » en tant qu'indicateurs de résultat dans les hôpitaux suisses.

Lors de la première mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres, les problématiques suivantes étaient au premier plan.

- Quel est le taux de prévalence des escarres contractées durant l'hospitalisation (= nosocomiales) de degrés 1 à 4 dans les hôpitaux suisses (médecine somatique aiguë) ?
- Quel est le taux de prévalence des escarres contractées durant l'hospitalisation (= nosocomiales) de degrés 2 à 4 dans les hôpitaux suisses (médecine somatique aiguë) ?
- Quel est le taux de prévalence des chutes survenues durant l'hospitalisation dans les hôpitaux suisses (médecine somatique aiguë) ?
- De quelle façon peut-on décrire les indicateurs relatifs à la structure et au processus liés aux indicateurs « Chutes » et « Escarres » ?

Il faut ainsi acquérir des connaissances non seulement au niveau de chaque hôpital, mais également au niveau national. Ce rapport présente les résultats nationaux.



4 Méthode

4.1 Devis

La méthode de la collecte de données est une procédure établie, diffusée à l'échelle internationale et éprouvée qui a été conçue par l'université de Maastricht (Pays-Bas) (Bours, Halfens, & Haalboom, 1999; Halfens, et al., 2011). Depuis 15 ans, l'institut chargé des mesures de Maastricht, « 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 cette procédure.

4.2 Échantillon et participant-e-s

La participation des hôpitaux de soins aigus, qui sont liés au contrat de qualité national, à la mesure de la prévalence des chutes et escarres est une composante contractuelle du plan de mesure ANQ 2011. Les autres hôpitaux ou établissements peuvent participer à cette mesure à titre volontaire et moyennant paiement. Les données saisies dans les unités de soins de longue durée, psychiatriques et de réadaptation sont exclues du rapport national à l'attention de l'ANQ.

Les membres de la direction et les responsables de la qualité de l'ensemble des hôpitaux et cliniques suisses répertoriés dans la liste d'adresses de l'ANQ ont été invité-e-s à prendre part à la mesure. En outre, une lettre d'invitation, accompagnée d'une brochure d'information et d'un formulaire d'inscription, a été envoyée par voies postale et électronique.

En règle générale, tous les patient-e-s hospitalisé-e-s le jour de la mesure dans les hôpitaux de soins aigus suisses ont été inclus-e-s dans la mesure. En revanche, les patient-e-s admis-e-s en ambulatoire, en pédiatrie et en post-partum en ont été exclus-e-s. La participation à la mesure 2011 des femmes ayant accouché a été laissée à la libre appréciation des hôpitaux. Seul-e-s les patient-e-s âgé-e-s d'au moins 18 ans ont été inclus-e-s dans le rapport national.

4.2.1 Instruments utilisés pour la collecte des données

Les instruments LPZ, permettant de réaliser la mesure de la prévalence, ont été développés par l'institut chargé de la mesure LPZ de l'université de Maastricht. Leur version originale se compose de six indicateurs des soins : Escarres, Chutes (impliquant des mesures restrictives de liberté), Incontinence, Malnutrition et Intertrigo. Le module « Escarres » est jugé fiable et valable (Bours, et al., 1999; Halfens, et al., 2011). Le module « Chutes » repose sur l'opinion d'experts et obtient, par conséquent, une validité manifeste (Halfens, et al., 2011; Halfens, et al., 2009). Les instruments LPZ sont actualisés et remaniés au moins une fois par année à l'occasion de la réunion du groupe de recherche international LPZ.

L'échelle de Braden, permettant de mesurer les risques d'escarre spécifiques aux patient-e-s (Bergstrom, Braden, Kemp, Champagne, & Ruby, 1998; Halfens, Van Achterberg, & Bal, 2000) et l'échelle de dépendance aux soins (EDS) sont intégrées aux instruments LPZ utilisés pour la mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres (Dassen et al., 2001; Dijkstra, Tiesinga, Plantinga, Veltman, & Dassen, 2005; Lohrmann, Dijkstra, & Dassen, 2003). Les instruments LPZ développés à l'université de Maastricht étaient disponibles en allemand (Allemagne, Autriche) et concernaient les indicateurs des soins suivants : escarres, chutes et mesures de contention (MdC). Ils ont ensuite été adaptés à la terminologie suisse (allemand écrit), « helvétisés ». La version « helvétisée » a ensuite été traduite dans les deux autres langues officielles : l'italien et le français. Les versions originales validées des échelles utilisées (Braden, EDS) furent utilisées, à l'exception de la version française de l'EDS qui a été récemment traduite.



Le processus de traduction s'est calqué sur des procédures internationales courantes et reconnues (Peters & Passchier, 2006; Wang, Lee, & Fetzer, 2006) et est décrit de façon détaillée dans le concept d'évaluation (Vangeloooven, Hahn, Gehrlach, Conca, & Richter, 2012).

L'instrument de collecte LPZ 2011 comprenait des questionnaires portant sur les trois niveaux suivants :

- données générales sur l'hôpital (par ex. type d'hôpital, indicateurs de la qualité de la structure au niveau de l'hôpital)
- données sur les unités de soins participantes (par ex. type d'unité de soins, indicateurs de la qualité de la structure au niveau de l'unité de soins)
- données sur les patient-e-s : données générales (par ex. indications sur la personne, sur le diagnostic et sur la dépendance aux soins) et spécifiques aux patient-e-s ainsi qu'aux processus concernant les indicateurs « Chutes » et « Escarres ».

Les données de la partie générale du questionnaire patient-e ont été systématiquement collectées pour l'ensemble des patient-e-s inclus-e-s dans la mesure, qu'ils/elles aient été ou pas concernés par une chute et/ou une escarre. En parallèle, les données spécifiques aux indicateurs (caractéristiques, prévention et traitement) ont été collectées dans un autre module.

4.2.2 Récolte des données

La mesure a été réalisée le premier mardi de novembre (jour de référence) dans tous les établissements participants. Dans chaque hôpital, une coordinatrice ou un coordinateur fut nommé-e et formé-e par la HESB et ses partenaires. Les responsables du projet HESB ont participé à toutes les réunions dans le but d'assurer la coordination au niveau de la participation aux formations.

La personne chargée de la coordination de la mesure au sein de son hôpital était responsable de son organisation (recrutement et formation de l'équipe de mesure au sein de l'hôpital, garante de la gestion et de la qualité des données). Deux membres du personnel soignant par unité de soins (une personne appartenant à l'unité de soins en question et une autre en dehors de celle-ci) réalisèrent les mesures le jour de référence. En sus des informations administratives, les données ont été collectées auprès des patient-e-s (Goldstandard) ou, s'il n'était pas possible de faire autrement, à l'aide du jugement clinique de l'infirmière compétent-e et/ou à partir de la documentation des soins. Conformément au protocole de l'étude LPZ, les meilleures sources d'informations possibles furent toujours utilisées. Toutes les données relatives aux patient-e-s ont été collectées de manière anonyme (pseudonymisation). Seuls les hôpitaux pouvaient savoir à quelles personnes se rapportaient les pseudonymes.

Pour la mesure 2011, la collecte de la EDS auprès de patient-e-s âgé-e-s d'au moins 18 ans se faisait à la libre appréciation des établissements participants.

4.2.3 Patient-e-s ne participant pas à la mesure

Si des patient-e-s ne participaient pas à la mesure, les raisons de cette non-participation étaient consignées par écrit (refus de participation, patient-e non joignable au moment de la mesure, comateux (état trop grave, phase terminale ou autres)). Pour les patient-e-s n'ayant pas donné leur consentement écrit, les données ne pouvaient pas être saisies pour des raisons juridiques. Dans ce cas, on utilisait un code fictif.

4.2.4 Uniformisation du processus de la mesure

La personne chargée de la coordination des hôpitaux était responsable du contrôle de la qualité de la



mesure et des données sur place. Cette personne garantissait l'exactitude des données. Le manuel d'utilisation de la mesure et les listes de la Foire Aux Questions (FAQ) devaient favoriser l'homogénéité et la fiabilité de la mesure.

La méthode, les instruments et leur utilisation ont été transmis aux spécialistes compétents par les personnes chargées de la coordination des hôpitaux selon la procédure « Train the Trainer ».

Les sources de données et les modes opératoires étaient décrits dans le manuel d'utilisation de la mesure et le guide d'instructions relatives aux questionnaires ainsi que dans les listes comportant les questions fréquemment posées (Foire Aux Questions, FAQ) qui ont été abordées lors des réunions de formation et lors de la phase d'essai de trois semaines ou, en octobre 2011, par l'intermédiaire de l'interface de formation de l'équipe de mesure (interface du programme de saisie LPZ). Les documents idoines ont été mis à disposition des personnes chargées de la coordination des hôpitaux pour les formations à l'interne.

La saisie des données a été réalisée par écrit ou en ligne par l'intermédiaire de l'infrastructure technique adaptée. Les données collectées sur papier devaient être saisies dans le programme de saisie LPZ dans un délai maximal d'environ cinq semaines après la mesure. La saisie directe des données dans le programme de saisie LPZ favorisait la qualité des données. Les équipes de mesure étaient ensuite automatiquement redirigées vers les questionnaires. S'il était indiqué, par exemple, qu'un-e patient-e n'avait pas contracté d'escarre, aucune question n'était alors posée sur le tableau décrivant les escarres. La veille et le jour de la mesure, la HESB et ses partenaires ont mis à disposition un service téléphonique (hotline) dans les trois langues officielles.

Le LPZ a vérifié l'adéquation des données saisies par rapport à leurs types en identifiant des erreurs systématiques comme par ex. des données qui ne devaient pas apparaître, des données qui étaient suspectes et des valeurs manquantes.

4.3 Aspects éthiques

L'ANQ a chargé la HESB de procéder à l'information nécessaire auprès des Commissions cantonales d'éthique en ce qui concerne l'information et le consentement des patient-e-s. Les Commissions cantonales d'éthique ont accordé leur consentement concernant la mise en œuvre de la mesure nationale de la prévalence en vertu du « Concept permettant une procédure simplifiée pour les études multicentriques » (Arbeitsgemeinschaft der Schweizerischen Forschungs-Ethikkommissionen für klinische Versuche AGEK, 2011). La Commission cantonale d'éthique bernoise avait endossé le rôle de la commission d'éthique dirigeante. Dans le canton de Genève, la Commission d'éthique de l'Association des Médecins du canton de Genève (AMGE) a approuvé la mesure en vertu d'une motion principale.

Lors de la mesure 2011, les patient-e-s ou leurs proches ou leur représentant-e légal-e, ont dû, selon les dispositions cantonales, confirmer leur participation par écrit ou de vive voix (pour les cantons d'Argovie et de Soleure un consentement oral suffit). Les documents nécessaires (informations sur les patient-e-s, déclaration de consentement, etc.) étaient mis à disposition dans les quatre langues (allemand, français, italien et anglais) par la HESB sur le site Internet LPZ et envoyés par courriel aux hôpitaux participants.

4.4 Analyse des données

Les données ont non seulement été analysées et présentées de façon descriptive, mais également analysées et présentées après ajustement des risques en suivant une modélisation hiérarchique.



4.4.1 Analyse descriptive

Dans ce rapport national, les données des hôpitaux, des unités de soins, ainsi que des patient-e-s participant-e-s, ont été analysées et décrites de façon descriptive. Les indicateurs de résultat évalués de façon descriptive donnent des informations concernant la prévalence des indicateurs « Chutes » et « Escarres ». Les indicateurs de processus décrivent les caractéristiques des patient-e-s concerné-e-s, les caractéristiques des escarres ou des chutes, ainsi que les informations concernant les mesures préventives et le traitement, etc. Les indicateurs de structure donnent des informations sur les éléments structurels de l'assurance qualité portant sur les indicateurs « Chutes » et « Escarres » au niveau de l'hôpital et des unités de soins. Les données sont présentées sous forme de valeurs absolues (nombre) et relatives (fréquences), ainsi que de moyennes et d'écart-types (où elles sont informatives).

Les analyses statistiques descriptives ont été réalisées en utilisant le programme IBM SPSS Statistics 20.

4.4.2 Ajustement des risques :

En collaboration avec ANQ, il a été décidé de procéder à l'ajustement des risques en utilisant une modélisation hiérarchique, dans le cas présent la Multilevel Modeling MLM (Snijders & Bosker, 2011). Une analyse de régression logique a été employée. Ce choix est dû à la sélection aléatoire des patient-e-s dans certains hôpitaux et la MLM en tient compte. L'indépendance de l'échantillon fait partie des hypothèses standards sur lesquelles reposent les modèles statistiques. Lors de la sélection des patient-e-s dans les hôpitaux, cette indépendance n'est pas indiquée. Toutefois, les modèles hiérarchiques tiennent compte de ce problème en faisant par exemple une différence nette entre les caractéristiques des patient-e-s et les hôpitaux. En outre, la taille de l'hôpital et l'incertitude statistique qui en découle sont prises en compte dans les modèles hiérarchiques. C'est pour cela qu'il est recommandé d'utiliser les modèles hiérarchiques pour dresser une comparaison entre les fournisseurs de soins de santé (Krumholz et al., 2006).

Dans la modélisation hiérarchique, il existe différentes procédures pouvant être appliquées selon les conditions d'enregistrement des données. Il est explicitement souligné qu'il n'existe pas de modèle d'excellence pour la modélisation. Au contraire, il est nécessaire de choisir une méthode concrète tenant compte de l'enregistrement des données, des problématiques et dans notre cas précis des exigences du reporting pour les hôpitaux. Pour ce qui est de la méthode statistique, des modèles à effets fixes auraient dû être appliqués. Cependant, lesdits modèles présentaient un inconvénient majeur. Le problème principal réside dans le nombre de cas significatifs particulièrement bas dans les hôpitaux. En effet, pour des raisons statistiques, il était impossible de considérer des établissements dans lesquels aucune chute ou escarre n'était mesurée.

Partant de ce constat, des modèles à effets mixtes, qui ne présentent pas un tel inconvénient, ont été utilisés. La procédure était la suivante : nous avons avant tout calculé une régression logique pour chaque variable de résultat (chute ou escarre à l'hôpital). Les facteurs à risque ont ensuite été définis sur la base de cette régression. Les analyses de régression se rapportaient à l'ensemble de l'échantillon de tous les patient-e-s participant-e-s. Diverses analyses pour chaque type d'hôpital (hôpitaux universitaires, hôpitaux centraux, etc.) ont été réalisées en amont avant que ce type de procédure ne soit choisi. Malheureusement, les échantillons étaient parfois si petits que peu de variables, voire aucune, ne subsistait pour le choix du modèle. Voilà pourquoi il a fallu se baser sur l'ensemble de l'échantillon.

L'« Akaike Information Criterion » (AIC) a été utilisé comme critère de sélection pour les variables de risque (Akaike, 1974). L'AIC s'appuie sur la méthode d'estimation du maximum de vraisemblance. Cette procédure est, dans certains domaines spécialisés, favorisée par rapport à d'autres procédures traditionnelles (Müller, 2011). De manière concrète, une procédure inverse par étapes (« backward selection ») a été ap-



pliquée après qu'un modèle complet qui intègre toutes les variables significatives lors de l'enregistrement des données avec les effets d'interaction entre le type d'hôpital et certaines variables sociodémographiques et variables de maladie, ait été mis en place.

Un modèle hiérarchique mixte a ensuite été développé grâce aux variables choisies. Dans ce modèle, les patient-e-s participant-e-s représentaient le niveau 1 tandis que les hôpitaux participants faisaient partie du niveau 2. Dans le but de quantifier les effets dans les hôpitaux quant aux variables du résultat, les résidus et 95% de leurs intervalles de confiance ont été calculés et représentés sous forme graphique. Autrement dit : les résidus représentent la différence entre la valeur simple estimée de l'hôpital et la valeur complexe estimée pour tous les hôpitaux. La ligne zéro du graphique représente la moyenne de tous les hôpitaux et peut, en quelque sorte, être interprétée comme le résultat attendu (Shahian & Normand, 2008). Pour ce qui est de l'interprétation du graphique : les hôpitaux dont les intervalles de confiance ne touchent pas la ligne zéro se différencient très nettement de la moyenne des hôpitaux. D'un point de vue purement mathématique, les écarts négatifs sont positifs au sens clinique tandis que les écarts positifs s'avèrent être négatifs au sens clinique.

Les analyses statistiques pour l'ajustement des risques ont été réalisées avec STATA 10.1 (Rabe-Hesketh & Skrondal, 2008).



5 Résultats

Des informations descriptives de l'enregistrement complet des données sont fournies dans ce chapitre. Les données sont fournies pour différents niveaux : hôpital, unité de soins et patient-e. Au niveau de l'hôpital, les données sont, conformément à la typologie des hôpitaux définie par l'office fédéral de statistiques, (2006) réparties selon les types d'hôpitaux suivants : hôpitaux universitaires (prise en charge centralisée hôpital universitaire), hôpitaux de soins généraux pour la prise en charge centralisée (prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux), hôpitaux de soins généraux pour les soins de base (soins de base) et cliniques spécialisées. Les données seront précisées selon le type d'unité de soins dans des tableaux individuels.

Les résultats sont présentés non pas au niveau de chaque site mais par groupe hospitalier. Les valeurs indiquées dans le rapport final pourraient diverger de celles du rapport intermédiaire de juillet 2012 dans la mesure où certains hôpitaux n'avaient pas encore défini leur type de manière définitive au moment de la rédaction du rapport intermédiaire. De plus, le codage des données a été modifié pour le rapport final.

Étant donné que certaines réponses contenaient des informations incomplètes (missing answers), les chiffres totaux sont légèrement différents dans chaque présentation du résultat. Comme le nombre de réponses incomplètes est relativement bas, cela n'aura pas d'incidence sur les résultats globaux.

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 % avaient une autre forme juridique.

Le jour de la mesure, 15'566 patient-e-s âgé-e-s de plus de 18 ans étaient hospitalisés dans les hôpitaux participants ; 10'608 personnes (taux de réponse = 68,1 %) ont participé à la mesure. Le taux de participation à la mesure était plus ou moins élevé selon le type d'hôpital. Le plus faible taux de participation, soit 57,7 %, a été signalé pour les cliniques spécialisées tandis que le plus haut taux de participation, soit 70,6 %, a été relevé pour la prise en charge centralisée. Les raisons de la non-participation sont diverses, la plus fréquente étant, pour tous les types d'hôpitaux, le refus des patient-e-s (voir tableau 7). La catégorie « non accessible » signifie que les patient-e-s étaient absent-e-s, p. ex. en raison d'un examen. On peut supposer que ceux qui figurent dans la catégorie « Autre raison » étaient des patient-e-s présentant des capacités cognitives limitées, comme le laisse supposer le grand nombre de questions posées avant la mesure. Cette catégorie de réponses sera intégrée au questionnaire pour la prochaine mesure.



Tableau 7: hôpitaux et patient-e-s participants, et motifs de non-participation

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux |
|------------------------------------|---|--|------------------------|------------------------|----------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Hôpitaux | 4 (3.5) | 24 (21.4) | 64 (57.1) | 20 (17.9) | 112 (100) |
| Patient-e-s | 2314 (14.9) | 6177 (39.7) | 6145 (39.4) | 930 (6.0) | 15566 (100) |
| Participation | 1462 (63.2) | 4360 (70.6) | 4247 (69.1) | 537 (57.7) | 10606 (68.1) |
| Raison de non-participation | % | % | % | % | % |
| Refus de participer | 52.2 | 61.1 | 56.8 | 69.6 | 58.5 |
| Non accessible | 13.4 | 16.7 | 19.3 | 15.5 | 17.0 |
| Coma ou état critique | 10.1 | 4.6 | 6.5 | 1.3 | 6.0 |
| Phase terminale | 2.3 | 1.4 | 1.5 | 0.7 | 1.6 |
| Autre raison | 22.0 | 16.3 | 15.8 | 12.9 | 16.9 |

Le tableau 8 montre combien d'hôpitaux, par type et par canton, et combien de patient-e-s par canton ont participé à la mesure. Un hôpital de la principauté du Liechtenstein a également participé. Le canton de Soleure présente, avec une participation de 94,9 %, le taux de réponse le plus élevé, suivi par le canton du Tessin (88,8 %) et celui du Jura (86,7 %). Le taux de réponse moyen pour tous les cantons s'élève à 68,1 %.



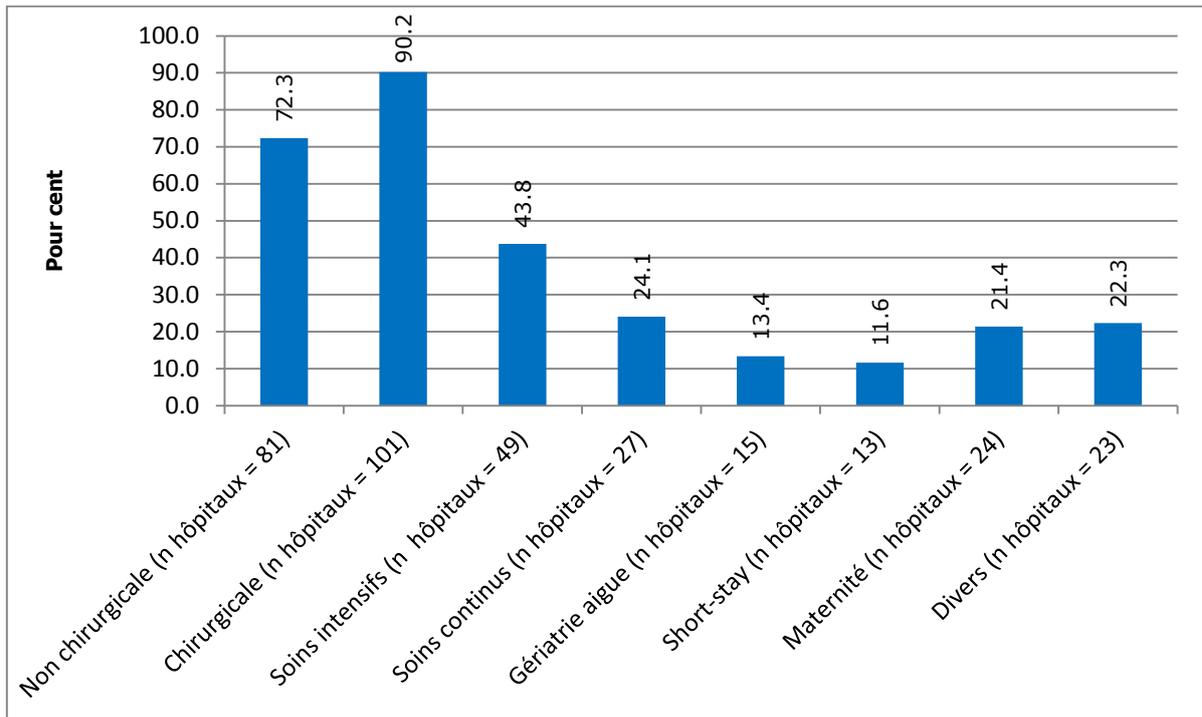
Tableau 8: hôpitaux et patient-e-s participants par canton

| Canton | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux | Nombre des patient-e-s hospitalisé-e-s | Participation des patient-e-s % |
|----------------|---|--|------------------------|------------------------|----------------|--|---------------------------------|
| AG | 0 | 2 | 5 | 1 | 8 | 1106 | 64.6 |
| AI | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 14 | 85.7 |
| AR | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 185 | 64.9 |
| BE | 1 | 4 | 7 | 1 | 13 | 2461 | 64.4 |
| BL | 0 | 2 | 2 | 2 | 6 | 757 | 65.3 |
| BS | 1 | 1 | 2 | 2 | 6 | 1263 | 65.5 |
| FL | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 42 | 38.1 |
| FR | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | 346 | 72.8 |
| GE | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 130 | 71.5 |
| GL | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 66 | 83.3 |
| GR | 0 | 1 | 6 | 1 | 8 | 370 | 68.4 |
| JU | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 113 | 86.7 |
| LU | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 664 | 72.7 |
| NE | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 302 | 76.5 |
| NW | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 47 | 66.0 |
| OW | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 44 | 72.7 |
| SG | 0 | 1 | 4 | 0 | 5 | 1109 | 61.1 |
| SH | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 128 | 64.1 |
| SO | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 276 | 94.9 |
| SZ | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 | 204 | 62.7 |
| TG | 0 | 2 | 1 | 1 | 4 | 486 | 61.5 |
| TI | 0 | 1 | 5 | 0 | 6 | 1004 | 88.8 |
| UR | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 72 | 77.8 |
| VD/VS | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 121 | 66.1 |
| VD | 1 | 2 | 5 | 4 | 12 | 1376 | 70.7 |
| VS | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 579 | 74.3 |
| ZG | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 184 | 56.5 |
| ZH | 1 | 4 | 4 | 1 | 10 | 2117 | 62.5 |
| Total | 4 | 24 | 64 | 20 | 112 | 15566 | |
| Total % | 3.6 | 21.4 | 57.1 | 17.9 | 100 | 100 | 68.1 |



La figure 1 montre les types d'unités de soins qui ont participé et le nombre d'hôpitaux/cliniques pour chacune d'entre elles (chaque hôpital comprend plusieurs types d'unités de soins et sera donc comptabilisé plusieurs fois). Il en ressort que 101 hôpitaux disposent d'unités de chirurgie, soit quasiment tous. Dans ce contexte, unité « chirurgicale » signifie que cette unité pratique des interventions. La catégorie « Unités diverses » comprend une unité pédiatrique, une unité psychiatrique et deux unités de réadaptation. Les patient-e-s indiqué-e-s dans l'unité nommé pédiatrie ont entre 35 et 65 ans. On peut par conséquent supposer que la codification est erronée.

Figure 1: type d'unité de soins dans les hôpitaux en pourcentage*



* Le pourcentage se rapporte au nombre total d'hôpitaux ou groupes hospitaliers participants (n = 112).

Le tableau 9 indique le nombre d'unités de soins par type d'hôpital qui participent à la mesure. Au total, 1'042 unités de soins ont participé à la mesure. Les unités de soins les plus représentées concernaient la chirurgie avec 470 unités (45,1 %), suivies des unités de soins non chirurgicales avec 323 unités (31,0 %).



Tableau 9: types d'unités de soins selon le type d'hôpital

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux |
|---|---|--|------------------------|------------------------|----------------|
| Type d'unité de soins | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Chirurgicale | 53 (5.1) | 138 (13.2) | 129 (12.4) | 3 (0.3) | 323 (31.0) |
| Non chirurgicale | 63 (6.0) | 185 (17.8) | 196 (18.8) | 26 (2.5) | 470 (45.1) |
| Soins intensifs | 13 (1.2) | 25 (2.4) | 26 (2.5) | 1 (0.1) | 65 (6.2) |
| Soins continus/soins continus de la chirurgie cardiaque | 9 (0.9) | 7 (0.7) | 27 (2.6) | 0 (0.0) | 43 (4.1) |
| Gériatrie aiguë | 2 (0.2) | 10 (1.0) | 20 (1.9) | 5 (0.5) | 37 (3.6) |
| Court séjour | 6 (0.6) | 3 (0.3) | 9 (0.9) | 0 (0.0) | 18 (1.7) |
| Maternité | 3 (0.3) | 15 (1.4) | 17 (1.6) | 1 (0.1) | 36 (3.5) |
| Divers | 6 (0.6) | 15 (1.4) | 17 (1.6) | 12 (1.2) | 50 (4.8) |
| Total | 155 (14.9) | 398 (38.2) | 440 (42.2) | 49 (4.7) | 1042 (100.0) |

5.2 Patient-e-s participant-e-s

Comme indiqué au chapitre 5.1, 15'566 patient-e-s âgé-e-s d'au moins 18 ans étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux participants le jour de la mesure. Parmi eux/elles, 68,1 % (n = 10'608) ont participé à la mesure. Leurs caractéristiques sont décrites ci-dessous.

5.2.1 Sexe

Le sexe est indiqué pour 10'606 patient-e-s : on compte 48,1 % d'hommes et 51,8 % de femmes. Le tableau 10 montre que la répartition des sexes est différente selon les types d'hôpitaux. Ainsi, le nombre d'hommes hospitalisés dans les hôpitaux universitaires est supérieur à la moyenne (56,8 %) alors que dans les cliniques spécialisées, les patientes sont plus représentées (63,9 %).

Tableau 10: répartition par sexe des participants dans les différents types d'hôpitaux

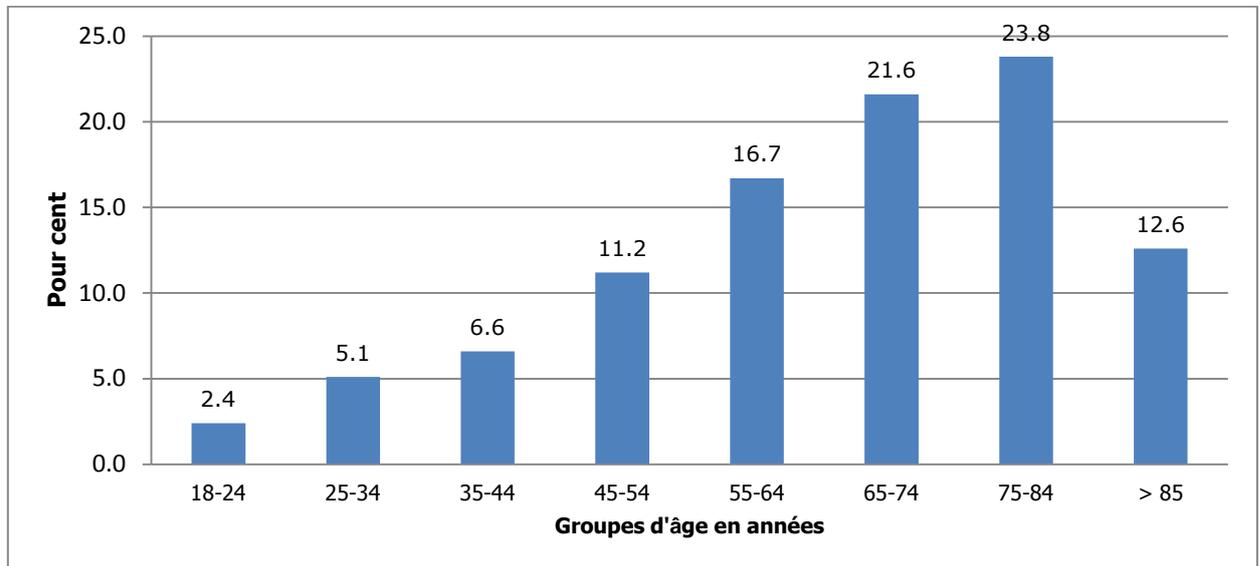
| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux |
|--------------|---|--|------------------------|------------------------|----------------|
| Sexe | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| masculin | 830 (56.8) | 2129 (48.8) | 1951 (46.6) | 194 (36.1) | 5104 (48.1) |
| féminin | 632 (43.2) | 2231 (51.2) | 2296 (54.1) | 343 (63.9) | 5502 (51.9) |
| Total | 1462 (100.0) | 4360 (100.0) | 4374 (100.0) | 627 (100.0) | 10606 (100) |



5.2.2 Âge

Les participant-e-s avaient entre 18 et 102 ans. L'âge moyen était 65,3 ans, avec un écart type (SD) de +/- 17,7 ans. Autrement dit, la majorité des personnes avaient entre 47,6 et 83 ans, comme le montre la figure 2.

Figure 2: âge des participant-e-s par groupe d'âge



La comparaison des groupes d'âge entre les hôpitaux fait ressortir des différences. Par exemple, il y a moins de patient-e-s appartenant au groupe d'âge « 75 ans et plus » dans les hôpitaux universitaires que dans les autres types d'hôpitaux (voir tableau 11).

Tableau 11: âge des participant-e-s par type d'hôpital

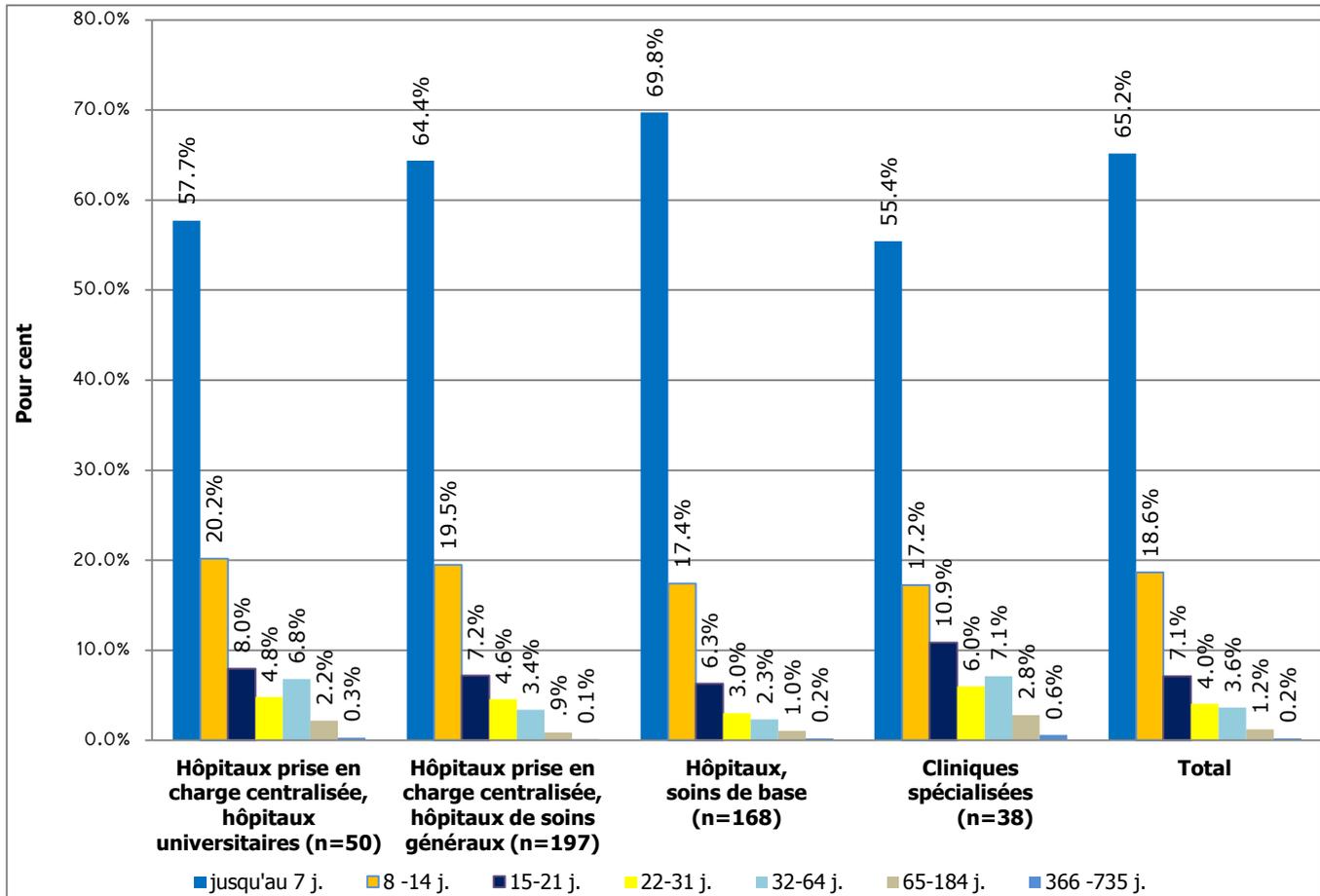
| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpital |
|--------------------|---|--|------------------------|------------------------|---------------|
| Groupe d'âge (ans) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| 18 à 24 | 37 (2.5) | 109 (2.5) | 104 (2.4) | 6 (1.1) | 256 (2.4) |
| 25 à 34 | 90 (6.2) | 219 (5.0) | 213 (5.0) | 21 (3.9) | 543 (5.1) |
| 35 à 44 | 123 (8.4) | 255 (5.8) | 291 (6.9) | 32 (6.0) | 701 (6.6) |
| 45 à 54 | 209 (14.3) | 459 (10.5) | 464 (10.9) | 52 (9.7) | 1184 (11.2) |
| 55 à 64 | 302 (20.7) | 719 (16.5) | 661 (15.6) | 87 (16.2) | 1769 (16.7) |
| 65 à 74 | 338 (23.1) | 955 (21.9) | 900 (21.2) | 95 (17.7) | 2288 (21.6) |
| 75 à 84 | 256 (17.5) | 1116 (25.6) | 1021 (24.0) | 132 (24.6) | 2525 (23.8) |
| > 85 | 107 (7.3) | 528 (12.1) | 593 (14.0) | 112 (20.9) | 1340 (12.6) |
| Total | 1462 (100.0) | 4360 (100.0) | 4247 (100.0) | 537 (100.0) | 10606 (100.0) |



5.2.3 Durée de l'hospitalisation jusqu'au moment de la mesure

La durée de l'hospitalisation jusqu'au moment de la mesure était indiquée pour 10'604 participants. Pour 7 d'entre eux, les chiffres, très élevés, n'étaient pas plausibles. Comme on peut supposer qu'il s'agit d'erreurs de saisie, les données relatives aux patient-e-s ont été exclues du calcul pour la durée de l'hospitalisation jusqu'au moment de la mesure. La durée moyenne de l'hospitalisation est de 9,7 jours, avec un minimum de 0 jour et un maximum de 397. L'écart type est de 20,2 jours. Comme le montre la figure 3, la durée de l'hospitalisation jusqu'au moment de la mesure la plus fréquente dans tous les types d'hôpitaux est de 7 jours (toutes données confondues).

Figure 3: durée de l'hospitalisation en jours par type d'hôpital jusqu'au moment de la mesure.





5.2.4 Interventions chirurgicales

Le tableau 12 indique que 39,4 % des patient-e-s participant-e-s ont subi une intervention chirurgicale dans les deux semaines précédant la mesure. Ceci montre que la part des opérations effectuées dans les soins de base administrés dans les hôpitaux de soins généraux et dans les cliniques spécialisées est majeure par rapport celle dans les autres types d'hôpitaux.

Tableau 12: intervention chirurgicale dans les deux semaines précédant la mesure

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux |
|--|---|--|------------------------|------------------------|----------------|
| Intervention chirurgicale durant les 2 dernières semaines | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Non | 922 (63.1) | 2771 (63.6) | 2428 (57.2) | 310 (57.7) | 6431 (60.6) |
| Oui | 540 (36.9) | 1589 (36.4) | 1819 (42.8) | 227 (42.3) | 4175 (39.4) |
| Total | 1462 (100.0) | 4360 (100.0) | 4247 (100.0) | 537 (100.0) | 10606 (100.0) |

La durée moyenne des opérations effectuées est de 128,7 minutes (minimum 1 minute et maximum 813 minutes, SD de +/- 97,7 minutes). La comparaison des types d'hôpitaux fait ressortir des différences notables de la durée des opérations (tableau 13).

Tableau 13: comparaison de la durée des opérations selon les types d'hôpitaux

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées |
|--|---|--|------------------------|------------------------|
| Durée intervention chirurgicale | en minutes (min.) | min. | min. | min. |
| Durée minimum en minutes | 5.0 | 6.0 | 1.0 | 10.0 |
| Durée maximum en minutes | 690.0 | 813.0 | 690.0 | 780.0 |
| Valeur moyenne en minutes | 178.8 | 137.9 | 108.8 | 111.8 |
| Écart type | 128.8 | 101.1 | 76.6 | 85.1 |

5.2.5 Signes cliniques et besoins de soins

Le tableau 14 montre quels signes cliniques étudiés se manifestent dans les divers types d'hôpitaux. Des différences s'observent en fonction du type de soins administrés et des spécialisations.



Tableau 14: pathologies par type d'hôpital

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux |
|--|---|--|------------------------|------------------------|----------------------|
| Signes cliniques | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Maladie (Mal.) infectieuse | 162 (11.1) | 679 (15.6) | 498 (11.7) | 34 (6.3) | 1373 (12.9) |
| Cancer | 368 (25.2) | 867 (19.9) | 554 (13.0) | 91 (17.0) | 1880 (17.7) |
| Maladie endocrinienne, nutritionnel, métabol. | 199 (13.6) | 752 (17.2) | 617 (14.5) | 36 (6.7) | 1604 (15.1) |
| Diabète | 161 (11.0) | 650 (14.9) | 547 (12.9) | 57 (10.6) | 1415 (13.3) |
| Maladie du sang ou d'un organe hématopoïétique | 134 (9.2) | 400 (9.2) | 276 (6.5) | 37 (6.9) | 847 (8.0) |
| Troubles psychiques | 129 (8.8) | 446 (10.2) | 402 (9.5) | 53 (9.9) | 1030 (9.7) |
| Démence | 43 (2.9) | 214 (4.9) | 253 (6.0) | 66 (12.3) | 576 (5.4) |
| Maladie du système nerveux, sans AVC | 186 (12.7) | 410 (9.4) | 269 (6.3) | 56 (10.4) | 921 (8.7) |
| Maladie yeux/oreilles | 89 (6.1) | 281 (6.4) | 253 (6.0) | 61 (11.4) | 684 (6.4) |
| Lésion par section médullaire | 11 (0.8) | 21 (0.5) | 6 (0.1) | 0 (0.0) | 38 (0.4) |
| Maladie cardiaque ou vasculaire | 654 (44.7) | 2255 (51.7) | 2029 (47.8) | 231 (43.1) | 5169 (48.7) |
| Accident vasculaires cérébraux/hémiplégie | 100 (6.8) | 292 (6.7) | 227 (5.3) | 34 (6.3) | 653 (6.2) |
| Mal. des voies resp., nez/amygdales | 322 (22.0) | 1010 (23.2) | 705 (16.6) | 93 (17.4) | 2130 (20.1) |
| Mal. du système digestif | 299 (20.5) | 1239 (28.4) | 1034 (24.3) | 71 (13.2) | 2643 (24.9) |
| Mal. reins, voies urinaires, org. sexuels | 356 (24.4) | 1325 (30.4) | 1061 (25.0) | 101 (18.8) | 2843 (26.8) |
| Maladies de la peau | 102 (7.0) | 228 (5.2) | 165 (3.9) | 13 (2.4) | 508 (4.8) |
| Maladies de l'appareil locomoteur | 331 (22.6) | 1389 (31.9) | 1568 (36.9) | 254 (47.4) | 3542 (33.4) |
| Anomalie congénitale | 9 (0.6) | 27 (0.6) | 22 (0.5) | 4 (0.7) | 62 (0.6) |
| Traumatisme ou séquelles d'accident | 154 (10.5) | 486 (11.1) | 402 (9.5) | 52 (9.7) | 1094 (10.3) |
| Prothèse totale de la hanche | 43 (2.9) | 206 (4.7) | 296 (7.0) | 53 (9.9) | 598 (5.6) |
| Impossibilité d'établir un diagnostic précis | 3 (0.2) | 14 (0.3) | 17 (0.4) | 0 (0.0) | 34 (0.3) |
| Autres | 168 (11.5) | 578 (13.3) | 536 (12.6) | 59 (11.0) | 1341 (12.6) |
| Total | 1462 (100.0) | 4360 (100.0) | 4247 (100.0) | 536 (100.0) | 10605 (100.0) |



En ce qui concerne le besoin de soins, les personnes hospitalisées semblent avoir un besoin moins important dans les hôpitaux universitaires que celles hospitalisées dans les autres types d'hôpitaux (voir tableau 15).

Tableau 15: besoin de soins par type d'hôpital

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux |
|--|---|--|------------------------|------------------------|----------------|
| Soins nécessaires | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) | 214 (14.6) | 1081 (24.8) | 931 (21.9) | 118 (22.0) | 2344 (22.1) |
| Besoin d'aide pour les tâches ménagères (ATM) | 180 (12.3) | 936 (21.5) | 791 (18.6) | 79 (14.7) | 1986 (18.7) |
| Total | 1462 (100.0) | 4360 (100.0) | 4247 (100.0) | 537 (100.0) | 10606 (100.0) |

Au total, 408 unités de soins, soit 39,2 % des unités de soins participantes, ont pris l'initiative de mesurer auprès de 5'797 patient-e-s, soit 54,7 % des participant-e-s, leur niveau de dépendance aux soins en utilisant l'échelle de dépendance aux soins (EDS). La somme totale calculée selon EDS indique que la majorité des patient-e-s hospitalisé-e-s est, dans tous les hôpitaux, complètement indépendante. En revanche, peu de patient-e-s sont entièrement dépendant-e-s (tableau 16).

Tableau 16: dépendance aux soins selon le type d'hôpital

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux |
|-----------------------------|---|--|------------------------|------------------------|----------------|
| Dépendance aux soins | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Dépendance complète | 10 (2.2) | 71 (3.0) | 65 (2.4) | 3 (1.0) | 149 (2.6) |
| Dépendance prépondérante | 30 (6.5) | 170 (7.2) | 217 (8.1) | 16 (5.2) | 433 (7.5) |
| Dépendance partielle | 56 (12.2) | 309 (13.1) | 333 (12.4) | 39 (12.7) | 737 (12.7) |
| Indépendance prépondérante | 105 (22.8) | 522 (22.2) | 613 (22.9) | 89 (28.9) | 1329 (22.9) |
| Indépendance complète | 259 (56.3) | 1282 (54.5) | 1447 (54.1) | 161 (52.3) | 3149 (54.3) |
| Total | 460 (100.0) | 2354 (100.0) | 2675 (100.0) | 308 (100.0) | 5797 (100.0) |

5.3 Indicateur « Escarres »

Dans ce chapitre, les résultats relatifs aux données relevées grâce à l'instrument LPZ sont décrits pour l'indicateur « Escarres » : caractéristiques des patient-e-s avec escarre (nosocomiale), prévalence (nosocomiale) de l'escarre (avec et sans degré 1), plaies de décubitus, douleurs, mesures préventives, traitement et indicateurs de structure pour l'escarre.



5.3.1 Caractéristiques des patient-e-s avec escarre

Au total, une escarre a été détectée sur 9,4 % des 10'606 participant-e-s. Le tableau 17 décrit ces patient-e-s selon les types d'hôpitaux participants. Le nombre de femmes touchées (51,9 %) est supérieur à celui des hommes. L'âge moyen des patient-e-s concerné-e-s est de 74,9 ans et 33,3 % d'entre eux / elles ont subi une opération dans les deux semaines précédant la mesure.

Tableau 17: description de tous/toutes les participant-e-s avec une escarre de degré 1 à 4

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires n = 1462 | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux n = 4360 | Hôpitaux soins de base n = 4247 | Cliniques spécialisées n = 537 | Total hôpitaux n = 10606 |
|--|---|--|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Nombre de patient-e-s | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Nombre total des patient-e-s avec escarre | 156 (10.7) | 408 (9.4) | 377 (8.6) | 56 (10.4) | 997 (9.4) |
| Nombres d'escarres | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Sexe féminin | 64 (41.0) | 212 (52.0) | 206 (54.6) | 35 (62.5) | 517 (51.9) |
| Âge moyen (SD) | 68.0 (17.7) | 75.0 (13.6) | 76.3 (13.3) | 79.8 (10.4) | 74.7 (14.4) |
| Intervention chirurgicale dans les deux dernières semaines | 55 (35.3) | 152 (37.3) | 117 (31.0) | 8 (14.3) | 332 (33.3) |

5.3.2 Prévalence des escarres

Le tableau 18 indique la répartition du risque d'escarres pour tous les patient-e-s participant-e-s par types d'hôpitaux selon l'échelle de Braden. Les patient-e-s sont divisé-e-s en trois groupes : les patient-e-s à haut risque (échelle de Braden : < 15 points), à faible risque (échelle de Braden : de 15 à 20 points) et les patient-e-s qui ne présentent aucun risque (échelle de Braden : > 20 points). Aucune différence notable n'a pu être relevée dans les divers types d'hôpitaux par rapport aux groupes à risque.

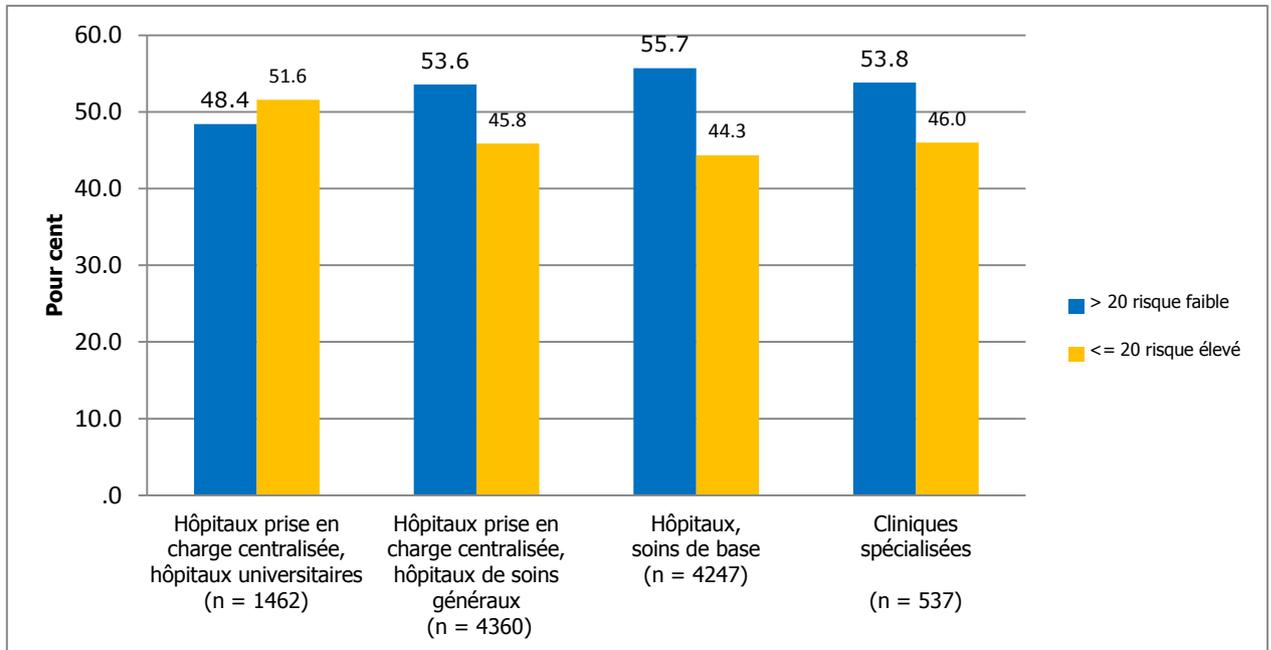
Tableau 18: risque d'escarre selon l'échelle de Braden pour tous les patient-e-s

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux |
|-----------------------------|---|--|------------------------|------------------------|----------------|
| Patient-e-s à risque | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Risque élevé | 140 (9.6) | 306 (7.0) | 271 (6.4) | 44 (8.2) | 761 (7.2) |
| Risque faible | 614 (42.0) | 1693 (38.8) | 1611 (37.9) | 203 (37.8) | 4121 (38.9) |
| Pas de risque | 708 (48.4) | 2361 (54.2) | 2365 (55.7) | 290 (54.0) | 5724 (54.0) |
| Total | 1462 (100.0) | 4360 (100.0) | 4247 (100.0) | 537 (100.0) | 10606 (100.0) |



Le risque d'escarre estimé sur la base de l'échelle de Braden présente une fourchette de 6 à 23 points. La figure 4 indique le risque d'escarre pour chaque type d'hôpital selon la répartition LPZ. Les patient-e-s sont divisé-e-s en deux groupes selon le résultat total obtenu sur l'échelle de Braden. LPZ définit un score Braden ≤ 20 comme haut risque d'escarre et un score > 20 comme risque peu élevé d'escarre (Halfens, et al., 2000).

Figure 4: risque d'escarre selon la répartition LPZ pour tous les patient-e-s



Le tableau 19 montre les différentes formes de prévalence des escarres pour tous les types d'hôpitaux. Les différences de taux entre les hôpitaux ne sont pas très importantes.

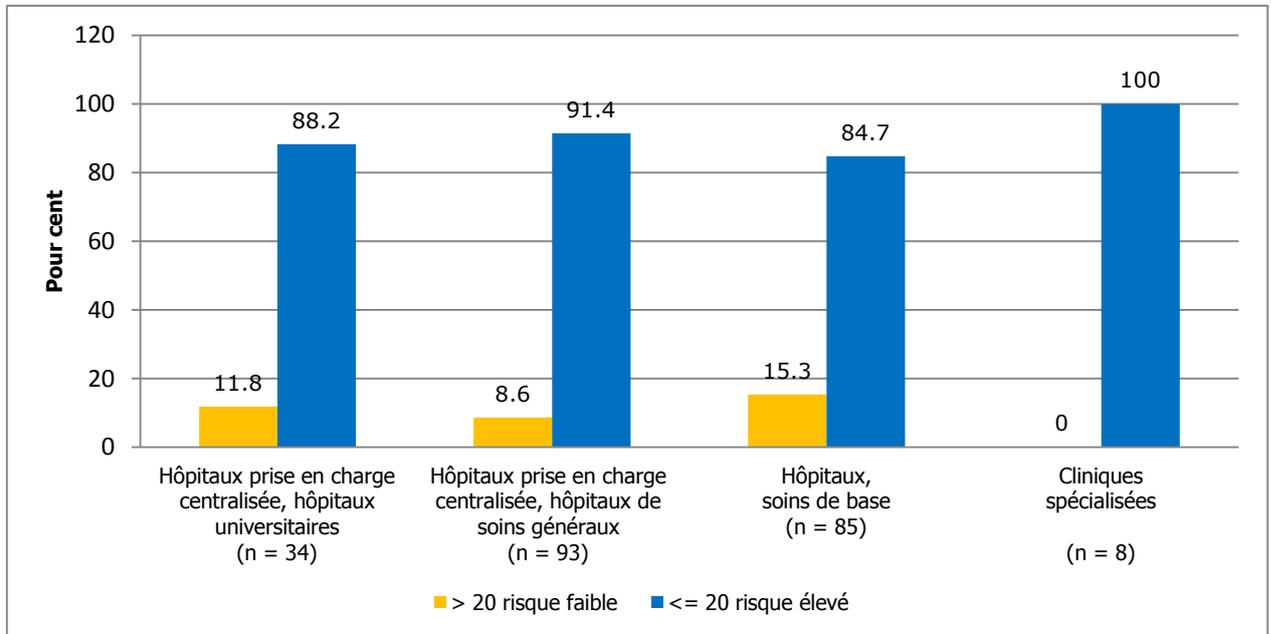
Tableau 19: différentes formes de prévalence des escarres

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux |
|---|---|--|------------------------|------------------------|----------------|
| Prévalence des escarres | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Prévalence totale (degré 1-4) | 156 (10.7) | 408 (9.4) | 377 (8.6) | 56 (10.4) | 997 (9.4) |
| Prévalence sans degré 1 | 61 (4.2) | 176 (4.0) | 178 (4.2) | 12 (2.2) | 427 (4.0) |
| Prévalence nosocomiale | 99 (6.8) | 258 (5.9) | 225 (5.3) | 37 (6.9) | 619 (5.8) |
| Prévalence nosocomiale sans degré 1 | 34 (2.3) | 93 (2.1) | 85 (2.0) | 8 (1.5) | 220 (2.1) |
| Total | 1461 (100.0) | 4357 (100.0) | 4246 (100.0) | 536 (100.0) | 10600 (100.0) |
| Prévalence sans degré 1 patient-e-s à risques | 53 (7.0) | 161 (8.1) | 153 (8.1) | 11 (4.5) | 378 (7.7) |
| Prévalence nosocomiale sans degré 1 patient-e-s à risques | 30 (4.0) | 85 (4.3) | 72 (3.8) | 8 (3.2) | 195 (4.0) |
| Total patient-e-s à risques | 754 (100.0) | 1999 (100.0) | 1882 (100.0) | 247 (100.0) | 4882 (100.0) |



La figure 5 indique les patient-e-s avec une escarre nosocomiale, sauf le degré 1, selon les catégories de risque correspondant à la répartition des risques LPZ. Parmi les divers types d'hôpitaux, de faibles différences sont remarquées entre les patient-e-s avec une escarre nosocomiale, sauf le degré 1, selon les catégories de risque correspondant à la répartition des risques LPZ. De plus, la grande majorité des patient-e-s avec une escarre nosocomiale, sauf le degré 1, fait partie du groupe des patient-e-s à haut risque.

Figure 5: patient-e-s avec escarre nosocomiale, sauf le degré 1, selon les catégories de risque



Dans le tableau 20 sont représentées les valeurs relatives aux personnes avec une escarre de degré 1 à 4 selon l'estimation des risques à l'aide de l'échelle de Braden. Les patient-e-s sont divisé-e-s en trois groupes : patient-e-s à haut risque (score Braden : < 15 points), à faible risque (score Braden : de 15 à 20 points) et les patient-e-s qui ne présentent aucun risque (score Braden : > 20 points). Ici encore, on ne remarque aucune différence notable entre les divers types d'hôpitaux.

Tableau 20: degré d'escarre par risque d'escarre selon Braden

| Escarres | Patient-e-s à risque | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux |
|---------------|----------------------|---|--|------------------------|------------------------|----------------|
| | | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Pas d'escarre | Pas de risque | 708 (48.4) | 2361 (54.2) | 2365 (55.7) | 290 (54.0) | 5724 (54.0) |
| | Risque faible | 525 (35.9) | 1469 (33.7) | 1392 (32.8) | 172 (32.0) | 3558 (33.5) |
| | Risque élevé | 94 (6.4) | 173 (4.0) | 168 (4.0) | 27 (5.0) | 462 (4.4) |
| Degré 1 | Risque faible | 56 (3.8) | 135 (3.1) | 119 (2.8) | 25 (4.7) | 335 (3.2) |
| | Risque élevé | 26 (1.8) | 59 (1.4) | 49 (1.2) | 12 (2.2) | 146 (1.4) |
| Degré 2 | Risque faible | 18 (1.2) | 64 (1.5) | 61 (1.4) | 4 (0.7) | 147 (1.4) |
| | Risque élevé | 12 (0.8) | 49 (1.1) | 28 (0.7) | 3 (0.6) | 92 (0.9) |
| Degré 3 | Risque faible | 12 (0.8) | 17 (0.4) | 31 (0.7) | 2 (0.4) | 62 (0.6) |



| | | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux |
|----------------|---------------|---|--|------------------------|------------------------|----------------|
| Degré 4 | Risque élevé | 6 (0.4) | 13 (0.3) | 16 (0.4) | 1 (0.2) | 36 (0.3) |
| | Risque faible | 5 (0.3) | 18 (0.4) | 17 (0.4) | 1 (0.2) | 18 (0.2) |
| | Risque élevé | 2 (0.1) | 11 (0.3) | 9 (0.2) | 1 (0.2) | 23 (0.2) |
| | Total | 1462 (100) | 4360 (100) | 4247 (100) | 537 (100) | 10606 (100) |

Dans les divers types d'unités de soins, les taux de prévalence indiqués dans le tableau 21, escarre hors degré 1, sont similaires et relativement bas.

Tableau 21: prévalence nosocomiale, hors degré 1, par unité de soin dans les types d'hôpitaux

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires n = 1461 | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux n = 4359 | Hôpitaux soins de base n = 4247 | Cliniques spécialisées n = 536 | Total hôpitaux n = 10603 |
|---|---|--|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Type d'unité de soins | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Non chirurgicale | 5 (0.9) | 41 (2.4) | 21 (1.5) | 0 (0) | 67 (1.8) |
| Chirurgicale | 19 (2.8) | 34 (1.6) | 38 (1.8) | 1 (0.4) | 92 (1.8) |
| Soins intensifs | 7 (9.2) | 9 (10.2) | 6 (9.4) | 0 (0) | 22 (9.4) |
| Soins continus/soins continus de la chirurgie cardiaque | 3 (9.7) | 1 (6.7) | 2 (2.5) | 0 (0) | 6 (4.7) |
| Gériatrie aiguë | 0 (0) | 4 (3.7) | 11 (4.0) | 3 (4.3) | 18 (3.8) |
| Réadaptation | 0 (0) | 1 (3.4) | 0 (0) | 1 (2.7) | 2 (3.0) |
| Divers | 0 (0) | 3 (2.8) | 7 (4.8) | 3 (2.0) | 13 (3.0) |
| Total | 34 (2.3) | 93 (2.1) | 85 (2.0) | 8 (1.5) | 220 (2.1) |

5.3.3 Caractéristiques des patient-e-s avec une escarre hors degré 1

Au total, 220 personnes attrapent une escarre à l'hôpital, 53 % (n = 118) d'entre elles sont des hommes. L'âge moyen est de 71,4 ans (minimum 19, maximum 99, SD +/- 15,6). L'âge moyen des femmes concernées est avec 74,5 ans (SD +/- 15,2), plus élevé que celui des hommes (68,8 ans, SD +/- 15,5). 50 % (n = 51) des femmes et 39 % (n = 46) des hommes ont subi une opération dans les deux semaines précédant la mesure.

Le tableau 22 décrit l'état de santé des patient-e-s avec une escarre nosocomiale hors degré 1 par type d'hôpitaux.



Tableau 22: pathologies et besoin en termes de soins des patient-e-s avec une escarre nosocomiale hors degré 1

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires n = 1461 | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux n = 4359 | Hôpitaux soins de base n = 4247 | Cliniques spécialisées n = 536 | Total hôpitaux n = 10603 |
|---|---|--|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Maladies | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Total prévalence nosocomiale des escarres hors degré 1 | 34 (2.3) | 93 (2.1) | 86 (2.0) | 8 (1.5) | 221 (2.1) |
| Signes cliniques | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Maladie infectieuse | 8 (23.5) | 42 (45.2) | 21 (24.7) | 0 (0.0) | 71 (32.3) |
| Cancer | 8 (23.5) | 23 (25.6) | 20 (23.3) | 4 (40.0) | 55 (25.0) |
| Maladie endocrinienne, nutritionnel, métabol. | 5 (14.7) | 21 (22.6) | 22 (25.9) | 1 (12.5) | 49 (22.3) |
| Diabète | 8 (23.5) | 29 (31.2) | 18 (21.2) | 3 (37.5) | 58 (26.4) |
| Mal. du sang ou d'un organe hématopoïétique | 7 (20.6) | 17 (18.3) | 11 (12.9) | 0 (0.0) | 35 (15.9) |
| Troubles psychiques | 7 (20.6) | 14 (15.1) | 8 (9.4) | 1 (12.5) | 30 (13.6) |
| Démence | 0 (0.0) | 8 (8.6) | 9 (10.6) | 3 (37.5) | 20 (9.1) |
| Maladie du système nerveux, sans AVC | 5 (14.7) | 9 (9.7) | 4 (4.7) | 2 (25.0) | 20 (9.1) |
| Maladie yeux/oreilles | 2 (5.9) | 11 (11.8) | 7 (8.2) | 0 (0.0) | 20 (9.1) |
| Lésion médullaire | 0 (0.0) | 1 (1.1) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (0.5) |
| Maladie cardiaque ou vasculaire | 15 (44.1) | 76 (71.0) | 57 (67.1) | 6 (75.0) | 144 (65.5) |
| Accident vasculaires cérébral/hémiplégie | 0 (0.0) | 7 (7.5) | 12 (14.1) | 2 (25.0) | 21 (9.5) |
| Mal. des voies resp., nez/amygdales | 12 (35.3) | 31 (33.3) | 19 (22.4) | 2 (25.0) | 64 (29.1) |
| Mal. du système digestif | 13 (38.2) | 31 (33.3) | 21 (24.7) | 0 (0.0) | 65 (29.5) |
| Mal. reins, voies urinaires, org. sexuels | 10 (29.4) | 43 (46.2) | 24 (28.2) | 4 (50.0) | 81 (36.8) |
| Maladies de la peau | 2 (5.9) | 14 (15.1) | 4 (4.7) | 1 (12.5) | 21 (9.5) |
| Maladies de l'appareil locomoteur | 7 (20.6) | 52 (55.9) | 37 (43.5) | 4 (50.0) | 100 (45.5) |
| Anomalie congénitale | 0 (0.0) | 3 (3.2) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 3 (1.4) |



| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires n = 1461 | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux n = 4359 | Hôpitaux soins de base n = 4247 | Cliniques spécialisées n = 536 | Total hôpitaux n = 10603 |
|--|---|--|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Maladies | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Traumatisme ou séquelles d'accident | 5 (14.7) | 12 (12.9) | 21 (24.7) | 2 (25.0) | 40 (18.2) |
| Prothèse totale de la hanche | 2 (5.9) | 8 (8.6) | 14 (16.5) | 0 (0.0) | 24 (10.9) |
| Impossibilité d'établir un diagnostic précis | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Autres | 4 (11.8) | 10 (10.8) | 11 (12.9) | 1 (12.5) | 26 (11.8) |
| Soins nécessaires | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Dépendance d'une aide pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) | 4 (11.8) | 59 (63.4) | 42 (49.4) | 4 (50.0) | 109 (49.5) |
| Dépendance d'une aide pour les tâches ménagères (ATM) | 4 (11.8) | 50 (53.8) | 36 (42.2) | 3 (37.5) | 93 (42.3) |

Le tableau 23 fournit des informations sur le degré de dépendance aux soins des patient-e-s avec une escarre nosocomiale hors degré 1. Certaines données ne sont pas reportées ici puisque des cliniques n'ont pas participé à la mesure du degré de dépendance aux soins. Dans les hôpitaux universitaires, les informations relatives à l'échelle de dépendance aux soins (EDS) manquent pour 85 % des 34 patient-e-s atteint-e-s d'une escarre nosocomiale, dans la prise en charge centralisée de l'hôpital général. 34,4 % des informations sont manquantes. Pour les soins de base, cette valeur est de 29,4 % et de 62,5 % dans les cliniques spécialisées.

Tableau 23: dépendance aux soins des patient-e-s avec une escarre nosocomiale, hors degré 1

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires n = 1461 | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux n = 4359 | Hôpitaux soins de base n = 4247 | Cliniques spécialisées n = 536 |
|---|---|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| Dépendance aux soins | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Dépendance complète | Pas d'indication | 9 (9.7) | 6 (7.1) | 1 (12.5) |
| Dépendance prépondérante | 3 (8.8) | 16 (17.2) | 10 (11.8) | 1 (12.5) |
| Dépendance partielle | 2 (5.9) | 17 (18.3) | 14 (16.5) | Pas d'indication |
| Indépendance prépondérante | Pas d'indication | 13 (14.0) | 19 (22.4) | 1 (12.5) |
| Indépendance complète | Pas d'indication | 6 (6.5) | 11 (12.9) | Pas d'indication |
| Total prévalence nosocomiale des escarres hors degré 1 | 34 (100.0) | 93 (100.0) | 86 (100.0) | 8 (100.0) |

5.3.4 Escarres

Le tableau 24 indique le nombre d'escarres par degré et type d'hôpital. Parmi les diverses unités de soins, il y a peu de différences entre les pourcentages d'escarres. Le plus grand nombre d'escarres de degré 1 a été relevé dans les cliniques spécialisées. Les escarres de degré 2 et 3 ont été mesurées en majorité au niveau des soins de base, le degré 3 est surtout présent dans la prise en charge centralisée des hôpitaux



universitaires. Les escarres de degré 4 ont été mesurées en grande partie dans la prise en charge centralisée des hôpitaux de soins généraux et dans les soins de base.

Tableau 24: total escarres par degré et type d'hôpital

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux |
|-----------------|---|--|------------------------|------------------------|----------------|
| Escarres | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Degré 1 | 153 (67.4) | 421 (66.3) | 356 (61.1) | 69 (76.7) | 846 (55.1) |
| Degré 2 | 43 (18.9) | 146 (23.0) | 140 (24.0) | 15 (16.7) | 344 (22.4) |
| Degré 3 | 25 (11.0) | 43 (6.8) | 65 (11.1) | 5 (5.6) | 138 (9.0) |
| Degré 4 | 6 (2.6) | 25 (3.9) | 22 (3.7) | 1 (1.1) | 54 (3.5) |
| Total | 227 (100.0) | 635 (100.0) | 583(100.0) | 90 (100.0) | 1535 (100.0) |

*Les chiffres relatifs aux localisations corporelles font référence au nombre d'escarres et non au nombre de patient-e-s. Cela signifie qu'un-e seul-e et même patient-e peut avoir plusieurs escarres.

Le tableau 25 indique le nombre d'escarres par degré et type d'hôpital. On peut remarquer des différences entre les pourcentages des escarres dans les diverses unités de soins. Le plus grand nombre d'escarres nosocomiales de degré 1 a été relevé dans les cliniques spécialisées. Les escarres de degrés 2 ont été mesurées en grande partie au niveau des soins de base et de la prise en charge centralisée (hôpitaux de soins généraux), le degré 3 est surtout présent dans la prise en charge centralisée et les soins de base des hôpitaux universitaires.

Tableau 25: escarres nosocomiales par degré et type d'hôpital

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux |
|-----------------|---|--|------------------------|------------------------|----------------|
| Escarres | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Degré 1 | 65 (61.9) | 180 (66.9) | 137 (62.3) | 25 (78.1) | 407 (65.0) |
| Degré 2 | 31 (29.5) | 73 (27.1) | 66 (30.0) | 5 (15.6) | 175 (28.0) |
| Degré 3 | 7 (6.7) | 14 (5.2) | 15 (6.8) | 2 (6.3) | 38 (6.1) |
| Degré 4 | 2 (1.9) | 2 (0.7) | 2 (0.9) | 0 (0.0) | 6 (1.0) |
| Total | 105 (100.0) | 269 (100.0) | 220 (100.0) | 32 (100.0) | 626 (100.00) |

Le tableau 26 décrit la localisation des escarres sur le corps. La localisation a été mesurée pour 1'000 escarres. La partie du corps la plus fréquemment concernée par les escarres est le talon avec 48,6 % des cas, le sacrum (27,8 % des cas) arrive en seconde position.



Tableau 26: localisation des plaies sur le corps selon le type d'hôpital

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux n = 10606 |
|-----------------------------------|---|--|------------------------|------------------------|--------------------------|
| Localisation des parties du corps | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* |
| Occiput | 9 (5.8) | 2 (0.6) | 2 (0.5) | 0 (0.0) | 13 (0.8) |
| Visage | 4 (2.6) | 8 (2.2) | 6 (1.5) | 1 (1.6) | 19 (1.2) |
| Oreille ga (gauche) | 10 (6.4) | 15 (3.7) | 7 (1.9) | 2 (3.6) | 34 (3.4) |
| Oreille dr (droit-e) | 5 (3.2) | 16 (3.9) | 12 (3.2) | 1 (1.8) | 34 (3.4) |
| Coude ga | 6 (3.8) | 28 (6.8) | 18 (4.8) | 1 (1.8) | 53 (5.3) |
| Coude dr | 4 (2.6) | 24 (5.9) | 10 (2.6) | 3 (5.4) | 41 (4.1) |
| Sacrum | 36 (23.1) | 123 (30.0) | 100 (26.5) | 19 (33.9) | 278 (27.8) |
| Siège ga | 28 (17.9) | 68 (16.6) | 69 (18.3) | 9 (16.1) | 174 (17.4) |
| Siège dr | 21 (13.5) | 64 (15.6) | 60 (15.9) | 10 (17.9) | 155 (15.5) |
| Hanche ga | 1 (0.6) | 7 (1.7) | 4 (1.1) | 0 (0.0) | 12 (1.2) |
| Hanche dr | 1 (0.6) | 3 (0.7) | 8 (2.1) | 1 (1.8) | 13 (1.3) |
| Cheville ga | 4 (2.6) | 14 (3.4) | 17 (4.5) | 3 (5.4) | 38 (3.8) |
| Cheville dr | 3 (1.9) | 10 (2.4) | 13 (3.4) | 3 (5.4) | 29 (2.9) |
| Talon ga | 30 (19.2) | 104 (25.4) | 95 (25.1) | 13 (23.2) | 242 (24.2) |
| Talon dr | 27 (17.3) | 92 (22.4) | 107 (28.3) | 18 (32.1) | 244 (24.4) |
| Autre localisation ga | 21 (13.5) | 41 (10.0) | 42 (11.4) | 3 (5.8) | 108 (10.8) |
| Autre localisation dr | 21 (13.5) | 37 (9.0) | 31 (8.2) | 4 (7.1) | 93 (9.3) |
| Total lésions | 231 | 656 | 601 | 91 | 1551 |
| Total patient-e-s | 156 (100.0) | 410 (100.0) | 378 (100.0) | 56 (100.0) | 1000 (100.0) |

*Les chiffres absolus des localisations sur les parties du corps font référence au nombre d'escarres. La valeur exprimée en pourcentage se réfère au nombre total de patient-e-s avec une escarre. Le chiffre absolu se rapporte au nombre total de patient-e-s avec une escarre.

60,8 % des escarres se sont développés depuis moins de deux semaines, plus d'un tiers dure entre 2 semaines et 3 mois tandis que rares sont les cas où les escarres persistent plus longtemps (tableau 27). Ces données se basent sur les informations relevées sur la période jusqu'au moment de la mesure.



Tableau 27: durée de l'escarre

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires n = 1461 | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux n = 4359 | Hôpitaux soins de base n = 4247 | Cliniques spécialisées n = 536 | Total hôpitaux n = 10606 |
|---|---|--|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* |
| Escarres depuis ≤ 2 semaines | 89 (57.1.) | 262 (63.9) | 226(59.8) | 31 (55.4) | 608 (60.8) |
| Escarres depuis > 2 semaines et ≤ 3 mois | 57 (36.5) | 136 (33.2) | 139 (36.8) | 21 (37.5) | 353 (35.3) |
| Escarres depuis > 3 mois et ≤ 6 mois | 5 (3.2) | 15 (3.7) | 17 (4.5) | 2 (3.6) | 39(3.9) |
| Escarres depuis > 6 mois et ≤ 12 mois | 4(2.6) | 6 (1.5) | 7 (1.9) | 2 (3.6) | 19 (1.9) |
| Escarres depuis > 1 année | 8 (5.1) | 18 (4.4) | 12 (3.2) | 5 (8.9) | 43 (4.3) |
| Total patient-e-s avec des escarres ¹ | 156 (100) | 410 (100) | 278 (100) | 56 (100) | 1000 (100.0) |

*Les chiffres absolus relatifs à la durée de l'escarre font référence au nombre d'escarres. La valeur exprimée en pourcentage se réfère au nombre total de patient-e-s avec une escarre.

5.3.5 Douleurs

Au total, 245 patient-e-s souffrent de douleurs dues aux escarres. Au niveau des soins de base, 34,2 % des patient-e-s avec une escarre se plaignent de douleurs, 15,2 % d'entre eux attribuent 7 points d'intensité et plus à leurs douleurs, sur une échelle allant de 0 à 10. Les patient-e-s placé-e-s dans des hôpitaux universitaires ont plus rarement des douleurs (16,3 %), 8 % d'entre eux estiment leurs douleurs avec une intensité de 7 et plus (voir tableau 28), cela signifie que ces personnes souffrent de fortes douleurs.

Tableau 28: patient-e-s avec des douleurs dues à une escarre par type d'hôpital

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires n = 1461 | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux n = 4359 | Hôpitaux soins de base n = 4247 | Cliniques spécialisées n = 536 | Total hôpitaux n = 10606 |
|---|---|--|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Nombres de patient-e-s | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Total des patient-e-s avec escarres | 153 (100.0) | 404 (100.0) | 376 (100.0) | 56 (100.0) | 989 (100.0) |
| Douleurs (oui) | 25 (16.3) | 108 (26.7) | 103 (27.4) | 9 (16.1) | 245 (24.8) |
| Valeur moyenne relative aux douleurs (SD+/-) | 4.7 (1.9) | 3.8 (2.2) | 4.2 (2.0) | 4.1 (1.7) | 7.7 (0.7) |
| Intensité des douleurs ≥ 7 patient-e-s avec douleurs | 2 (8.0) | 17 (15.5) | 16 (15.7) | 1 (11.1) | 36 (14.7) |



5.3.6 Mesures de prévention

Les divers matelas anti escarres utilisés pour les patient-e-s à risque sont représentés dans le tableau 29. Des matelas en mousse visco-élastique sont souvent utilisés ou on renonce à l'utilisation de matelas ou de surmatelas.

Tableau 29: matelas et surmatelas en tant que mesure de prévention chez les patient-e-s à risque par type d'hôpital

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées |
|---|---|--|------------------------|------------------------|
| Matelas/Surmatelas | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Matelas dynamique à basse pression alternée | 23 (17.0) | 54 (15.1) | 32 (9.9) | 5 (10.4) |
| Lit à air | 7 (5.2) | 12 (3.4) | 12 (3.7) | 1 (2.1) |
| Matelas en mousse latex refroidie | 8 (5.9) | 29 (8.1) | 26 (8.1) | 3 (6.3) |
| Matelas en mousse visco-élastique | 50 (37.0) | 98 (27.5) | 76 (23.6) | 17 (35.4) |
| Autres | 3 (2.2) | 41 (11.5) | 80 (24.8) | 6 (12.5) |
| Pas de matelas ou surmatelas de prévention des escarres | 44 (32.6) | 123 (34.5) | 96 (29.8) | 16 (33.3) |
| Total | 135 (100) | 357 (100) | 322 (100) | 48 (100) |

Le tableau 30 indique les mesures préventives en position assise chez les patient-e-s à risque. S'il y a eu recours à des coussins alors ils sont le plus souvent en mousse. Près d'un tiers des patient-e-s à risque n'ont bénéficié d'aucune mesure de prévention d'apparition d'escarre en position assise. Parmi les réponses proposées, la réponse « non approprié » a souvent été sélectionnée.

Tableau 30: mesures préventives en position assise chez les patient-e-s à risque par type d'hôpital

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées |
|---|---|--|------------------------|------------------------|
| Coussins | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Coussin de gel | 2 (1.5) | 11(3.1) | 10 (3.1) | 2 (4.2) |
| Coussin d'air | 0 (0.0) | 4 (1.1) | 7 (2.2) | 3 (6.3) |
| Coussin à picots | 3 (2.2) | 2 (0.6) | 0(0) | 1 (2.1) |
| Coussin à mousse | 10 (7.4) | 42 (11.8) | 38 (11.8) | 16 (33.3) |
| Autre coussin | 2 (1.5) | 46 (12.9) | 24 (7.5) | 2 (4.2) |
| Pas de coussin de prévention des escarres | 46 (34.1) | 105 (29.4) | 108 (33.5) | 11 (22.9) |
| Non pertinent | 72 (53.3) | 147 (41.2) | 135 (41.9) | 13 (27.1) |
| Total | 135 (100) | 357 (100) | 322 (100) | 48 (100.0) |



En guise de prévention générale, diverses mesures ont été mises en œuvre chez les patient-e-s à risque. Le tableau 31 les résume. Plusieurs réponses sont possibles. Dans les hôpitaux universitaires, le nombre de patient-e-s à risque pour lequel-le-s aucune mesure préventive générale n'a été mise en place est clairement inférieur par rapport aux autres types d'hôpitaux. En cas d'interventions, le changement de position et les soins de la peau sont primordiaux. Le recours à d'autres moyens auxiliaires n'est pas considéré dans deux tiers des cas.

Tableau 31: mesures préventives générales et moyens auxiliaires chez les patient-e-s à risque par type d'hôpital

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées |
|--|---|--|------------------------|------------------------|
| Mesures de prévention | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Position alternante /changements suivant un horaire (individuel) préétabli | 42 (31.1) | 193 (54.1) | 174 (54.0) | 16 (33.3) |
| Prévention et correction des déficits nutritionnels ou liquidiens | 40 (29.6) | 131 (36.7) | 111 (34.5) | 19 (39.6) |
| Information du/de la patient-e ainsi que des proches assumant des soins | 34 (25.2) | 137 (38.4) | 110 (34.2) | 17 (35.4) |
| Réduction de la pression sur les talons | 50 (37.0) | 213 (59.7) | 172 (53.4) | 25 (52.1) |
| Réduction de la pression sur d'autres emplacements du corps | 35 (25.9) | 107 (33.1) | 106 (30.4) | 16 (29.1) |
| Application de pommades ou de crèmes pour la protection de la peau | 79 (58.5) | 262 (73.4) | 251 (78.0) | 40 (83.3) |
| Autre mesure | 11 (8.1) | 15 (4.2) | 26 (8.1) | 2 (4.2) |
| Aucune mesure | 25 (18.5) | 25 (7.0) | 24 (7.5) | 4 (8.3) |
| Autres moyens auxiliaires | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Protection du coude | 3 (2.2) | 4 (1.1) | 6 (1.9) | 2 (4.2) |
| Protection des talons | 11 (8.1) | 27 (7.6) | 39 (12.1) | 8 (16.7) |
| Peaux de mouton et similaires | 2 (1.5) | 6 (1.7) | 7 (2.2) | 1 (2.1) |
| Autre moyen | 18 (13.3) | 45 (12.6) | 42 (13.0) | 3 (6.3) |
| Aucun | 105 (77.8) | 277 (77.6) | 240 (74.5) | 34 (70.8) |
| Total | 135 (100) | 357 (100) | 322 (100) | 48 (100) |



5.3.7 Traitement des escarres

Les tableaux 32 à 34 indiquent le type de traitement des escarres selon le degré. Le produit utilisé ou la méthode appliquée sont indiqués pour chaque escarre, dès lors que ces derniers touchent le fond de la plaie. Étant donné le fait que chaque personne concernée peut avoir plusieurs escarres, le nombre de plaies traitées peut être supérieur au nombre de patient-e-s concerné-e-s.

Le tableau 32 indique que des pansements sont utilisés même pour les escarres de degré 1.

Tableau 32: pansements escarres de degré 1 par type d'hôpital

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées |
|---|---|--|------------------------|------------------------|
| Matériel de pansement | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* |
| Alginates | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 2 (1.0) | 0 (0.0) |
| Pansement sec | 1 (1.1) | 7 (3.0) | 3 (1.5) | 2 (4.5) |
| Film protecteur | 7 (7.4) | 1 (0.4) | 9 (4.5) | 3 (6.8) |
| Compresse pommadées et pommades antibactériennes | 10 (10.5) | 20 (8.6) | 15 (7.5) | 0 (0.0) |
| Pansements antibactériens | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 2 (1.0) | 0 (0.0) |
| Tulles grasses | 0 (0.0) | 6 (2.6) | 7 (3.5) | 1 (2.3) |
| Hydrocolloïdes | 4 (4.2) | 21 (9.1) | 21 (10.6) | 5 (11.4) |
| Pansement autoadhésif en mousse | 1(1.1) | 3 (1.3) | 10 (5.0) | 0 (0.0) |
| Hydrogel | 0 (0.0) | 1 (0.4) | 2 (1.0) | 0 (0.0) |
| Hydrofibre | 0 (0.0) | 1 (0.4) | 2 (1.0) | 0 (0.0) |
| Thérapie par pression négative | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Autres traitements des plaies | 2 (2.1) | 20 (8.6) | 14 (7.0) | 1 (2.3) |
| Aucun | 114 (120.0) | 272 (117.2) | 226 (113.6) | 55 (125.0) |
| Total des patient-e-s avec des escarres de degré 1 | 95 (100.0) | 232 (100.0) | 199 (100.0) | 44 (100.0) |

*Les chiffres absolus se réfèrent au total des escarres. La valeur exprimée en pourcentage se réfère au nombre total de patient-e-s avec une escarre de degré 1.



Le tableau 33 indique que des pansements sont souvent utilisés pour les escarres de degré 2.

Tableau 33: traitement des plaies d'escarres de degré 2 par type d'hôpital

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées |
|---|---|--|------------------------|------------------------|
| Matériel de pansement | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* |
| Alginates | 0 (0.0) | 1 (0.8) | 0 (0.0) | 1 (12.5) |
| Pansement sec | 8 (21.6) | 15 (12.0) | 15 (13.9) | 1 (12.5) |
| Film protecteur | 0 (0.0) | 7 (5.6) | 4 (3.7) | 0 (0.0) |
| Compresses pommadées et pommades antibactériennes | 3 (8.1) | 13 (10.4) | 11 (10.2) | 0 (0.0) |
| Pansements antibactériens | 0 (0.0) | 3 (2.4) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Tulles grasses | 0 (0.0) | 3 (2.4) | 10 (9.3) | 0 (0.0) |
| Hydrocolloïdes | 3 (8.1) | 49 (39.2) | 21 (19.4) | 2 (25.0) |
| Pansement autoadhésif en mousse | 3 (8.1) | 15 (12.0) | 19 (17.6) | 1 (12.5) |
| Hydrogel | 0 (0.0) | 4 (3.2) | 6 (5.6) | 0 (0.0) |
| Hydrofibre | 0 (0.0) | 6 (4.8) | 8 (7.4) | 0 (0.0) |
| Thérapie par pression négative | 0 (0.0) | 1 (0.8) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Autres traitements des plaies | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 5 (38.5) | 0 (0.0) |
| Aucun | 33 (89.2) | 73 (58.4) | 64 (59.3) | 9 (112.5) |
| Total des patient-e-s avec des escarres de degré 2 | 37 (100) | 125 (100) | 108 (100) | 8 (100) |

*Les chiffres absolus se réfèrent au total des escarres. La valeur exprimée en pourcentage se réfère au nombre total de patient-e-s avec une escarre de degré 2.

Le tableau 34 indique que des pansements sont très souvent utilisés pour les escarres de degré 3.

Tableau 34: traitement des plaies d'escarres de degré 3 par type d'hôpital

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées |
|---|---|--|------------------------|------------------------|
| Matériel de pansement | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* |
| Alginates | 0 (0.0) | 3 (9.7) | 3 (5.8) | 1 (33.3) |
| Pansement sec | 1 (5.3) | 4 (12.9) | 8 (15.4) | 0 (0.0) |
| Film protecteur | 0 (0.0) | 1 (3.2) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Compresses pommadées et pommades antibactériennes | 2 (10.5) | 3 (9.7) | 5 (17.3) | 1 (33.3) |
| Pansements antibactériens | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 4 (7.7) | 0 (0.0) |
| Tulles grasses | 2 (10.5) | 2 (6.5) | 1 (1.9) | 0 (0.0) |
| Hydrocolloïdes | 3 (15.8) | 8 (25.8) | 5 (9.6) | 0 (0.0) |



| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées |
|---|---|--|------------------------|------------------------|
| Pansement autoadhésif en mousse | 5 (26.3) | 9 (29.0) | 11 (21.2) | 2 (66.7) |
| Hydrogel | 5 (26.3) | 4 (12.9) | 11 (21.2) | 0 (0.0) |
| Hydrofibre | 0 (0.0) | 4 (12.9) | 9 (17.3) | 0 (0.0) |
| Thérapie par pression négative | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Autres traitements des plaies | 1 (5.3) | 1 (3.2) | 12 (23.1) | 0 (0.0) |
| Aucun | 9 (47.4) | 25 (80.6) | 22 (42.3) | 1 (33.3) |
| Total des patient-e-s avec des escarres de degré 3 | 19 (100) | 31(100) | 52 (100) | 3 (100) |

*Les chiffres absolus se réfèrent au total des escarres. La valeur exprimée en pourcentage se réfère au nombre total de patient-e-s avec une escarre de degré 3.

Le tableau 35 indique que des pansements sont souvent utilisés même pour les escarres de degré 4.

Tableau 35: traitement des plaies d'escarres de degré 4 par type d'hôpital

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées |
|---|---|--|------------------------|------------------------|
| Matériel de pansement | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* |
| Alginates | 0 (0.0) | 2 (10.0) | 3 (16.7) | 0 (0.0) |
| Pansement sec | 0 (0.0) | 8 (40.4) | 5 (27.8) | 0 (0.0) |
| Film protecteur | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Compresses pommadées et pommades antibactériennes | 2 (40.0) | 4 (30.8) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Pansements antibactériens | 0 (0.0) | 1 (5.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Tulles grasses | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 2 (11.1) | 3 (300.0) |
| Hydrocolloïdes | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 2 (11.1) | 3 (300.0) |
| Pansement autoadhésif en mousse | 1 (20.0) | 1 (5.0) | 1 (5.6) | 0 (0.0) |
| Hydrogel | 0 (0.0) | 2 (10.0) | 2 (11.1) | 0 (0.0) |
| Hydrofibre | 2 (40.0) | 1 (5.0) | 4 (22.2) | 0 (0.0) |
| Thérapie par pression négative | 0 (0.0) | 3 (15.5) | 5 (27.8) | 0 (0.0) |
| Autres traitements des plaies | 0 (0.0) | 4 (20.0) | 3(16.7) | 2 (200.0) |
| Aucun | 3 (60.0) | 5 (25.0) | 4 (22.2) | 0 (0.0) |
| Total des patient-e-s avec des escarres de degré 4 | 5 (100) | 20 (100) | 18 (100) | 1 (100) |

*Les chiffres absolus se réfèrent au total des escarres. La valeur exprimée en pourcentage se réfère au nombre total de patient-e-s avec une escarre de degré 4.



5.3.8 Indicateurs de structure « Escarre »

Les indicateurs de structure ont été mesurés au niveau des hôpitaux (tableau 36) et des unités de soins (tableau 37). Une forte dispersion est vérifiée dans ce domaine.

De fortes différences ont été notées entre les types d'hôpitaux quant à la présence d'indicateurs de structure relatifs aux escarres au niveau des hôpitaux (voir tableau 36). Au total, il existe avant tout des informations standardisées pour le transfert, pour un standard ou une directive (recommandation) de prévention des escarres, pour le traitement et la gestion de la directive de prévention. En revanche, le nombre de brochures informatives destinées aux patient-e-s est relativement bas.

Tableau 36: indicateurs de structure pour les escarres au niveau des hôpitaux

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux |
|---|---|--|------------------------|------------------------|------------------|
| Indicateurs de structure « Escarres » | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Informations standardisées lors du transfert | 3 (75.0) | 22 (81.5) | 61 (82.4) | 13 (61.9) | 99 (78.6) |
| Standard/directive pour la prévention et le traitement des escarres | 4 (100.0) | 24 (88.9) | 57 (77.0) | 10 (47.6) | 95 (75.4) |
| Standard/directive pour la gestion du matériel de prévention | 3 (75.0) | 22 (81.5) | 53 (71.6) | 9 (42.9) | 87 (69.0) |
| Personne désignée à vérifier et actualiser le standard | 4 (100.0) | 22 (81.5) | 52 (70.3) | 9 (42.9) | 87 (69.0) |
| Personne ou groupe désigné pour la prise en charge des escarres | 4 (100.0) | 24 (88.9) | 42 (56.8) | 5 (23.8) | 75 (59.5) |
| Formation continue durant les 2 dernières années | 3 (75.0) | 20 (74.1) | 43 (58.1) | 7 (33.3) | 73 (57.9) |
| Personne désignée centralisée/système de déclaration (≥ degré 2) | 0 (0.0) | 16 (59.3) | 47 (63.5) | 9 (42.9) | 72 (57.1) |
| Saisie centrale du nombre des patient-e-s avec escarres | 0 (0.0) | 11 (40.7) | 43 (58.1) | 12 (57.1) | 66 (52.4) |
| Brochure d'informations | 0 (0.0) | 2 (7.4) | 8 (10.8) | 0 (0.0) | 10 (7.9) |
| Total hôpitaux* | 4 (100.0) | 27 (100.0) | 74 (100.0) | 21 (100.0) | 126 (100) |

*Dans ce cas, le total des hôpitaux est supérieur aux groupes hospitaliers participants car dans certains groupes hospitaliers, le taux de remplissage est différent selon les établissements.

Des différences notables ont été remarquées entre les types d'hôpitaux quant à la présence d'indicateurs de structure relatifs aux escarres au niveau des unités de soins (voir tableau 36). De manière générale, les éléments suivants sont le plus souvent présents : informations standardisées pour le transfert, présence de documentations de prévention, mesure du risque d'escarre ou informations sur les mesures mises en œuvre dans la documentation des soins. Selon les réponses fournies, la proportion de brochures informatives est la plus basse par rapport aux autres éléments.



Tableau 37: indicateurs de structure pour les escarres au niveau des unités de soins

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux |
|--|---|--|------------------------|------------------------|------------------|
| Indicateurs de structure « Escarres » | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Informations standardisées lors de transfert | 81 (96.4) | 205 (97.6) | 252 (99.2) | 26 (100) | 564 (98.3) |
| Mise à disposition du matériel de prévention et traitement (24h) | 72 (85.7) | 203 (96.7) | 246 (96.9) | 26 (100) | 547 (95.3) |
| Documentation des mesures appliquées | 76 (90.5) | 198 (94.3) | 247 (97.2) | 25 (96.2) | 546 (95.1) |
| Saisie et documentation du risque d'escarre. | 63 (73.8) | 179 (85.2) | 233 (91.7) | 22 (84.6) | 496 (86.4) |
| Colloques monodisciplinaires | 35 (41.7) | 131 (62.4) | 175 (68.9) | 20 (76.9) | 361 (62.9) |
| Application du standard vérifié systématiquement | 52 (61.9) | 128 (61.0) | 145 (57.1) | 13 (50.0) | 338 (58.9) |
| Personne spécialisée pour la prise en charge des escarres | 43 (51.2) | 93 (44.3) | 133 (52.4) | 7 (26.9) | 276 (48.1) |
| Colloques pluridisciplinaires | 18 (21.4) | 84 (40.0) | 122 (48.0) | 13 (50.0) | 237 (41.3) |
| Brochure d'informations | 1 (1.2) | 11 (5.2) | 20 (7.9) | 0 (0.0) | 32 (5.6) |
| Total hôpitaux | 84 (100.0) | 210 (100.0) | 254 (100.0) | 26 (100.0) | 574 (100) |

5.4 Indicateur « Chutes »

Dans ce chapitre, les résultats relatifs aux données relevées pour l'indicateur « Chutes » grâce l'instrument LPZ concernent : les caractéristiques générales et spécifiques des patient-e-s qui sont tombé-e-s, la prévalence (avant et après l'entrée à l'hôpital), les conséquences de la chute, les mesures de prévention, les informations sur les mesures de contention (MdC) et les indicateurs de structure pour la chute et les mesures de contention.

5.4.1 Caractéristiques générales des patient-e-s qui ont chuté

Au total, à peine un cinquième (19,7 %) des patient-e-s participant-e-s sont tombé-e-s au moins une fois durant les 30 jours précédant la mesure avant ou pendant l'hospitalisation. Près d'un quart des chutes a eu lieu avant l'entrée à l'hôpital. La majorité des personnes victimes d'une chute dans les 30 derniers jours est de sexe féminin (54,8 %). L'âge moyen des personnes victime d'une chute, tous types d'hôpitaux confondus, est de 72,2 ans (SD 16,1 ans) et 30,7 % des personnes concernées ont été opérées dans les deux semaines précédant la mesure.

Le tableau 38 montre la répartition des caractéristiques de sexe, âge moyen, opération dans les deux semaines précédant la mesure, selon le type d'hôpital.



Tableau 38: description des patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital)

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | | Hôpitaux soins de base | | Cliniques spécialisées | | Total hôpitaux | |
|---|---|----------------|--|----------------|------------------------|----------------|------------------------|----------------|----------------|----------------|
| | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée |
| Nombre de patient-e-s | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* |
| Nombre total de patient-e-s ayant chuté | 162 (76.4) | 50 (23.69) | 692 (77.8) | 197 (22.2) | 714 (80.9) | 168 (19.1) | 70 (64.8) | 38 (35.2) | 1638 (78.3) | 453 (21.7) |
| Nombre des chutes | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Sexe féminin | 89 (80.9) | 21 (19.1) | 397 (83.4) | 79 (16.6) | 412 (84.9) | 73 (15.1) | 49 (65.3) | 26 (34.7) | 947 (82.6) | 199 (17.4) |
| Âge moyen en années (SD) | 68.06 (16.9) | 66.4 (16.1) | 71.5 (16.4) | 74.5 (13.0) | 72.0 (16.7) | 75.7 (13.8) | 75.0 (15.0) | 80.6 (10.4) | 71.5 (16.6) | 74.6 (13.9) |
| A subi une intervention chirurgicale dans les 2 dernières semaines | 62 (84.9) | 11 (15.1) | 231 (85.2) | 40 (14.8) | 235 (89.0) | 29 (11.0)% | 28 (84.8) | 5 (15.2) | 556 (86.7) | 85 (13.3) |

*Les chiffres absolus se réfèrent au total des chutes. La valeur indiquée en pourcentage se réfère au rapport des patient-e-s qui ont chuté avant/après leur entrée à l'hôpital au sein du même type d'hôpital et par rapport au total de tous les hôpitaux.

5.4.2 Prévalence « Chutes »

On observe une différence de prévalence globale entre les hôpitaux universitaires (14,5 %) et les autres types d'hôpitaux (moyenne 20,5 %). 21,6 % des chutes enregistrées ont eu lieu pendant l'hospitalisation. Pour l'ensemble des participants, la prévalence moyenne des chutes survenues à l'hôpital est de 4,3 % pour tous les types d'hôpitaux.



Le tableau 39 montre que la prévalence des chutes durant l'hospitalisation varie notablement au sein de chaque type d'hôpital (de 3,4 % à 7,1 %). Le taux des chutes survenues dans des cliniques spécialisées est clairement supérieur aux autres.

Tableau 39: taux de prévalence des chutes par type d'hôpital

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux |
|-----------------------------------|---|--|------------------------|------------------------|----------------|
| Prévalence des chutes | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Chutes avant l'entrée à l'hôpital | 162 (11.1) | 692 (15.9) | 714 (16.8) | 70 (13.1) | 1638 (15.5) |
| Chutes après l'entrée à l'hôpital | 50 (3.4) | 197 (4.5) | 168 (4.0) | 38 (7.1) | 453 (4.3) |
| Pas de chute | 1224 (83.8) | 3383 (77.6) | 3304 (77.8) | 423 (78.9) | 8334 (78.6) |
| Pas d'indication | 25 (1.7) | 85 (1.9) | 61 (1.4) | 5 (0.9) | 176 (1.7) |
| Total | 1462 (100) | 4360 (100) | 4247 (100) | 537 (100) | 10606 (100) |

*Le taux des chutes se base sur le nombre de patient-e-s participant à la mesure et NON sur le nombre de patient-e-s hospitalisé-e-s au moment de la mesure. Les indications sont incomplètes pour 5 patient-e-s.

Au total (2x et plus), chez 22,3 % des patient-e-s sont survenues des chutes répétées. Comme l'indique le tableau 40, les chutes répétées, sauf pour les cliniques spécialisées, ont été mesurées la plupart du temps en dehors de la période d'hospitalisation.

Tableau 40: chutes répétées par type d'hôpital et lieu de la chute

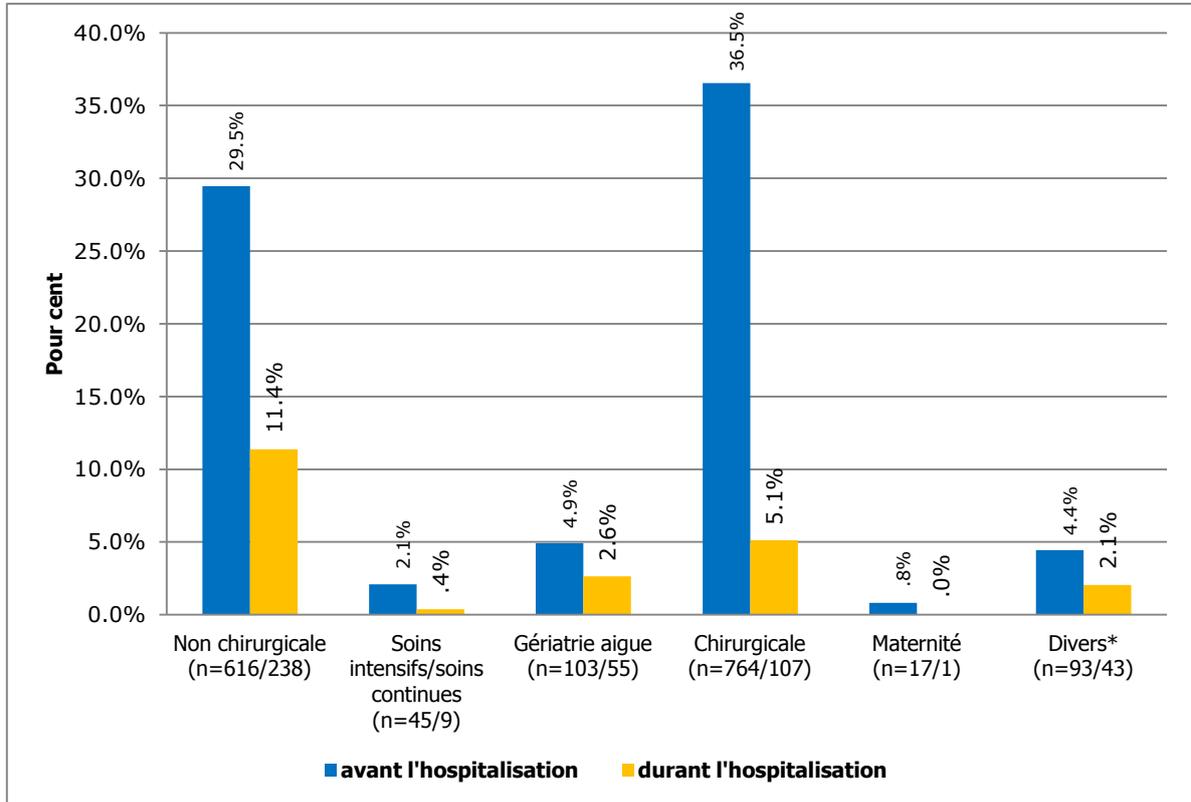
| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | | Hôpitaux soins de base | | Cliniques spécialisées | | Total hôpitaux | |
|--|---|----------------|--|----------------|------------------------|----------------|------------------------|----------------|----------------|----------------|
| | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée |
| Chutes | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| 1x | 131 (80.9) | 31 (19.1) | 560 (80.6) | 135 (19.4) | 579 (84.8) | 104 (15.2) | 61 (71.8) | 24 (28.2) | 1331 (81.9) | 294 (18.1) |
| 2x | 17 (56.7) | 13 (43.3) | 66 (66.7) | 33 (33.3) | 66 (62.9) | 39 (37.1) | 3 (25.0) | 9 (75.0) | 152 (61.8) | 94 (38.2) |
| 3x | 5 (71.4) | 2 (28.6) | 30 (71.4) | 12 (28.6) | 26 (78.8) | 7 (21.2) | 2 (33.3) | 4 (66.7) | 63 (71.6) | 25 (28.4) |
| > 3x | 9 (69.2) | 4 (30.8) | 36 (67.9) | 17 (32.1) | 43 (70.5) | 18 (29.5) | 4 (80.0) | 1 (20.0) | 92 (69.7) | 40 (30.3) |
| Total des patient-e-s avec une chute (n = 2091) | 162 (76.4) | 50 (23.6) | 692 (77.8) | 197 (22.2) | 714 (81.0) | 168 (19.0) | 70 (64.8) | 38 (35.2) | 1638 (79.4) | 453 (21.6) |



5.4.3 Prévalence selon types de services

La figure 6 montre que les patient-e-s qui ont subi une chute étaient avant tout hospitalisé-e-s dans les services chirurgicaux et non chirurgicaux. De plus, on remarque que dans les deux types de service, un nombre considérable de chutes est survenu avant l'entrée à l'hôpital, ce qui pourrait éventuellement expliquer la raison de l'hospitalisation.

Figure 6: (avant et après l'entrée à l'hôpital) patient-e-s qui sont tombé-e-s par type de service*



*Les chiffres indiqués entre parenthèses se réfèrent au nombre (n) de chutes avant/après l'entrée à l'hôpital. Considérant le nombre relativement bas de cas, les services : pédiatrie (aucune chute après l'entrée à l'hôpital), hospitalisation de courte durée, réadaptation, soins intensifs, IMC (cardiologie)/observation et réadaptation sont rassemblées sous la catégorie « Divers ».

Le tableau 41 montre la répartition des chutes selon le lieu de la chute (avant/après l'entrée à l'hôpital) et le type d'unité de soins dans les types d'hôpitaux. Encore une fois, on constate que près d'un tiers, voire quatre cinquièmes des chutes, se sont produites avant l'hospitalisation, tous types d'hôpitaux confondus. Hormis dans les cliniques spécialisées, la majorité des patient-e-s qui est tombée avant l'entrée à l'hôpital est hospitalisée dans une unité de soins chirurgicale ou non chirurgicale. Pour les cliniques spécialisées, l'unité de soins la plus représentative est la catégorie « Divers ». Cette conclusion peut s'expliquer par le fait que la catégorie en question regroupe divers types d'unités de soins. De même, les unités de soins non chirurgicales affichent le résultat le plus élevé quant au nombre de chutes survenues après l'entrée à l'hôpital, à l'exception des cliniques spécialisées. Au sein des cliniques spécialisées, les types d'unités de soins « Gériatrie aiguë » et « Divers » obtiennent un résultat significatif.



Tableau 41: répartition des chutes par type d'unité de soins avant et après l'entrée à l'hôpital et par types d'hôpitaux

| Type d'unité de soins | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | | Hôpitaux soins de base | | Cliniques spécialisées | |
|---|---|----------------|--|----------------|------------------------|----------------|------------------------|----------------|
| | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Non chirurgicale | 56 (26.4) | 30 (14.2) | 272 (30.6) | 112 (12.6) | 288 (32.7) | 92 (10.4) | 0 (0.0) | 4 (3.7) |
| Soins intensifs | 3 (1.4) | 1 (0.5) | 10 (1.1) | 3 (0.3) | 10 (1.1) | 4 (0.5) | 1 (0.9) | 0 (0.0) |
| Soins continus/soins continus de la chirurgie cardiaque | 8 (3.8) | 0 (0.0) | 1 (0.1) | 1 (0.1) | 12 (1.4) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Pédiatrie | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (0.9) | 0 (0.0) |
| Gériatrie aiguë | 7 (3.3) | 6 (2.8) | 28 (3.1) | 9 (1.0) | 56 (6.3) | 29 (3.3) | 12 (11.1) | 11 (10.2) |
| Psychiatrie | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 2 (0.2) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Chirurgicale | 80 (37.7) | 11 (5.2) | 361 (40.6) | 55 (6.2) | 302 (34.2) | 37 (4.2) | 21 (19.4) | 4 (3.7) |
| Court séjour | 2 (0.9) | 1 (0.5) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 9 (1.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Divers | 4 (1.9) | 1 (0.5) | 10 (1.1) | 14 (1.6) | 27 (3.1) | 6 (0.7) | 28 (25.9) | 16 (14.8) |
| Réadaptation | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 3 (0.3) | 2 (0.2) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 7 (6.5) | 3 (2.8) |
| Maternité | 2 (0.9) | 0 (0.0) | 7 (0.8) | 1 (0.1) | 8 (0.9) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Total des patient-e-s avec une chute (n = 2091) | 162 (76.4) | 50 (23.6) | 692 (77.8) | 197 (22.2) | 714 (81.0) | 168 (19.0) | 70 (64.8) | 38 (35.2) |

5.4.4 Caractéristiques spécifiques des patient-e-s qui ont chuté

Le tableau 42 décrit l'état de santé des patient-e-s chez lequel-le-s une chute est survenue dans les 30 jours avant la mesure. Les données sont mentionnées par types d'hôpitaux et lieu de la chute (avant/après l'entrée à l'hôpital).

Tableau 42 maladies/besoin de soins du/de la patient-e qui a chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital par type d'hôpital)

| Maladies* | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | | Hôpitaux soins de base | | Cliniques spécialisées | |
|---|---|----------------|--|----------------|------------------------|----------------|------------------------|----------------|
| | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée |
| Total des patient-e-s avec une chute | 162 (76.4) | 49 (23.6) | 689 (77.8) | 197 (22.2) | 712 (81.0) | 168 (19.0) | 69 (64.8) | 37 (35.2) |
| avec maladies | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Maladie (Mal.) infectieuse | 18 (8.5) | 7 (3.3) | 101 (11.4) | 52 (5.9) | 67 (7.6) | 33 (3.8) | 5 (4.7) | 6 (5.7) |
| Cancer | 22 (10.4) | 18 (8.5) | 116 (13.1) | 50 (5.6) | 77 (8.8) | 35 (4.0) | 10 (9.4) | 8 (7.5) |



| Maladies* | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | | Hôpitaux soins de base | | Cliniques spécialisées | |
|--|---|----------------|--|----------------|------------------------|----------------|------------------------|----------------|
| | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée |
| Total des patient-e-s avec une chute | 162 (76.4) | 49 (23.6) | 689 (77.8) | 197 (22.2) | 712 (81.0) | 168 (19.0) | 69 (64.8) | 37 (35.2) |
| Maladie endocrinienne, nutritionnelle, métabol. | 26 (12.3) | 8 (3.8) | 125 (14.1) | 34 (3.8) | 110 (12.5) | 34 (3.9) | 5 (4.7) | 2 (1.9) |
| Diabète | 24 (11.4) | 7 (3.3) | 116 (13.1) | 50 (5.6) | 105 (11.9) | 36 (4.1) | 6 (5.7) | 5 (4.7) |
| Démence | 12 (7.4) | 7 (14.0) | 66 (9.5) | 28 (14.2) | 69 (9.7) | 37 (22.0) | 6 (8.6) | 12 (31.6) |
| Mal. du sang ou d'un organe hématopoïétique | 13 (6.2) | 8 (3.8) | 63 (7.1) | 44 (5.0) | 54 (6.1) | 21 (2.4) | 4 (3.8) | 4 (3.8) |
| Troubles psychiques | 19 (9.0) | 10 (4.7) | 96 (10.8) | 28 (3.2) | 90 (10.2) | 31 (3.5) | 9 (8.5) | 3 (2.8) |
| Maladie du système nerveux, sans AVC | 24 (11.4) | 10 (4.7) | 86 (9.7) | 35 (4.0) | 71 (8.1) | 23 (2.6) | 9 (8.5) | 10 (9.4) |
| Maladie yeux/oreilles | 10 (4.7) | 3 (1.4) | 54 (6.1) | 20 (2.3) | 59 (6.7) | 19 (2.2) | 6 (5.7) | 4 (3.8) |
| Lésion médullaire | 3 (1.4) | 0 (0.0) | 7 (0.8) | 2 (0.2) | 2 (0.2) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Maladie cardiaque ou vasculaire | 81 (38.4) | 21 (10.0) | 389 (43.9) | 137 (15.5) | 394 (44.8) | 99 (11.3) | 38 (35.8) | 24 (22.6) |
| Accident vasculaires cérébral/hémiplégie | 13 (6.2) | 4 (1.9) | 59 (6.7) | 31 (3.5) | 63 (7.2) | 16 (1.8) | 5 (4.7) | 4 (3.8) |
| Mal. des voies resp., nez/amygdales | 34 (16.1) | 17 (8.1) | 123 (13.9) | 70 (7.9) | 105 (11.9) | 46 (5.2) | 17 (16.0) | 10 (9.4) |
| Mal. du système digestif | 19 (9.0) | 14 (6.6) | 150 (16.9) | 52 (5.9) | 152 (17.3) | 58 (6.6) | 14 (13.2) | 6 (5.7) |
| Mal. reins, voies urinaires, org. sexuels | 39 (18.5) | 15 (7.1) | 227 (25.6) | 81 (9.1) | 214 (24.3) | 58 (6.6) | 10 (9.4) | 12 (11.3) |
| Maladies de la peau | 11 (5.2) | 2 (0.9) | 31 (3.5) | 11 (1.2) | 20 (2.3) | 14 (1.6) | 1 (0.9) | 1 (0.9) |
| Maladies de l'appareil locomoteur | 48 (22.7) | 10 (4.7) | 257 (29.0) | 68 (7.7) | 264 (30.0) | 63 (7.2) | 30 (28.3) | 11 (10.4) |
| Anomalie congénitale | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 2 (0.2) | 3 (0.3) | 2 (0.2) | 1 (0.1) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Traumatisme ou séquelles d'accident | 51 (24.2) | 4 (1.9) | 237 (26.7) | 22 (2.5) | 212 (24.1) | 22 (2.5) | 22 (20.8) | 5 (4.7) |
| Prothèse totale de la hanche | 5 (3.1) | 3 (6.0) | 42 (6.1) | 10 (5.1) | 47 (6.6) | 6 (3.6) | 6 (8.6) | 3 (7.9) |
| Impossibilité d'établir un diagnostic précis | 1 (0.5) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 2 (0.2) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Dépendance d'une aide pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) | 45 (21.3) | 16 (7.6) | 234 (26.4) | 113 (12.8) | 185 (21.0) | 82 (9.3) | 20 (18.9) | 14 (13.2) |
| Dépendance d'une aide pour les tâches ménagères (ATM) | 36 (17.1) | 14 (6.6) | 206 (23.3) | 92 (10.4) | 165 (18.8) | 72 (8.2) | 15 (14.2) | 9 (8.5) |

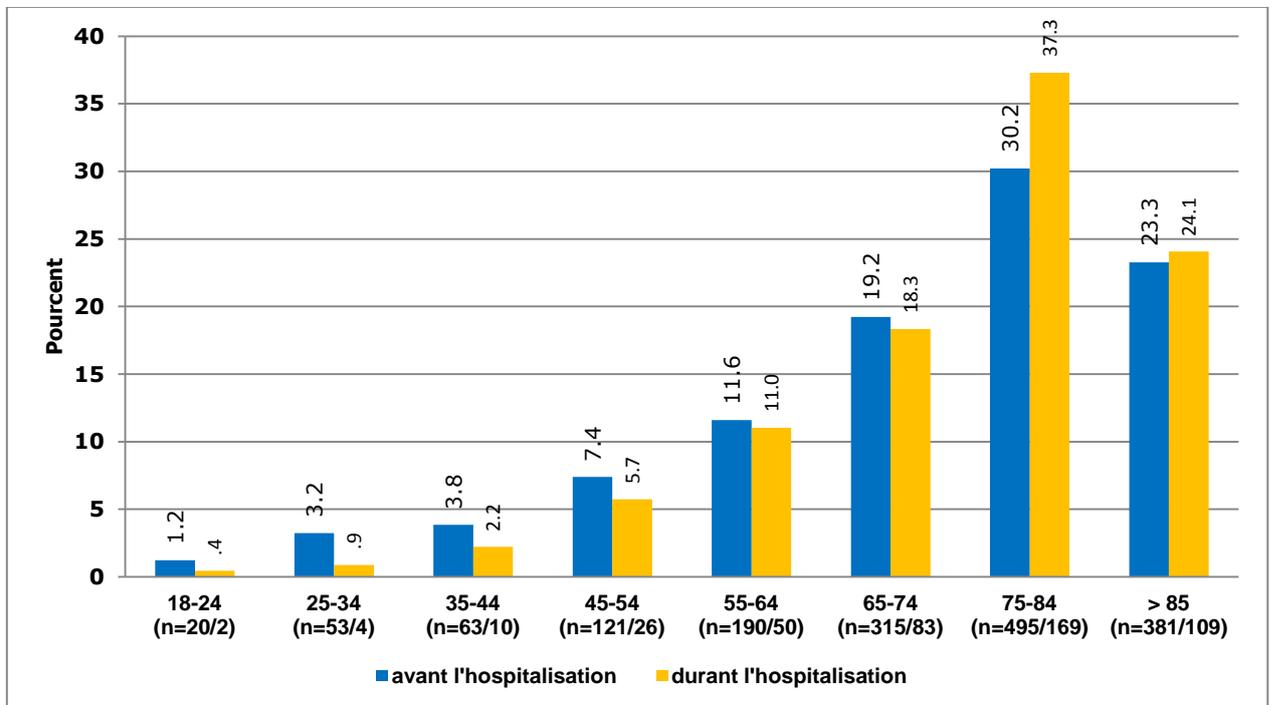


| Maladies* | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | | Hôpitaux soins de base | | Cliniques spécialisées | |
|---|---|----------------|--|----------------|------------------------|----------------|------------------------|----------------|
| | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée |
| Total des patient-e-s avec une chute | 162 (76.4) | 49 (23.6) | 689 (77.8) | 197 (22.2) | 712 (81.0) | 168 (19.0) | 69 (64.8) | 37 (35.2) |
| Autres | 28 (13.3) | 9 (4.3) | 88 (9.9) | 39 (4.4) | 99 (11.3) | 22 (2.5) | 11 (10.4) | 2 (1.9) |

*il manque des informations pour 4 patient-e-s au total.

La figure 7 montre que les personnes du groupe d'âge compris entre 75 et 84 ans sont le plus souvent victimes de chutes, qu'il s'agisse de chutes avant ou après l'entrée à l'hôpital. Le groupe d'âge des personnes de 85 ans et plus se trouve en deuxième position.

Figure 7: patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital) par groupe d'âge en années*

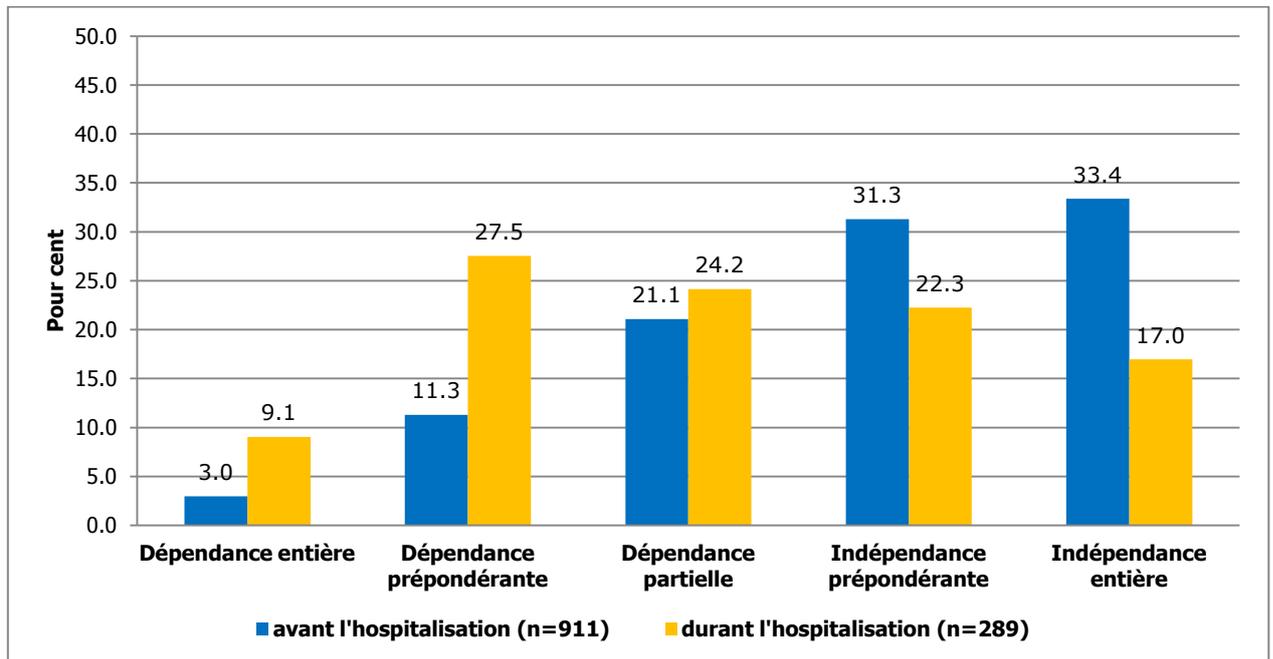


*Les chiffres indiqués entre parenthèses se réfèrent au nombre (n) de chutes avant/après l'entrée à l'hôpital.

La figure 8 indique comment la dépendance aux soins a été estimée pour les patient-e-s qui ont chuté, à partir des informations disponibles.



Figure 8: dépendance aux soins des patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital)



*Les informations relatives à l'échelle de dépendance aux soins ont été fournies sur la base du volontariat. Telle est la raison pour laquelle elles ne sont pas disponibles pour tous / toutes les patient-e-s inclus-e-s dans la mesure.

Pour 93,8 % (n = 425) des chutes survenues à l'hôpital, de plus amples informations sur les conditions de la chute et de ses conséquences sont fournies.

Des informations relatives au moment de la chute ont été fournies pour 1'633 cas de chute. Dans 39,9 % des cas, les données montrent que la chute est survenue entre 14h01 et 22h00 ou pendant les horaires de l'équipe du matin, soit entre 07h01 et 14h00 (37,0 %). Les autres chutes ont eu lieu entre 22h01 et 07h00 (23,1 %).

A l'hôpital, les lieux de chutes les plus fréquents sont : la chambre du/de la patient-e (69,2 %, n = 294), la salle de bain ou les toilettes (20,9 %, n = 89). Les chutes à l'extérieur de l'hôpital surviennent souvent en plein air (dehors) (33,4 %, n = 404) et dans la chambre à coucher (13,8 %, n = 167), dans la salle de bain ou dans les toilettes (10,0 %, n = 121) ou dans le salon (10,4 %, n = 126).

Le tableau 43 indique que pour tous les types d'hôpitaux marcher ou se tenir debout sans aucune aide auxiliaire est la cause de chute la plus fréquente, que la chute soit survenue avant ou après l'entrée à l'hôpital.



Tableau 43: activité en cas de chute (avant/après l'entrée à l'hôpital) par type d'hôpital

| Activité précédant la chute | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | | Hôpitaux soins de base | | Cliniques spécialisées | |
|--|---|----------------|--|----------------|------------------------|----------------|------------------------|----------------|
| | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Pas d'indication | 4 (2.3) | 2 (1.1) | 27 (3.9) | 6 (0.9) | 32 (4.7) | 4 (0.6) | 2 (2.4) | 2 (2.4) |
| Déplacement ou position debout sans moyens auxiliaires | 74 (42.5) | 24 (13.8) | 312 (45.2) | 85 (12.3) | 315 (46.0) | 87 (12.7) | 38 (45.8) | 13 (15.7) |
| Déplacement ou position debout avec moyens auxiliaires | 17 (9.8) | 6 (3.4) | 64 (9.3) | 19 (2.7) | 73 (10.7) | 18 (2.6) | 6 (7.2) | 9 (10.8) |
| Position couchée ou assise au lit | 5 (2.9) | 6 (3.4) | 12 (1.7) | 35 (5.1) | 14 (2.0) | 27 (3.9) | 1 (1.2) | 3 (3.6) |
| Position assise | 8 (4.6) | 4 (2.3) | 19 (2.7) | 26 (3.8) | 23 (3.4) | 13 (1.9) | 1 (1.2) | 5 (6.0) |
| Autre activité | 21 (12.1) | 3 (1.7) | 70 (10.1) | 16 (2.3) | 68 (9.9) | 11 (1.6) | 2 (2.4) | 1 (1.2) |
| Nombre des participant-e-s tombé-e-s.* (n = 1183) | 129 (74.1) | 45 (25.9) | 504 (72.9) | 187 (27.1) | 525 (76.6) | 160 (23.4) | 50 (60.2) | 33 (39.8) |

* base de données à disposition

En ce qui concerne les raisons de la chute, LPZ fait une différence entre les facteurs intrinsèques et extrinsèques. Les facteurs intrinsèques comprennent les problèmes de santé physique et mentale (p. ex. dépression, capacités cognitives limitées, etc.). Les facteurs extrinsèques rassemblent des particularités externes telles que le risque de trébucher ou le manque de lumière (Halfens, et al., 2011; Neyens, 2007).

Parmi les causes principales des chutes, les problèmes de santé physique se trouvent en tête (43 %) avec les facteurs liés à l'environnement (36,4 %). On remarque que la cause des chutes est rarement connue pour les chutes survenues en dehors de l'hôpital. Les facteurs liés à l'environnement semblent jouer un rôle majeur pour les chutes survenues en dehors de l'hôpital par rapport à celles survenues au sein de l'hôpital (voir tableau 44).



Tableau 44: causes principales pour les chutes (avant/après l'entrée à l'hôpital) par type d'hôpital

| Cause de la chute | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | | Hôpitaux soins de base | | Cliniques spécialisées | |
|--|---|----------------|--|----------------|------------------------|----------------|------------------------|----------------|
| | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Problèmes de santé d'ordre somatique | 50 (28.7) | 29 (16.7) | 196 (28.4) | 107 (15.5) | 204 (29.8) | 78 (11.4) | 20 (24.1) | 19 (22.9) |
| Problèmes de santé d'ordre psychique | 3 (1.7) | 10 (5.7) | 12 (1.7) | 27 (3.9) | 7 (1.0) | 33 (4.8) | 2 (2.4) | 2 (2.4) |
| Facteurs externes (ou extrinsèques) | 48 (27.6) | 4 (2.3) | 225 (32.6) | 30 (4.3) | 235 (34.3) | 29 (4.2) | 17 (20.5) | 7 (8.4) |
| Pas d'indication | 28 (16.1) | 2 (1.1) | 71 (10.3) | 23 (3.3) | 79 (11.5) | 20 (2.9) | 11 (13.3) | 5 (6.0) |
| Nombres des participant-e-s tombé-e-s (n = 1633)* | 129 (74.1) | 45 (25.9) | 504 (72.9) | 187 (27.1) | 525 (76.6) | 160 (23.4) | 50 (60.2) | 33 (39.8) |

* base de données à disposition

Pour 78,1 % (n = 1'633) des 2'091 chutes enregistrées, la chute a engendré des blessures. Pour 1'079 des cas, les blessures concrètes dues à la chute ont été décrites. Parmi les conséquences de la chute, 33,8 % sont des blessures minimales, 20,6 % des blessures moyennes, 37,7 % des blessures graves et enfin dans 7,9 % des cas une fracture du bassin a été enregistrée. Pour ce qui est des chutes survenues à l'hôpital, des informations sur les conséquences de la chute ont été fournies pour 152 cas (33,6 %). Parmi les conséquences de la chute, 63,2 % sont des blessures minimales, 23,0 % des blessures moyennes et 12,5 % des blessures graves. Dans 1,3 % des cas de chute à l'hôpital, une fracture du bassin a été engendrée. Selon la logique du formulaire LPZ, une réponse à la question relative aux conséquences de la chute est fournie uniquement s'il a été indiqué au préalable dans la question filtre correspondante que des données sur la dernière chute sont à disposition.

Tableau 45: conséquences des chutes par degré de lésions et type d'hôpital pour les patient-e-s ayant chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital)

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | | Hôpitaux soins de base | | Cliniques spécialisées | | Total hôpitaux | |
|--|---|----------------|--|----------------|------------------------|----------------|------------------------|----------------|----------------|----------------|
| | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée |
| Lésions occasionnées par la chute | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Lésions minimales | 23 (20.5) | 13 (11.6) | 110 (23.9) | 45 (9.8) | 131 (28.6) | 31 (6.8) | 5 (10.2) | 7 (14.3) | 269 (24.9) | 96 (8.9) |
| Lésions de moyenne gravité | 23 (20.5) | 1 (0.9) | 78 (17.0) | 14 (3.0) | 75 (16.4) | 17 (3.7) | 12 (24.5) | 3 (6.1) | 188 (17.4) | 35 (3.2) |
| Lésions graves | 46 (41.1) | 3 (2.7) | 166 (36.1) | 9 (2.0) | 156 (34.1) | 7 (1.5) | 19 (38.8) | 0 (0.0) | 387 (35.9) | 19 (1.8) |
| Fracture de la hanche | 3 (2.7) | 0 (0.0) | 37 (8.0) | 1 (0.2) | 40 (8.7) | 1 (0.2) | 3 (6.1) | 0 (0.0) | 83 (7.7) | 2 (0.2) |



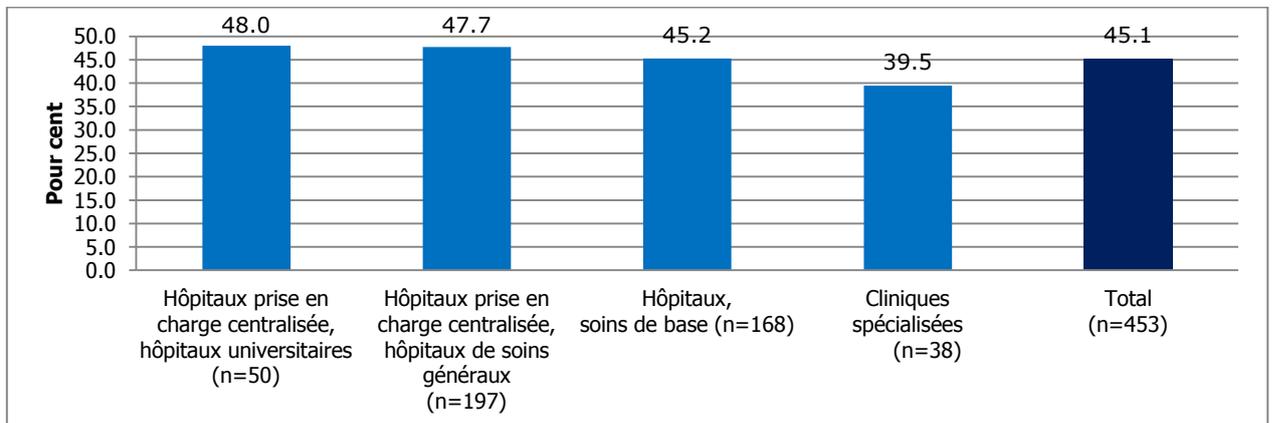
| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | | Hôpitaux soins de base | | Cliniques spécialisées | | Total hôpitaux | |
|--|---|----------------|--|----------------|------------------------|----------------|------------------------|----------------|----------------|----------------|
| | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée |
| Nombre de participant-e-s tombé-e-s avec des lésions (n = 1079) | 95 (84.8) | 17 (15.2) | 391 (85.0) | 69 (15.0) | 402 (87.8) | 56 (12.2) | 39 (79.6) | 10 (20.4) | 927 (85.9) | 152 (14.1) |

Le tableau 45 indique de grandes divergences dans la répartition des conséquences pour les chutes survenues en dehors et au sein de l'hôpital. Parmi les conséquences des chutes, les fractures du bassin sont nettement plus fréquentes pour les chutes survenues avant l'hospitalisation. Un tel rapport explique très probablement la raison de l'hospitalisation.

Concernant le syndrome post-chute (conséquences psychosociales de la chute telles que la peur ou la réduction des activités physiques), tous/toutes les patient-e-s ont été interrogé-e-s sur leur peur face à une éventuelle chute et on leur a demandé s'ils/elles réduisaient leur activité physique par peur de tomber.

Parmi les patient-e-s tombé-e-s à l'hôpital, 45,1 % d'entre eux ont peur de tomber à nouveau. Comme le montre la figure 9, cette valeur varie selon les types d'hôpitaux entre 39,5 % et 48 %. 42,9 % de tous/toutes les patient-e-s qui ont chuté, quel que soit le lieu de la chute, ont avoué avoir peur de tomber. En comparaison, 25 % de tous/toutes les patient-e-s participant-e-s à la mesure indiquent qu'ils/elles ont peur de chuter.

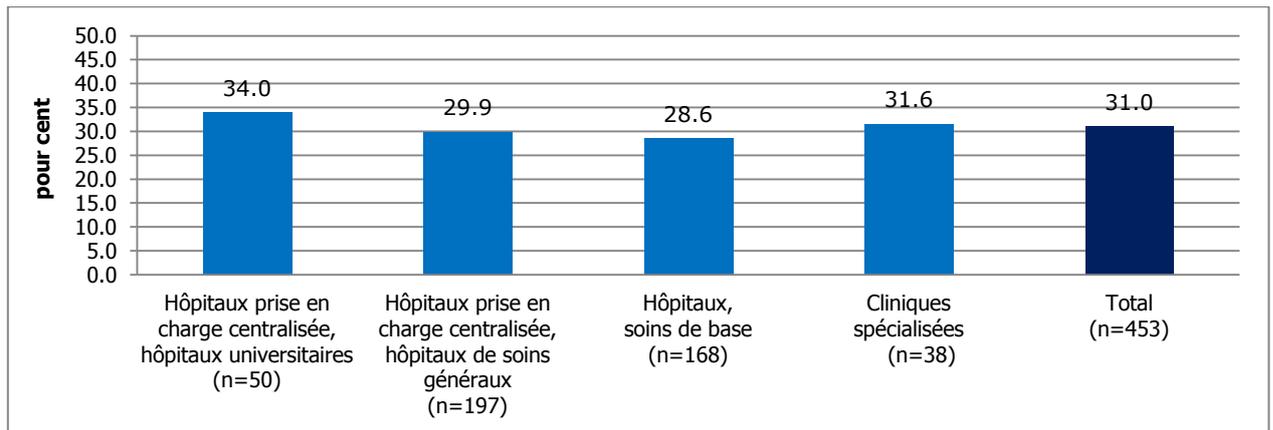
Figure 9: peur de chuter chez les patient-e-s tombé-e-s à l'hôpital (oui)



Parmi les patient-e-s qui sont tombé-e-s à l'hôpital, 31 % d'entre eux/elles déclarent renoncer à la pratique d'activités. Comme l'indique la figure 10, cette valeur varie entre 28,6 % et 34 % selon les types d'hôpitaux. 31 % de tous/toutes les patient-e-s tombé-e-s indiquent renoncer à la pratique d'activités, tous lieux de chute confondus. En comparaison, 18,6 % de tous/toutes les patient-e-s participant-e-s à la mesure déclarent renoncer à la pratique d'activités.



Figure 10: renoncement des activités pour les patient-e-s tombé-e-s à l'hôpital par type d'hôpital (oui)



5.4.5 Mesures de prévention

Le tableau 46 montre quelles mesures ont été prises en prévention des chutes et des blessures auprès des patient-e-s qui ne sont pas tombé-e-s. Les données permettent d'avoir un aperçu sur la prévention primaire des chutes, c'est-à-dire sur les mesures mises en œuvre pour éviter les chutes et blessures auprès des patient-e-s qui n'ont pas chuté. Chez 40,0 à 66,6 % des patient-e-s ou 81,1 % à 95 % des patient-e-s, aucune mesure de prévention n'a été prise contre la chute ou les lésions. Cependant, la mesure ne contient aucune donnée relative au risque de chute des patient-e-s. La mesure la plus fréquente en prévention des chutes est l'information directe auprès du/de la patient-e. Pour ce qui est des autres mesures entreprises, de grandes divergences existent selon les types d'hôpitaux.

Tableau 46 : mesures de prévention des chutes et des blessures chez les patient-e-s qui ne sont pas tombé-e-s par type d'hôpital

| Mesures | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées |
|---|---|--|------------------------|------------------------|
| Prévention des chutes | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* |
| Acune mesure | 815 (66.6) | 1996 (59.1) | 1824 (55.2) | 169 (40.0) |
| Examen du programme de médication | 17 (1.4) | 198 (5.9) | 190 (5.8) | 34 (8.0) |
| Exercices et training | 164 (13.4) | 622 (18.4) | 726 (22.0) | 164 (38.8) |
| Examen des moyens auxiliaires utilisés | 94 (7.7) | 472 (14.0) | 531 (16.1) | 139 (32.9) |
| Examen de la vue | 12 (1.0) | 42 (1.2)% | 32 (1.0) | 7 (1.7) |
| Examen du déroulement des journées | 11 (0.9) | 88 (2.6) | 52 (1.6) | 11 (2.6) |
| Surveillance | 178 (14.5) | 551 (16.3) | 573 (17.3) | 72 (17.0) |
| Adaptations de l'environnement | 128 (10.5) | 424 (12.6) | 547 (16.6) | 57 (13.5) |
| Autre mesure | 35 (2.9) | 147 (4.4) | 116 (3.5) | 17 (4.0) |
| Système d'alarme | 16 (1.3) | 52 (1.5) | 54 (1.6) | 22 (5.2) |
| Accord individuel avec le/la patient-e et les proches | 127 (10.4) | 370 (11.0) | 389 (11.8) | 55 (13.0) |
| Information au/à la patient-e | 222 (18.1) | 762 (22.6) | 861 (26.1) | 145 (34.3) |
| Total | 1819 (148.6) | 5724 (169.4) | 5895 (178.4) | 892 (210.9) |



| Mesures | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées |
|---|---|--|------------------------|------------------------|
| Prévention des blessures | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* |
| Aucune mesure | 1163 (95.0) | 3116 (92.2) | 3043 (92.1) | 343 (81.1) |
| Protection de la tête | 4 (0.3) | 3 (0.1) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| Attelle/Soutien | 15 (1.2) | 20 (0.6) | 60 (1.8) | 24 (5.7) |
| Protection de la hanche en matériel dur | 0 (0.0) | 1 (0.0) | 1 (0.0) | 4 (0.9) |
| Protection de la hanche en matériel mou | 0 (0.0) | 4 (0.1) | 2 (0.1) | 17 (4.0) |
| Autre mesure | 29 (2.4) | 93 (2.8) | 84 (2.5) | 21 (5.0) |
| Renforcement de l'ossature | 17 (1.4) | 149 (4.4) | 125 (3.8) | 30 (7.1) |
| Total | 1228 (100.3) | 3386 (100.2) | 3315 (100.3) | 439 (103.8) |

*Les chiffres absolus se réfèrent au nombre de mesures appliquées. Les pourcentages se réfèrent au nombre total de patient-e-s qui ont bénéficié de ces mesures. Le total > 100 % indique que plusieurs mesures ont été appliquées pour certain-e-s patient-e-s.

Pour 6,3 % des patient-e-s qui n'ont pas chuté, des mesures de contention sont appliquées. Le tableau 47 montre que la mesure de contention la plus fréquente est, dans tous les types d'hôpitaux, un lit à barrières. La mesure « lit à barrières » a été cochée dès lors que le/la patient-e ne pouvait pas descendre seul-e de son lit.

Tableau 47: MdC chez les patient-e-s qui ne sont pas tombé-e-s par type d'hôpital

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées |
|--|---|--|------------------------|------------------------|
| Mesures de contention | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* |
| Lit à barrières | 58 (79.5) | 190 (73.1) | 170 (74.6) | 26 (89.7) |
| Drap de contention /fixation des patient-e-s | 5 (6.8) | 12 (4.6) | 5 (2.2) | 0 (0.0) |
| Contention au lit par une ceinture | 4 (5.5) | 12 (4.6) | 4 (1.8) | 0 (0.0) |
| Contention au siège par une ceinture | 4 (5.5) | 8 (3.1) | 5 (2.2) | 2 (6.9) |
| Chaise ou fauteuil roulant avec tablette | 8 (11.0) | 33 (12.7) | 18 (7.9) | 10 (34.5) |
| Siège à dossier incliné en arrière (type chaise-longue) | 1 (1.4) | 0 (0.0) | 3 (1.3) | 0 (0.0) |
| Autres mesures | 14 (19.2) | 30 (11.5) | 23 (10.1) | 4 (13.8) |
| Isolation/séparation | 0 (0.0) | 13 (5.0) | 7 (3.1) | 0 (0.0) |
| Équipement domotique | 4 (5.5) | 37 (14.2) | 23 (10.1) | 7 (24.1) |
| Administration de médicaments (sédatifs/tranquillisants) | 14 (19.2) | 74 (28.5) | 70 (30.7) | 6 (20.7) |



| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées |
|---|---|--|------------------------|------------------------|
| Accord individuel avec le / la patient-e et les proches | 7 (9.6) | 27 (10.4) | 29 (12.7) | 1 (3.4) |
| Total | 119 (163.0) | 436 (167.7) | 357 (156.6) | 56 (193.1) |

*Les chiffres absolus se réfèrent au nombre de mesures appliquées. Les pourcentages se réfèrent au nombre total de patient-e-s qui ont bénéficié de ces mesures. Le total > 100 % indique que plusieurs mesures ont été appliquées pour certain-e-s patient-e-s.

Le tableau 47 affiche les mesures de prévention des chutes et des lésions pour les patient-e-s qui n'ont pas chuté. Les données fournissent un aperçu de la prévention secondaire contre les chutes. En d'autres termes, elles définissent les mesures qui ont été appliquées afin d'éviter qu'une seconde chute ne survienne. On remarque que davantage de mesures de prévention sont prises pour les patient-e-s qui ont chuté au moins une fois. Les informations indiquées sous forme de pourcentages et relatives aux patient-e-s permettent de conclure que des mesures complexes sont mises en place pour prévenir les chutes. Le choix ou la combinaison des mesures appliquées semble varier selon les types d'hôpitaux. Rares sont les mesures de prévention des lésions. En effet, aucune mesure de prévention des lésions n'est appliquée pour 20 % des patient-e-s qui ont chuté.



Tableau 48: mesures de prévention des chutes et des blessures chez les patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital) par type d'hôpital

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | | Hôpitaux soins de base | | Cliniques spécialisées | | Total hôpitaux | |
|---|---|----------------|--|----------------|------------------------|----------------|------------------------|----------------|----------------|----------------|
| | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée |
| Mesures de prévention des chutes | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* |
| Aucune mesure | 62 (38.3) | 7 (14.0) | 170 (24.6) | 15 (7.6) | 205 (28.7) | 16 (9.5) | 19 (27.1) | 5 (13.2) | 456 (27.8) | 43 (9.5) |
| Examen du programme de médication | 18 (11.1) | 9 (18.0) | 114 (16.5) | 57 (28.9) | 117 (16.4) | 44 (26.2) | 11 (15.7) | 10 (26.3) | 260 (15.9) | 120 (26.5) |
| Exercices et training | 42 (25.9) | 15 (30.0) | 263 (38.0) | 86 (43.7) | 283 (39.6) | 79 (47.0) | 38 (54.3) | 25 (65.8) | 626 (38.2) | 205 (45.3) |
| Examen des moyens auxiliaire utilisés | 32 (19.8) | 14 (28.0) | 204 (29.5) | 62 (31.5) | 198 (27.7) | 68 (40.5) | 31 (44.3) | 23 (60.5) | 465 (28.4) | 167 (36.9) |
| Examen de la vue | 6 (3.7) | 1 (2.0) | 19 (2.7) | 7 (3.6) | 16 (2.2) | 5 (3.0) | 4 (5.7) | 1 (2.6) | 45 (2.7) | 14 (3.1) |
| Examen du déroulement des journées | 6 (3.7) | 2 (4.0) | 26 (3.8) | 5 (2.5) | 15 (2.1) | 10 (6.0) | 3 (4.3) | 5 (13.2) | 50 (3.1) | 22 (4.9) |
| Surveillance | 47 (29.0) | 25 (50.0) | 233 (33.7) | 113 (57.4) | 214 (30.0) | 103 (61.3) | 23 (32.9) | 14 (36.8) | 517 (31.6) | 255 (56.3) |
| Adaptations de l'environnement | 36 (22.2) | 19 (38.0) | 169 (24.4) | 87 (44.2) | 187 (26.2) | 67 (39.9) | 10 (14.3) | 10 (26.3) | 402 (24.5) | 183 (40.4) |
| Autre mesure | 17 (10.5) | 6 (12.0) | 83 (12.0) | 25 (12.7) | 60 (8.4) | 25 (14.9) | 3 (4.3) | 4 (10.5) | 163 (10.0) | 60 (13.2) |
| Système d'alarme | 3 (1.9) | 1 (2.0) | 31 (4.5) | 34 (17.3) | 39 (5.5) | 25 (14.9) | 7 (10.0) | 7 (18.4) | 80 (4.9) | 67 (14.8) |
| Accord individuel avec le/la patient-e et les proches | 28 (17.3) | 13 (26.0) | 170 (24.6) | 94 (47.7) | 159 (22.3) | 59 (35.1) | 15 (21.4) | 5 (13.2) | 372 (22.7) | 171 (37.7) |
| Information au/à la patient-e | 51 (31.5) | 20 (40.0) | 272 (39.3) | 115 (58.4) | 290 (40.6) | 95 (56.5) | 32 (45.7) | 18 (47.4) | 645 (39.4) | 248 (54.7) |
| Prévention des blessures | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* |
| Aucune mesure | 136 (84.0) | 42 (84.0) | 550 (79.5) | 162 (82.2) | 604 (84.6) | 144 (85.7) | 49 (70.0) | 19 (50.0) | 1339 (81.7) | 367 (81.0) |
| Protection de la tête | 2 (1.2) | 0 (0.0) | 2 (0.3) | 1 (0.5) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 4 (0.2) | 1 (0.2) |
| Attelle/Soutien | 3 (1.9) | 1 (2.0) | 30 (4.3) | 4 (2.0) | 28 (3.9) | 2 (1.2) | 2 (2.9) | 2 (5.3) | 63 (3.8) | 9 (2.0) |
| Protection de la hanche en matériel dur | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 3 (0.4) | 0 (0.0) | 3 (0.4) | 2 (1.2) | 6 (8.6) | 5 (13.2) | 12 (0.7) | 7 (1.5) |
| Protection de la hanche en matériel mou | 1 (0.6) | 1 (2.0) | 2 (0.3) | 1 (0.5) | 7 (1.0) | 3 (1.8) | 5 (7.1) | 9 (23.7) | 15 (0.9) | 14 (3.1) |
| Autre mesure | 9 (5.6) | 5 (10.0) | 54 (7.8) | 19 (9.6) | 31 (4.3) | 12 (7.1) | 4 (5.7) | 5 (13.2) | 98 (6.0) | 41 (9.1) |
| Renforcement de l'ossature | 13 (8.0) | 1 (2.0) | 69 (10.0) | 13 (6.6) | 45 (6.3) | 7 (4.2) | 10 (14.3) | 5 (13.2) | 137 (8.4) | 26 (5.7) |



Chez 20,9 % des patient-e-s qui ont chuté, des mesures de contention sont appliquées. Le tableau 49 montre que la mesure de contention la plus fréquente est, dans tous les types d'hôpitaux, un lit à barrières.

Tableau 49: méthode de MdC pour les patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital) par type d'hôpital

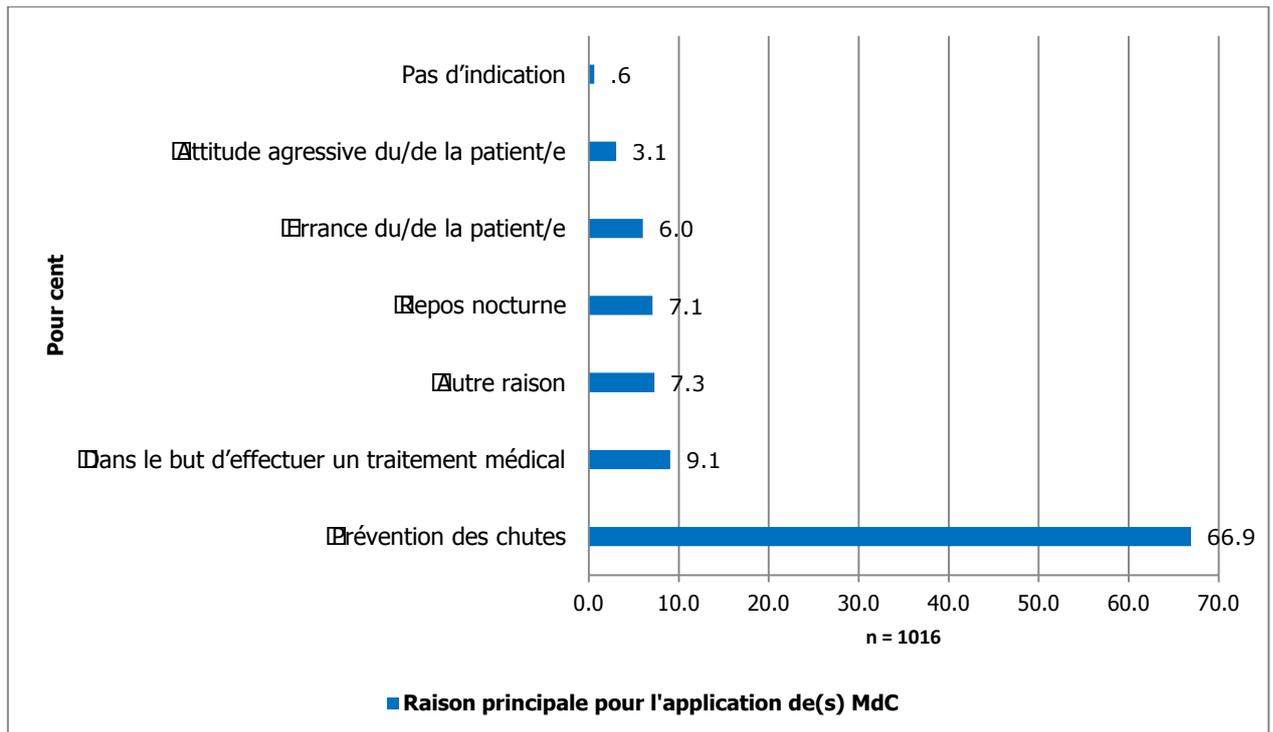
| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | | Hôpitaux soins de base | | Cliniques spécialisées | | Total hôpitaux | |
|--|---|----------------|--|----------------|------------------------|----------------|------------------------|----------------|----------------|----------------|
| | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée | avant l'entrée | après l'entrée |
| Mesures de contention | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%)* | n (%) | n (%) |
| Lit à barrières | 21 (84.0) | 14 (77.8) | 106 (80.3) | 82 (86.3) | 104 (76.5) | 76 (85.4) | 7 (77.8) | 9 (81.8) | 238 (78.8) | 181 (85.0) |
| Drap de contention /fixation des patient-e-s | 1 (4.0) | 1 (5.6) | 13 (9.8) | 15 (15.8) | 2 (1.5) | 9 (10.1) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 16 (5.3) | 25 (11.7) |
| Contention au lit par une ceinture | 1 (4.0) | 1 (5.6) | 6 (4.5) | 13 (13.7) | 6 (4.4) | 4 (4.5) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 13 (4.3) | 18 (8.5) |
| Contention au siège par une ceinture | 0 (0.0) | 4 (22.2) | 5 (3.8) | 4 (4.2) | 3 (2.2) | 8 (9.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 8 (2.6) | 16 (7.5) |
| Chaise ou fauteuil roulant avec tablette | 2 (8.0) | 3 (16.7) | 16 (12.1) | 22 (23.2) | 12 (8.8) | 12 (13.5) | 1 (11.1) | 3 (27.3) | 31 (10.3) | 40 (18.8) |
| Siège à dossier incliné en arrière | 0 (0.0) | 1 (5.6) | 2 (1.5) | 1 (1.1) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 2 (0.7) | 2 (0.9) |
| Autre mesure | 5 (20.0) | 3 (16.7) | 13 (9.8) | 14 (14.7) | 12 (8.8) | 14 (15.7) | 2 (22.2) | 1 (9.1) | 32 (10.6) | 32 (15.0) |
| Isolation /séparation | 0 (0.0) | 2 (11.1) | 6 (4.5) | 3 (3.2) | 3 (2.2) | 1 (1.1) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 9 (3.0) | 6 (2.8) |
| Équipement domotique | 0 (0.0) | 1 (5.6) | 16 (12.1) | 28 (29.5) | 23 (16.9) | 16 (18.0) | 3 (33.3) | 3 (27.3) | 42 (13.9) | 48 (22.5) |
| Administration de médicaments | 8 (32.0) | 8 (44.4) | 37 (28.0) | 28 (29.5) | 27 (19.9) | 27 (30.3) | 3 (33.3) | 4 (36.4) | 75 (24.8) | 67 (31.5) |
| Accord individuel | 1 (4.0) | 4 (22.2) | 15 (11.4) | 17 (17.9) | 15 (11.0) | 19 (21.3) | 0 (0.0) | 1 (9.1) | 31 (10.3) | 41 (19.2) |

*Les chiffres absolus se réfèrent au nombre de mesures appliquées. Les pourcentages se réfèrent au nombre total de patient-e-s qui ont bénéficié de ces mesures. Le total > 100 % indique que plusieurs mesures ont été appliquées pour certain-e-s patient-e-s.

Sur l'ensemble de l'échantillon, des mesures de contention ont été appliquées auprès de 1'016 patient-e-s dans les 7 derniers jours, soit pour 9,6 % des patient-e-s. La figure 11 montre que les mesures de contention sont avant tout prises en guise de mesures de prévention des chutes. Dans 89,3 % des cas, les mesures de contention sont appliquées à l'initiative de l'équipe soignante (médecin/personnel soignant), sur demande du/de la patient-e (8 %), sur décision des proches ou du/de la représentant-e légal-e (2,8 %). Chez 0,4 % des patient-e-s avec MdC, une lésion a ainsi été provoquée.



Figure 11: raison principale pour l'application de(s) mesures de contention selon le type d'hôpital



5.4.6 Indicateurs de structure « Chutes » et « MdC »

De fortes différences ont été notées entre les types d'hôpitaux quant à la présence d'indicateurs de structure relatifs aux chutes et MdC, au niveau des hôpitaux (voir tableau 50). Au total, les indicateurs suivants sont les plus représentés : mesure décentralisée et centralisée des chutes, transmission d'informations standardisées pour le transfert, les standards et les directives. De manière générale, les indicateurs de structures relatifs aux chutes sont plus fréquents que ceux sur les MdC. Les indicateurs les moins fréquents sont la formation continue dans les deux dernières années et la présence de brochures informatives destinées aux patient-e-s.

Tableau 50: indicateurs de structures pour les chutes et MdC au niveau des hôpitaux

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux |
|--|---|--|------------------------|------------------------|----------------|
| indicateurs de structures pour les chutes et MdC | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Saisie centralisée des événements de chute | 2 (50.0) | 29 (93.5) | 74 (97.4) | 18 (85.7) | 123(93.2) |
| Informations standardisées lors de transfert (cadute) | 2 (50.0) | 23 (74.2) | 63 (82.9) | 14 (66.7) | 102 (77.3) |
| Informations standardisées lors de transfert (mesures de contention) | 2 (50.0) | 16 (51.6) | 50 (65.8) | 13 (61.9) | 81 (61.4) |
| Standard/directive rec. concernant les chutes | 1 (25.0) | 24 (77.4) | 46 (60.5) | 8 (38.1) | 79 (59.8) |



| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux |
|--|---|--|------------------------|------------------------|----------------|
| indicateurs de structures pour les chutes et MdC | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Standard/directive (national) concernant la prévention de chutes | 1 (25.0) | 20 (64.5) | 38 (50.0) | 5 (23.8) | 64 (48.5) |
| Standard/directive rec. concernant les MdC | 2 (50.0) | 21 (67.7) | 27 (35.5) | 6 (28.6) | 56 (42.4) |
| Formation thème chutes (2 dernières années) | 0 (0.0) | 15 (48.4) | 32 (42.1) | 5 (23.8) | 52 (39.4) |
| Saisie des MdC de manière décentralisée | 1 (25.0) | 12 (38.7) | 21 (27.6) | 11 (52.4) | 45 (34.1) |
| Brochure d'information (chutes) | 0 (0.0) | 10 (32.3) | 12 (15.8) | 4 (19.0) | 26 (19.7) |
| Formation continue MdC (2 dernières années) | 0 (0.0) | 7 (22.6) | 9 (11.8) | 5 (23.8) | 21 (15.9) |
| Total hôpitaux-(sites)* | 4 (100.0) | 31 (100.0) | 76 (100.0) | 21 (100.0) | 132 (100.0) |

*Dans ce cas, le total des hôpitaux est supérieur aux groupes hospitaliers participants car dans certains groupes hospitaliers, le taux de remplissage est différent selon les établissements.

De fortes différences ont été remarquées entre les types d'hôpitaux quant à la présence d'indicateurs de structure relatifs aux chutes et MdC au niveau des unités de soins (voir tableau 51). Les indicateurs les plus souvent disponibles sont liés à la documentation des mesures de contention mises en place, à la discussion des mesures avec les patient-e-s, à l'évaluation du risque de chute ainsi qu'à la communication d'informations standardisées lors d'un transfert. Les indicateurs les moins disponibles sont les spécialistes des chutes et des MdC à contacter au niveau de l'unité de soins.

Tableau 51: indicateurs de structure « Chute » et « MdC » au niveau de l'unité de soins

| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux |
|---|---|--|------------------------|------------------------|----------------|
| Indicateurs de structure « Chutes » et « MdC » | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Documentation des MdC dans documentation de soins | 103 (96.3) | 238 (96.7) | 264 (93.0) | 32 (100.0) | 637 (95.2) |
| Mesures de contention discutées avec patient-e/proches | 99 (92.5) | 233 (94.7) | 266 (93.7) | 30 (93.8) | 628 (93.9) |
| Interventions de prévention de chutes discutés avec patient-e/proches | 93 (86.9) | 220 (89.4) | 249 (87.7) | 28 (87.5) | 590 (88.2) |
| Informations standardisées lors de transfert (chute) | 59 (55.1) | 189 (76.8) | 207 (72.9) | 23 (71.9) | 478 (71.4) |
| Evaluation du risque de chute lors de l'admission | 64 (59.8) | 175 (71.1) | 205 (72.2) | 20 (52.5) | 464 (69.4) |



| | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires | Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux | Hôpitaux soins de base | Cliniques spécialisées | Total hôpitaux |
|--|---|--|------------------------|------------------------|----------------|
| Indicateurs de structure « Chutes » et « MdC » | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Informations standardisées lors de transfert(MdC) | 74 (69.2) | 169 (68.7) | 202 (71.1) | 17 (53.1) | 462 (69.1) |
| Colloques pluridisciplinaires concernant les mesures de contention | 77 (72.0) | 164 (66.7) | 178 (62.7) | 19 (59.4) | 438 (65.5) |
| Colloques pluridisciplinaires concernant la prévention des chutes | 52 (48.6) | 140 (56.9) | 162 (57.0) | 23 (71.9) | 377 (56.4) |
| Application du standard vérifié systématiquement | 52 (48.6) | 142 (57.7) | 162 (57.0) | 16 (50.0) | 372 (55.6) |
| Application du standard vérifié systématiquement | 57 (53.3) | 134 (54.5) | 97 (34.2) | 17 (53.1) | 305 (45.6) |
| Personne spécialisée pour la prévention des chutes | 26 (24.3) | 67 (27.2) | 69 (24.3) | 9 (28.1) | 171 (25.6) |
| Personne spécialisée concernant les mesures de contention | 22 (20.6) | 47 (19.1) | 32 (11.3) | 5 (15.6) | 106 (15.8) |
| Total unités de soins | 107 (100) | 246 (100) | 284 (100) | 32 (100) | 669 (100) |



6 Ajustement des résultats au risque

Les résultats ajustés aux risques pour les trois indicateurs (escarres acquises y compris degré 1, escarres nosocomiales acquises sauf degré 1 et chutes à l'hôpital) sont rapportés ci-dessous. Dans le détail, il s'agit des résultats des modèles logiques hiérarchiques. Ces résultats sont présentés dans ce chapitre sous forme de graphiques pour l'ensemble des hôpitaux et selon le type d'hôpital. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux en annexes. Les variables de chaque modèle et leur rapport des cotes (odds ratio) respectif estimé sont également indiqués. Étant donné le faible taux d'utilisation (facultatif) de l'échelle de dépendance aux soins (EDS), celle-ci n'est pas prise en compte dans ces modèles. L'EDS s'est avérée convenir pour tous les indicateurs de résultats suite aux analyses de l'échantillon d'hôpitaux qui l'ont utilisée.

6.1 Escarres attrapées à l'hôpital

Ce paragraphe présente les résultats ajustés aux risques pour les escarres attrapées à l'hôpital tous degrés (1 à 4) confondus. Après sélection du modèle, les variables retenues pour le modèle hiérarchique sont les suivantes (tableau 52) :

Tableau 52: variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs caractéristiques - escarres nosocomiales tous degrés (1-4) confondus

| | OR | Ecart type | Valeur p | OR - intervalle de confiance à 95% | |
|--|-----------|------------|----------|------------------------------------|------|
| Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 0-7 jours | Référence | | | | |
| Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 8-28 jours | 1.87 | 0.19 | 0.000 | 1.54 | 2.27 |
| Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 29 jours et plus | 3.82 | 0.52 | 0.000 | 2.92 | 4.99 |
| Jusqu'à 54 ans | Référence | | | | |
| 55-74 ans | 1.57 | 0.26 | 0.006 | 1.14 | 2.17 |
| 75 ans et plus | 2.12 | 0.37 | 0.000 | 1.52 | 2.98 |
| Intervention chirurgicale (1/0) | 1.50 | 0.15 | 0.000 | 1.24 | 1.82 |
| Score de Braden ≤20 (1/0) | 4.87 | 0.62 | 0.000 | 3.80 | 6.23 |
| Maladie infectieuse (1/0) | 1.52 | 0.17 | 0.000 | 1.23 | 1.89 |
| Cancer (1/0) | 1.24 | 0.13 | 0.049 | 1.00 | 1.53 |
| Maladie du sang ou d'un organe hématopoïétique (1/0) | 1.25 | 0.17 | 0.097 | 0.96 | 1.63 |
| Traumatisme ou séquelles d'accident (1/0) | 1.32 | 0.17 | 0.026 | 1.03 | 1.69 |
| Maladie du système nerveux (1/0) | 0.85 | 0.12 | 0.256 | 0.64 | 1.13 |



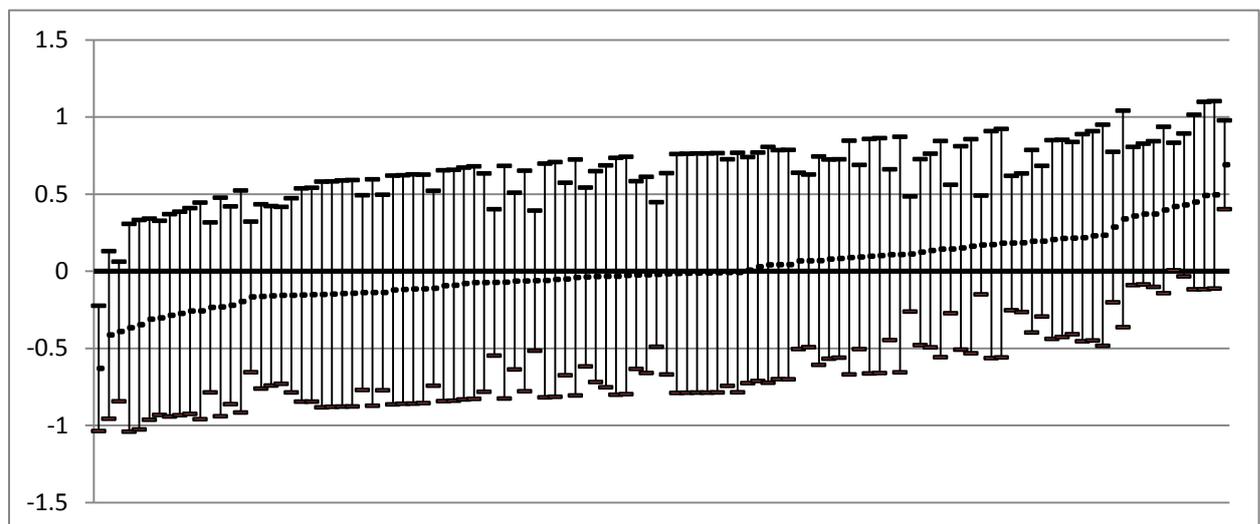
| | OR | Ecart-type | Valeur-p | OR - intervalle de confiance à 95% | |
|--|------|------------|----------|------------------------------------|------|
| Prothèse totale de hanche (1/0) | 1.54 | 0.24 | 0.006 | 1.14 | 2.10 |
| Besoin d'aide pour les AVQ (1/0) | 1.33 | 0.18 | 0.032 | 1.02 | 1.74 |
| Besoin d'aide pour les ATM (1/0) | 1.19 | 0.16 | 0.214 | 0.91 | 1.55 |
| Interaction sexe – type d'hôpital | 0.95 | 0.02 | 0.049 | 0.91 | 1.00 |
| Interaction âge – type d'hôpital | 1.00 | 0.00 | 0.043 | 1.00 | 1.00 |

OR : odds ratios (rapports des cotes) ; valeur p : résultat du test de signification ; AVQ : activités de la vie quotidienne

La principale valeur est le rapport des cotes en lien avec la valeur p du test de signification et avec les intervalles de confiance dudit rapport. Comme on pouvait s'y attendre, un score de Braden bas (risque élevé) constitue un facteur de prédiction important. Dans la procédure LPZ, la valeur limite est fixée à ≤ 20 . Les patient-e-s qui ont un score de 20 ou moins présentent un risque d'escarre cinq fois plus élevé que ceux/celles ayant plus de 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 ceux dont l'hospitalisation est inférieure à 7 jours. L'âge est également un facteur de prédiction indépendant : le risque est plus de 2 fois plus élevé chez les patient-e-s de plus de 75 ans que chez ceux/celles de moins de 55 ans. Enfin, une intervention chirurgicale et divers signes cliniques accroissent le risque d'escarre et, ce indépendamment les uns des autres.

Compte tenu de ces variables de risque, l'évaluation de la prévalence des escarres nosocomiales tous degrés (1 à 4) confondus donne pour l'ensemble des hôpitaux les résultats suivants (figure 12). L'axe X des graphiques suivants représente chaque hôpital ou groupe d'hôpitaux, tandis que l'axe Y représente les résidus correspondants ou l'intervalle de confiance à 95 %.

Figure 12: 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) confondus





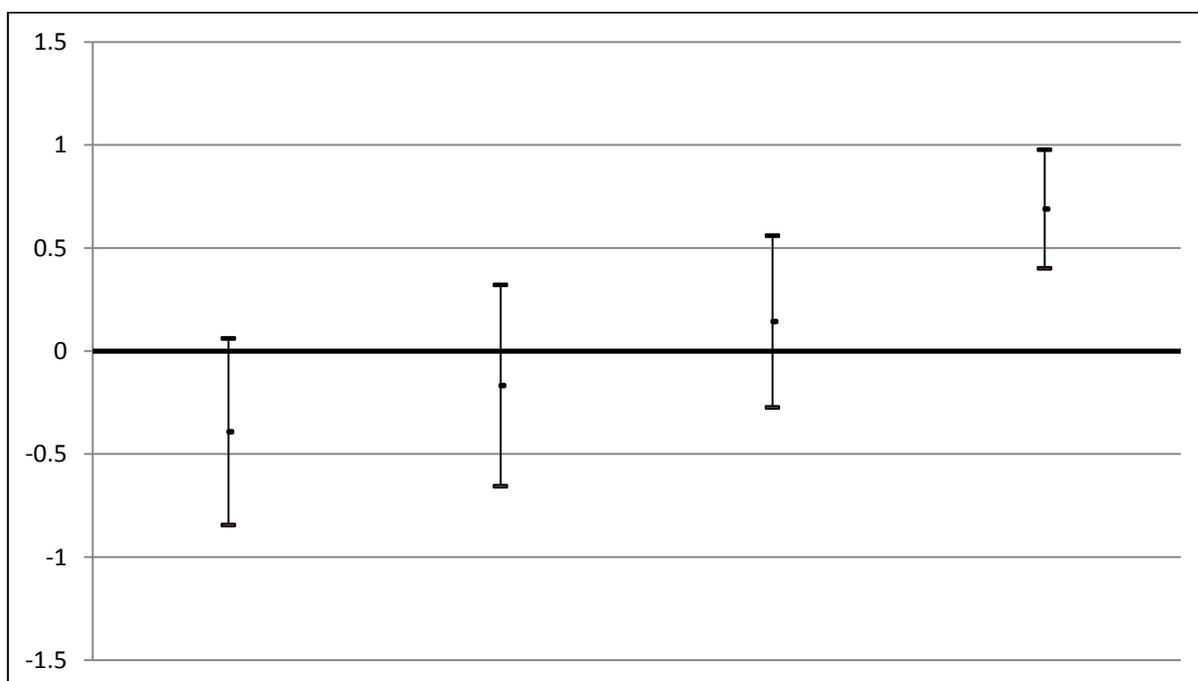
La référence est l'ensemble des hôpitaux participants. Par conséquent, comme la structure des risques se base sur un grand échantillon, les résultats sont statistiquement très significatifs.

Les chiffres situés dans la zone positive indiquent un écart dans le sens clinique négatif, autrement dit une plus grande fréquence des escarres après ajustement des risques dans l'hôpital en question. Les chiffres situés dans la zone négative indiquent une fréquence des escarres plus faible que la moyenne. Il s'avère que seuls trois hôpitaux s'écartent significativement de l'ensemble des hôpitaux suisses : leurs intervalles de confiance ne coupent pas la ligne du zéro. Autrement dit, compte tenu des caractéristiques des patient-e-s indiquées plus haut, 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'entre eux, ce qui donne des intervalles de confiance très larges. Ceux-ci reflètent la certitude ou l'incertitude statistique avec laquelle il faut interpréter les résultats.

Concrètement, comment lire ce graphique ? Si, par exemple, on considère les deux points de données (= résidus) ou hôpitaux situés tout à droite, tous deux se situent au-dessus de la ligne du zéro. La différence est que l'hôpital tout à droite ne coupe pas la ligne avec son intervalle de confiance, 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 tout à droite. Pour son voisin, l'incertitude statistique est plus grande, ce qui s'explique essentiellement par le plus petit nombre de patient-e-s participant-e-s.

Les données présentées dans les figures suivantes proviennent de la figure 12, mais sont réparties par type d'hôpital. Les hôpitaux universitaires sont représentés en premier dans la figure 13. Il est important de noter que la référence ne se limite pas aux hôpitaux universitaires.

Figure 13: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux universitaires, prise en charge spécialisée – prévalence des escarres nosocomiales tous degrés (1 à 4) confondus

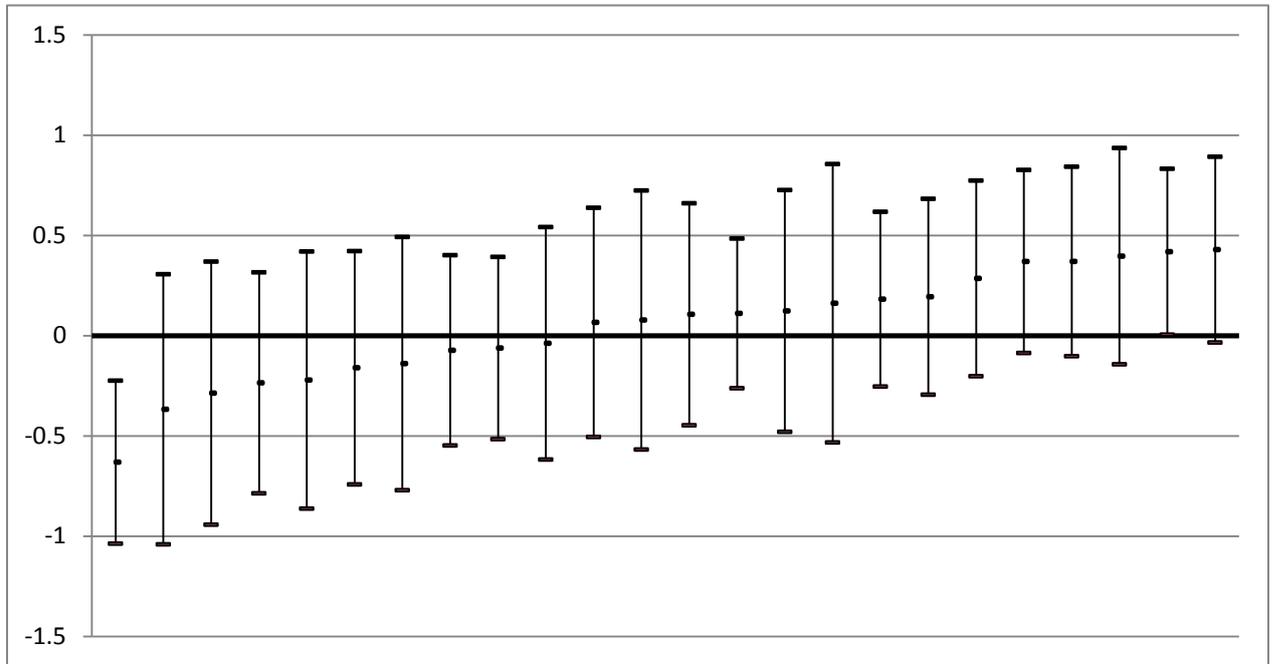




On constate ici qu'un des hôpitaux « négatifs » au sens clinique est un hôpital universitaire. Cet hôpital s'écarte significativement de la plupart des autres hôpitaux participants.

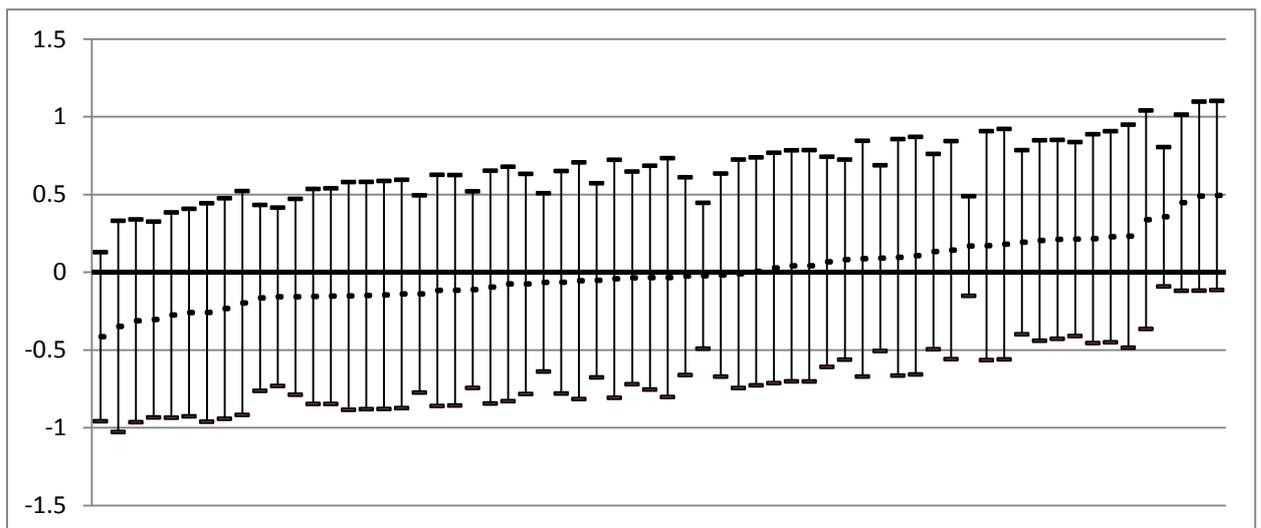
Il est représenté de la même manière que les hôpitaux de prise en charge spécialisée dans la figure 14.

Figure 14: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, prise en charge spécialisée – prévalence des escarres nosocomiales tous degrés (1 à 4) confondus



Pour les hôpitaux de prise en charge spécialisée, un hôpital positif et un négatif au sens clinique s'écartent à chaque fois des autres hôpitaux. Les hôpitaux de soins de base sont représentés dans la figure 15.

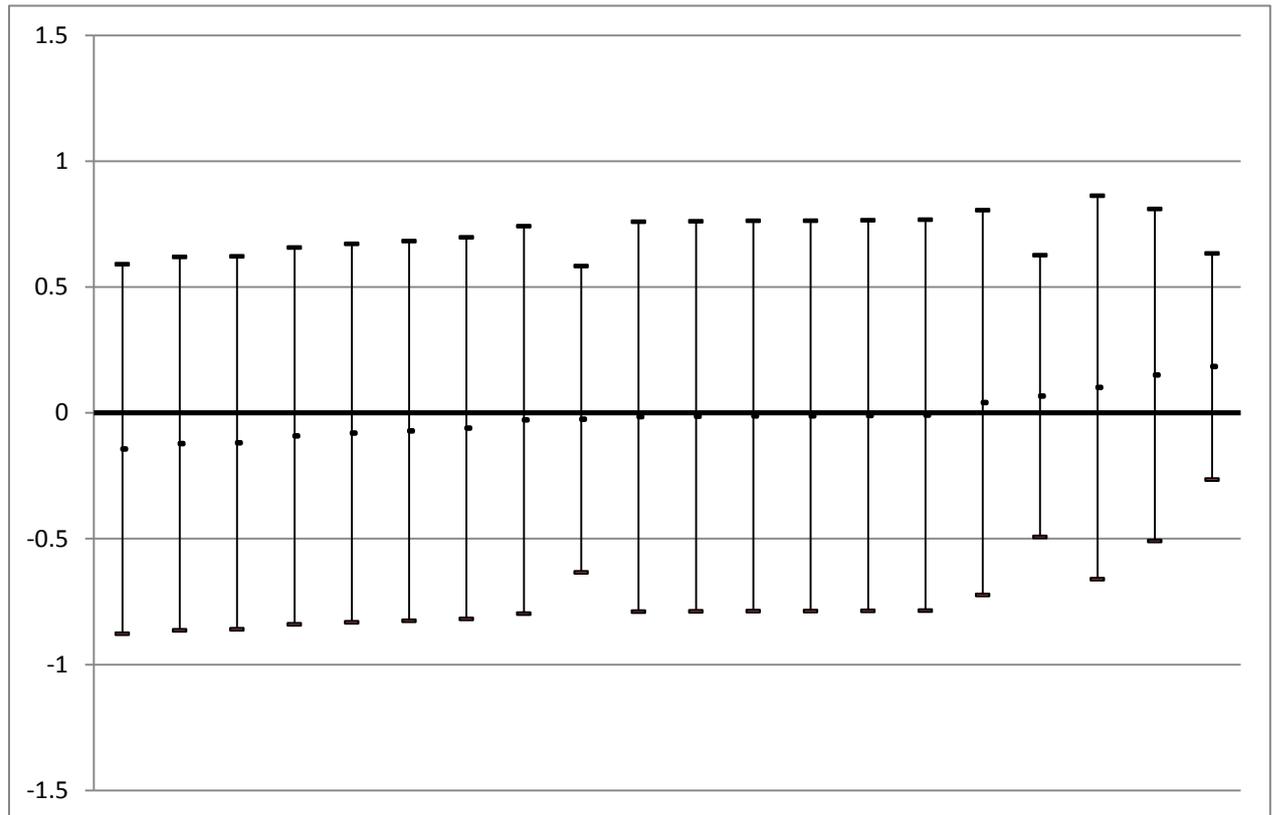
Figure 15: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, soins de base – prévalence des escarres nosocomiales tous degrés (1 à 4) confondus



Aucun hôpital de soins de base ne s'écarte significativement de l'ensemble des hôpitaux. Finalement, les cliniques spécialisées sont comparées à la figure 16.



Figure 16: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, cliniques spécialisées – prévalence des escarres nosocomiales tous degrés (1 à 4) confondus



Comme pour les hôpitaux de soins de base, aucun hôpital ne s'écarte significativement de l'ensemble des hôpitaux. Les intervalles de confiance représentés révèlent cependant que le nombre de cas pris en compte est très petit.

6.2 Escarres attrapées 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 des lésions cutanées. C'est pourquoi les escarres de degré 1 attrapées à l'hôpital font l'objet d'une analyse séparée.

Après sélection du modèle, les variables retenues pour le modèle hiérarchique sont les suivantes (tableau 53) :

Tableau 53: variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs caractéristiques – escarres nosocomiales hors degré 1

| | OR | Ecart type | Valeur p | OR - intervalle de confiance à 95% | |
|--|----------|------------|----------|------------------------------------|-------|
| Sexe masculin | 1.32 | 0.19 | 0.058 | 0.99 | 1.75 |
| Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 0-7 jours | Referenz | | | | |
| Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 8-28 jours | 2.98 | 0.53 | 0.000 | 2.11 | 4.21 |
| Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 29 jours et plus | 7.93 | 1.67 | 0.000 | 5.25 | 11.99 |
| Intervention chirurgicale (1/0) | 1.72 | 0.26 | 0.000 | 1.27 | 2.32 |



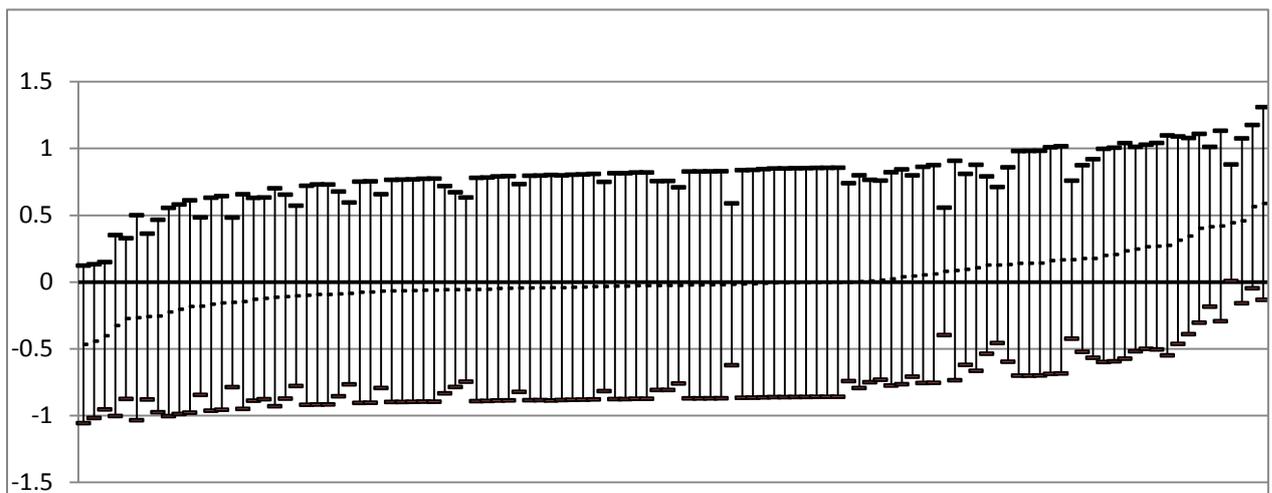
| | OR | Ecart type | Valeur p | OR - intervalle de confiance à 95% | |
|--|------|------------|----------|------------------------------------|------|
| Score de Braden ≤ 20 (1/0) | 5.17 | 1.16 | 0.000 | 3.34 | 8.02 |
| Maladie infectieuse (1/0) | 3.04 | 0.91 | 0.000 | 1.69 | 5.48 |
| Cancer (1/0) | 1.40 | 0.24 | 0.052 | 1.00 | 1.96 |
| Diabète (1/0) | 1.68 | 0.28 | 0.002 | 1.21 | 2.34 |
| Maladie du système nerveux (1/0) | 0.65 | 0.16 | 0.084 | 0.40 | 1.06 |
| Maladie de l'appareil locomoteur (1/0) | 1.55 | 0.23 | 0.003 | 1.16 | 2.08 |
| Traumatisme ou séquelles d'accident (1/0) | 1.59 | 0.30 | 0.016 | 1.09 | 2.31 |
| Prothèse totale de hanche (1/0) | 1.71 | 0.41 | 0.027 | 1.06 | 2.74 |
| Besoin d'aide pour les AVQ (1/0) | 1.66 | 0.26 | 0.001 | 1.23 | 2.25 |
| Interaction maladie infectieuse – type d'hôpital | 0.86 | 0.09 | 0.131 | 0.71 | 1.05 |

OR : odds-ratios (rapports des cotes) ; valeur p : résultat du test de signification ; AVQ : activités de la vie quotidienne

La différence entre les escarres avec le degré 1 et celles sans le degré 1 se manifeste aussi par une différence dans la structure des risques. Là encore, un score de Braden ≤ 20 est un facteur de prédiction important. Mais une longue hospitalisation est encore plus importante, car les patient-e-s hospitalisé-e-s plus de 28 jours présentent un risque 8 fois plus élevé que ceux hospitalisés moins de 7 jours. Un nouveau facteur de prédiction significatif est la présence de maladies infectieuses, dont le rapport des cotes a doublé relativement à l'évaluation précédente. L'âge ne représente plus un facteur de risque, mais le sexe masculin oui, alors qu'il n'était plus important dans la sélection du modèle, même s'il n'est pas au premier plan ici non plus.

Compte tenu de ces variables, les résultats ajustés aux risques pour les escarres acquises à l'hôpital hors degré 1 sont les suivants (figure 17).

Figure 17: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou groupes d'hôpitaux participants – escarres nosocomiales hors degré 1



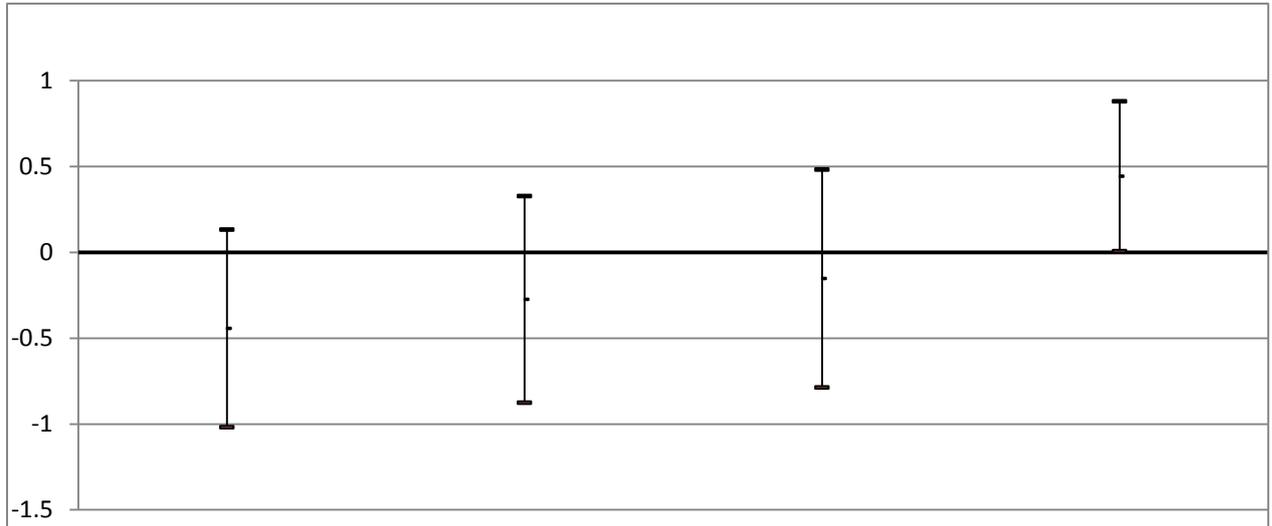
L'évaluation de l'ensemble des hôpitaux montre qu'un seul hôpital s'écarte de manière significative de la



moyenne. Là aussi, l'homogénéité est importante. Cependant, elle s'explique par un nombre de cas encore plus petit par rapport au paragraphe 7.1.

Les différentes comparaisons par type d'hôpital suivent toujours après. Les hôpitaux universitaires sont représentés dans la figure 18.

Figure 18: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux universitaires, prise en charge spécialisée – escarres nosocomiales hors degré 1



Le seul hôpital qui s'écarte significativement de l'ensemble des hôpitaux est un hôpital universitaire.

Les hôpitaux de prise en charge spécialisée et de soins de base, ainsi que les cliniques spécialisées, sont représentés dans les figures 19, 20 et 21. Aucun de ces types d'hôpitaux ne montre de particularités.

Figure 19: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux généraux, prise en charge spécialisée – escarres nosocomiales hors degré 1

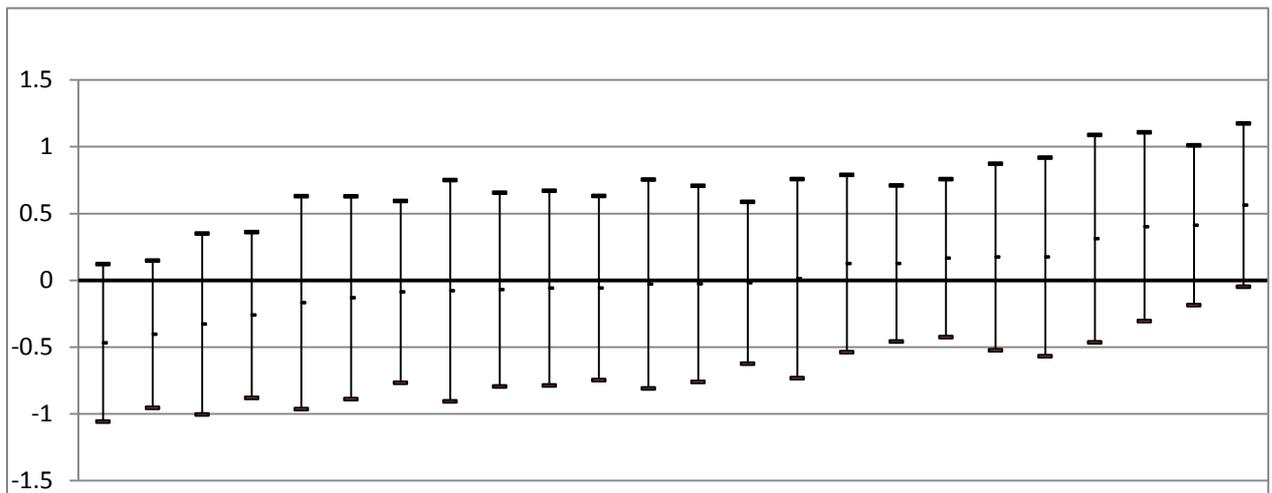




Figure 20: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux généraux, soins de base – escarres nosocomiales hors degré 1

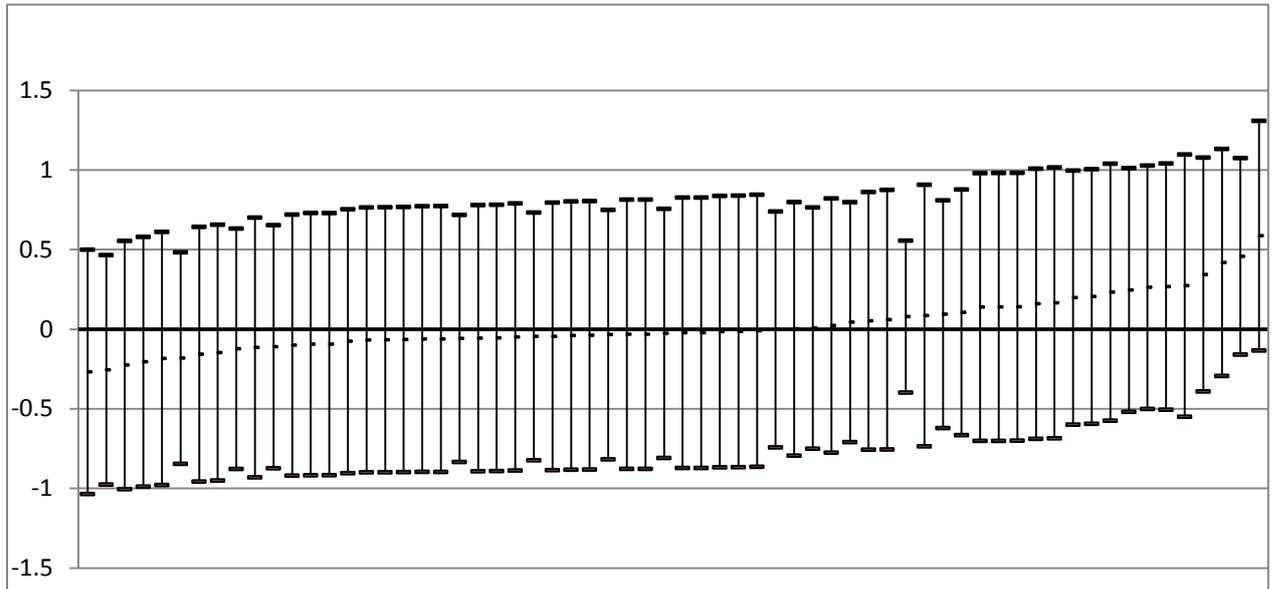
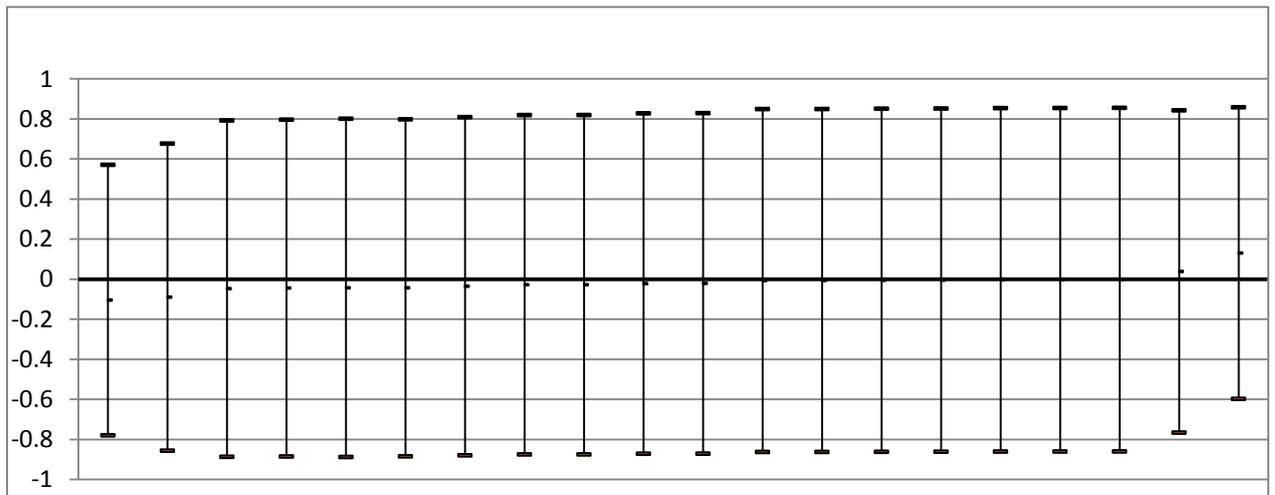


Figure 21: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – cliniques spécialisées – escarres nosocomiales hors degré 1





6.3 Chutes à l'hôpital

Après sélection du modèle, les variables retenues pour le modèle hiérarchique sont les suivantes (tableau 54) :

Tableau 54: variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs caractéristiques – chutes à l'hôpital

| | OR | Ecart type | Valeur p | OR - intervalle de confiance a 95% | |
|---|-----------|------------|----------|------------------------------------|-------|
| Sexe masculin (1/0) | 1.48 | 0.16 | 0.000 | 1.21 | 1.82 |
| Durée d'hospitalisation jusqu'à la mesure 0-7 jours | Référence | | | | |
| Durée d'hospitalisation jusqu'à la mesure 8-28 jours | 3.55 | 0.43 | 0.000 | 2.80 | 4.51 |
| Durée d'hospitalisation jusqu'à la mesure 29 jours et plus | 7.48 | 1.17 | 0.000 | 5.51 | 10.16 |
| Jusqu'à 54 ans | Référence | | | | |
| 55-74 ans | 1.45 | 0.27 | 0.045 | 1.01 | 2.09 |
| 75 ans et plus | 2.27 | 0.42 | 0.000 | 1.58 | 3.25 |
| Intervention chirurgicale (1/0) | 0.54 | 0.07 | 0.000 | 0.42 | 0.70 |
| Maladie endocrinienne (1/0) | 0.83 | 0.11 | 0.169 | 0.63 | 1.08 |
| Diabète (1/0) | 1.22 | 0.16 | 0.127 | 0.95 | 1.56 |
| Maladie du sang ou d'un organe hématopoïétique (1/0) | 1.46 | 0.21 | 0.008 | 1.10 | 1.93 |
| Troubles psychiques (1/0) | 1.69 | 0.43 | 0.039 | 1.03 | 2.79 |
| Démence (1/0) | 1.81 | 0.27 | 0.000 | 1.35 | 2.42 |
| Maladie des yeux/oreilles (1/0) | 1.54 | 0.22 | 0.003 | 1.16 | 2.03 |
| Maladie des voies respiratoires (1/0) | 1.33 | 0.15 | 0.012 | 1.07 | 1.66 |
| Maladie de la peau (1/0) | 0.72 | 0.16 | 0.134 | 0.47 | 1.11 |
| Besoin d'aide pour les AVQ (1/0) | 2.08 | 0.23 | 0.000 | 1.67 | 2.58 |
| Autres (1/0) | 1.52 | 0.22 | 0.003 | 1.15 | 2.01 |
| Interaction type d'hôpital – troubles psychiques | 0.88 | 0.06 | 0.079 | 0.77 | 1.01 |

OR : odds-ratios (rapports des cotes) ; valeur p : résultat du test de signification ; AVQ : activités de la vie quotidienne

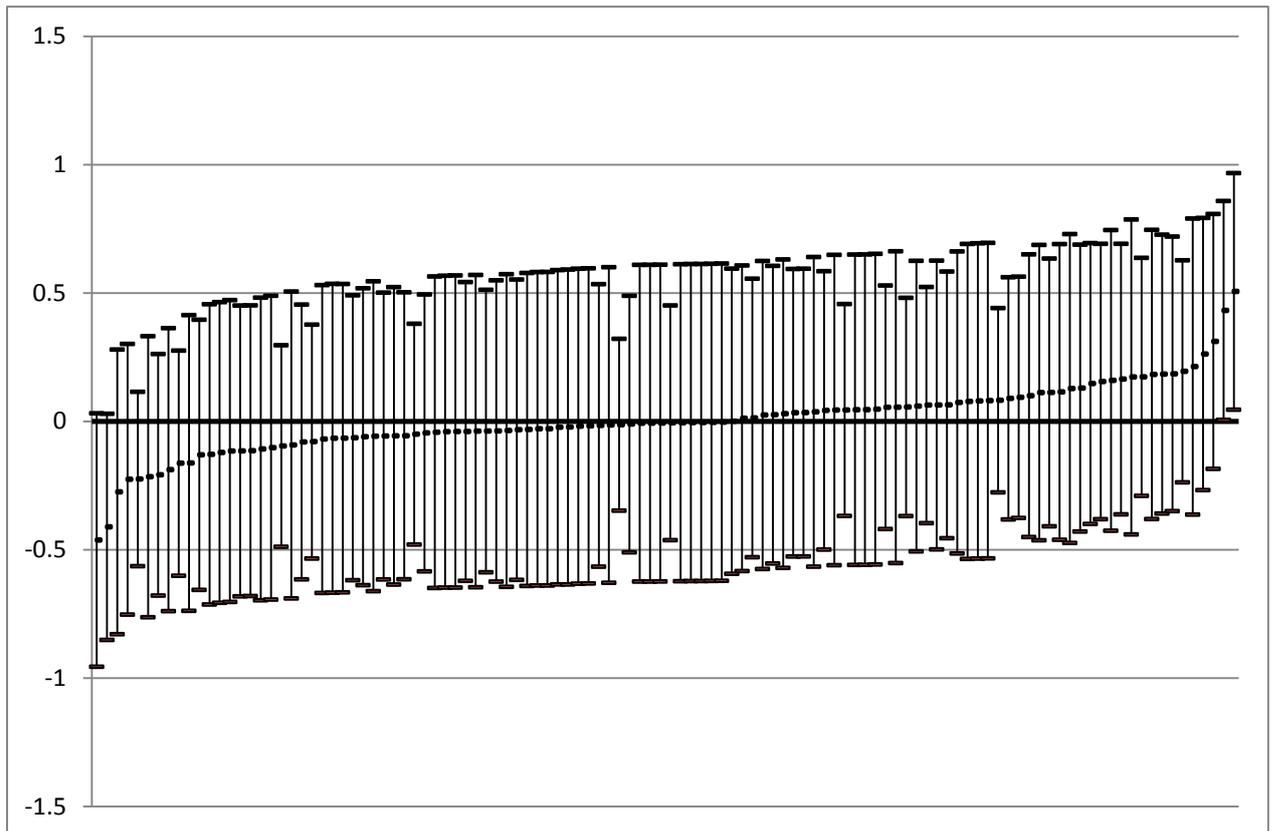
La valeur déterminante est à nouveau le rapport des cotes en lien avec la valeur p significative à 5 % et son intervalle de confiance à 95 %. Pour le formuler plus simplement : par rapport aux femmes, les hommes ont un risque de chute plus élevé de 50 %. Le risque augmente aussi nettement avec la durée d'hospitalisation. Par rapport aux patient-e-s hospitalisé-e-s moins d'une semaine, ceux/celles hospitalisé-e-s entre 8 et 28 jours ont un risque 3,5 fois plus élevé. Ceux/celles hospitalisé-e-s plus de 29 jours présentent un risque 7,5 fois plus élevé. Le risque de chute augmente également avec l'âge. La présence des signes cliniques mentionnés augmente ou diminue le risque de chute et ce, indépendamment les uns des autres, les risques les plus importants étant les troubles psychiques et cognitifs ainsi que les déficiences des organes des sens. En revanche, 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.

Compte tenu des variables influençant le risque de chute qui sont indiquées ci-dessus, les résultats statistiques de chaque hôpital ou groupe d'hôpitaux sont présentés à la figure 22.

Figure 22: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou groupes d'hôpitaux participants - chutes à l'hôpital

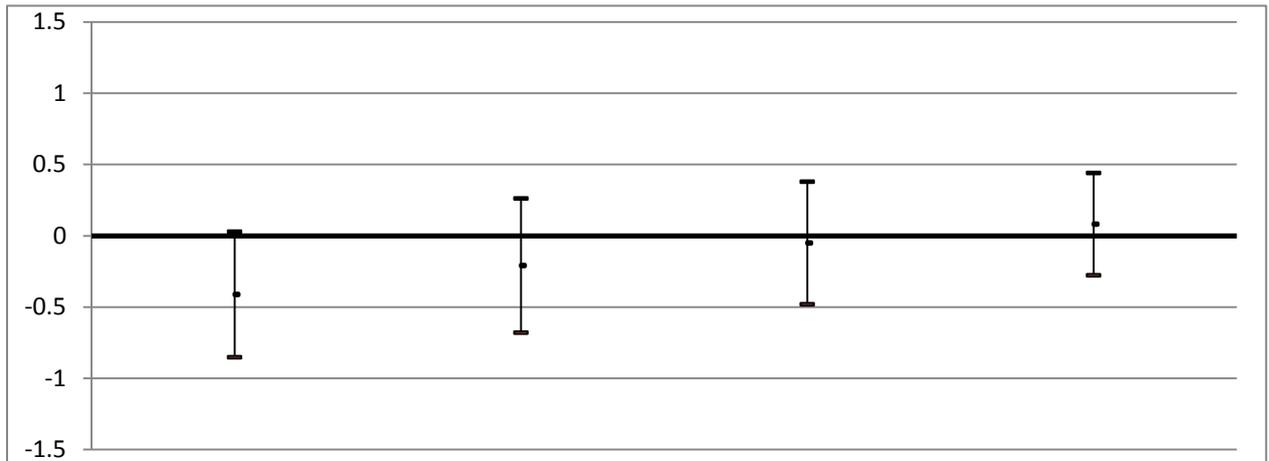


On constate (voir aussi l'exemple de la page 73) que deux hôpitaux s'écartent significativement de la moyenne, dans le sens clinique négatif, du fait que leurs intervalles de confiance ne coupent pas la ligne du zéro. Par ailleurs, on note ici aussi une homogénéité relative des hôpitaux ou groupes d'hôpitaux.

La figure suivante montre une comparaison des différents types d'hôpitaux.

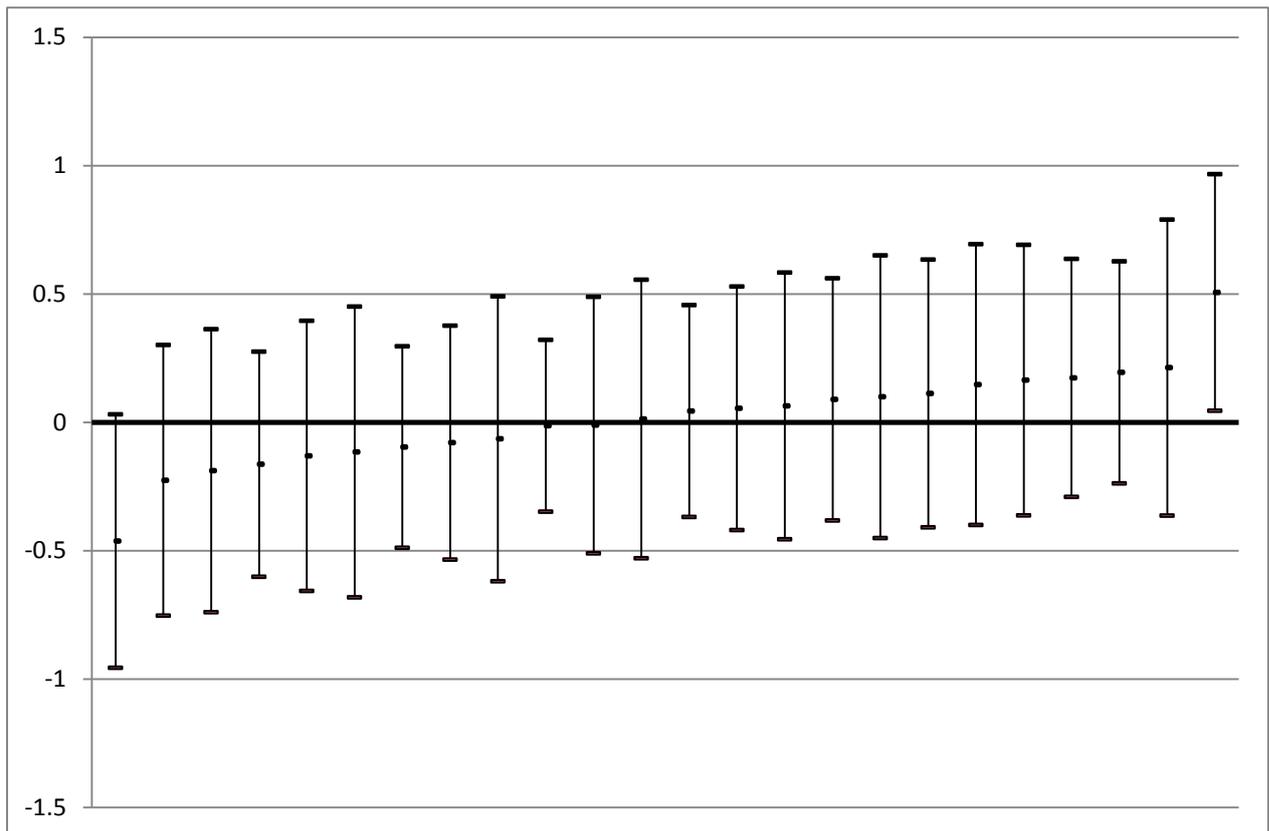


Figure 23: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux universitaires, prise en charge spécialisée – chutes à l'hôpital



Aucun des quatre hôpitaux universitaires participants ne s'écarte significativement de l'ensemble des hôpitaux.

Figure 24: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, prise en charge spécialisée – chutes à l'hôpital

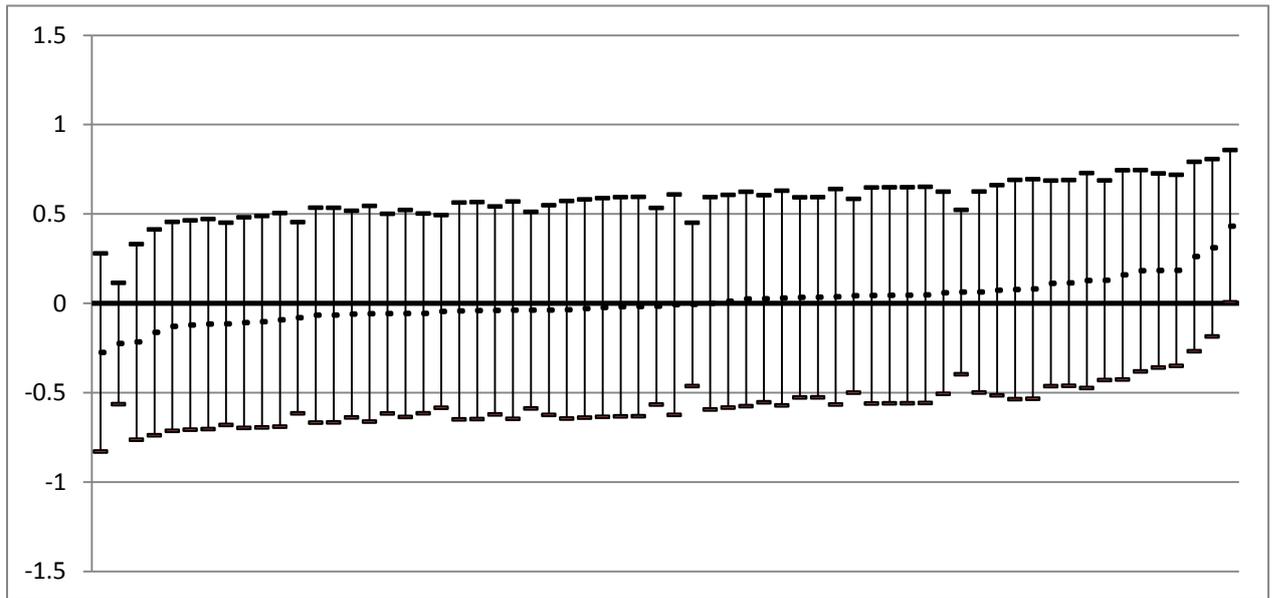


En ce qui concerne les hôpitaux de prise en charge spécialisée, un hôpital négatif au sens clinique s'écarte de l'ensemble des hôpitaux.

Les hôpitaux de soins de base sont représentés dans la figure 25.



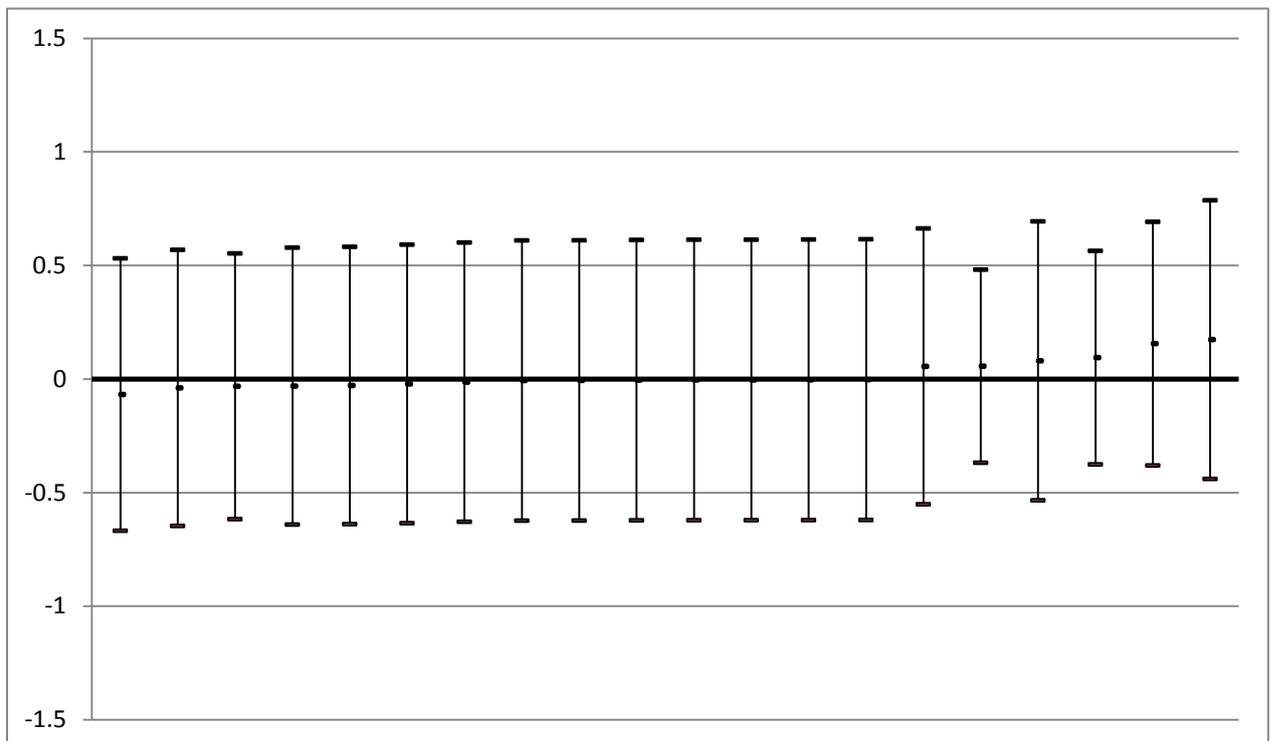
Figure 25: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, soins de base – chutes à l'hôpital



Un des hôpitaux de soins de base s'écarte significativement de l'ensemble des hôpitaux.

Les cliniques spécialisées sont les dernières représentées. Aucune particularité n'est à constater pour celles-ci.

Figure 26: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, cliniques spécialisées – chutes à l'hôpital





7 Discussions et conclusions

Les résultats issus des données récoltées le 8 novembre 2011 en Suisse dans les hôpitaux participants à la mesure nationale de la prévalence des indicateurs « Chutes » et « Escarres » sont présentés pour la première fois dans ce rapport. Ces données compilées peuvent être utilisées pour une première étude comparative (benchmarking) des hôpitaux (Amlung, Miller, & Bosley, 2001). Les résultats présentés par type d'hôpital permettront aux responsables des hôpitaux concernés de comparer les résultats de leur établissement avec ceux des hôpitaux du même type. Le benchmarking doit permettre d'évaluer les indicateurs propres à l'institution qui concernent les structures, les processus et les résultats dans le but d'une optimisation, à savoir améliorer les résultats et la qualité des soins prodigués aux patient-e-s (Amlung, et al., 2001).

Dans un premier temps, la discussion porte sur la représentativité de l'échantillon et, dans un second temps, sur les résultats liés aux indicateurs « Chutes » et « Escarres ».

7.1 Participant-e-s

Cent douze hôpitaux ont participé à la première mesure nationale de la prévalence, ce qui représente environ 80 % des hôpitaux de soins aigus de Suisse. C'est pourquoi la participation des hôpitaux peut être jugée élevée. Tous les cantons sont représentés. On peut donc dire que les unités de soins participantes sont représentatives des unités de soins des hôpitaux de soins aigus de la Suisse. Cette forte participation s'explique par l'engagement à réaliser la mesure à travers un contrat de qualité national.

Les résultats montrent un écart avec les autres pays de par une participation faible des patient-e-s à la mesure (68,1 %). La participation aux trois dernières mesures LPZ (avec déclaration de consentement oral) aux Pays-Bas fut en moyenne de 94 % (Halfens, et al., 2011; Halfens, et al., 2010; Halfens, et al., 2009). Concernant la mesure en Autriche, où une déclaration de consentement écrit était également nécessaire, la participation a été de 78,2 %. Il faut également noter que, comparé à la Suisse, un plus petit nombre d'hôpitaux ont participé volontairement à la mesure en Autriche (18 hôpitaux) et aux Pays-Bas (35 hôpitaux) par rapport à la population totale. En Suisse, sur 31,9 % des personnes qui n'ont pas participé, 58,5 % ont refusé leur participation. Dix-sept pour cent des patient-e-s n'étaient pas disponibles pour la mesure. On peut supposer que ceux qui figurent dans la catégorie « Autre raison » étaient des patient-e-s présentant des capacités cognitives limitées. L'échantillon reflète une plus faible dépendance aux soins. Plusieurs raisons expliquent le faible taux de participation. Concernant le refus de participer, il apparaît important de mieux informer le public sur l'obligation des hôpitaux à garantir une prise en charge de qualité. Les patient-e-s peuvent ainsi connaître l'importance que revêt cette mesure pour l'assurance qualité en milieu hospitalier. Les besoins directs des personnes concernées peuvent également être mieux connus. Parmi les autres raisons expliquant un niveau de participation faible ou différent, il peut y avoir :

- une utilisation et des évaluations différentes des commissions éthiques cantonales en ce qui concerne la déclaration de consentement et la mise à disposition à très court terme des documents contenant les informations sur les patient-e-s,
- le formulaire de la déclaration de consentement écrit « Informed Consent » (Kottner, et al., 2009), qui peut provoquer la méfiance et le refus, notamment chez les personnes âgées (Lohrman, 2010),
- les différences de procédure entre les établissements pour demander le consentement éclairé des patient-e-s.

L'évaluation du premier cycle de mesure montre que la demande de déclaration de consentement écrit a



été un véritable défi, en particulier chez les patient-e-s à risque. 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 n'ont pas réussi à obtenir la procuration légale dans les délais. Ces éléments sont mentionnés dans des publications (Kottner, et al., 2009). Par conséquent, lors de la collecte des données en Autriche, la déclaration de consentement écrit a également été perçue comme un facteur important de participation des patient-e-s à la mesure (Lohrman, 2010).

Dans l'ensemble, il est difficile de déterminer l'influence de chaque facteur sur la participation à la mesure. Nous partons du principe que l'influence est le fruit de plusieurs facteurs. Dans les deux cantons dans lesquels il n'était pas obligatoire d'obtenir le consentement écrit (AG/SO), un taux de participation très différent a été constaté. Pour le canton d'Argovie, celui-ci était de 64,6 % comme dans la plupart des autres cantons. Pour le canton de Soleure, celui-ci était de 94,9 %, et ce, quand bien même quelques-uns des hôpitaux de ce canton avaient exigé un consentement écrit.

Les données sociodémographiques des patient-e-s participant-e-s portent sur les patient-e-s hospitalisé-e-s 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 selon les statistiques des hôpitaux (Office fédéral de la statistique OFS, 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 patient-e-s hospitalisé-e-s doivent subir une opération chirurgicale dans un hôpital de soins aigus, ce qui explique le nombre d'unités chirurgicales. En tant que signes cliniques, 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 principaux diagnostics dans cette mesure. Dans les statistiques médicales des hôpitaux (Office fédéral de la statistique OFS, 2010) les lésions, l'appareil locomoteur, l'appareil circulatoire et l'appareil digestif sont les groupes de diagnostic principaux. Ainsi, une certaine correspondance avec nos données, même si elle n'est pas parfaite, peut être observée.

On peut constater que seul-e-s quelques participant-e-s ont besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les tâches ménagères (ATM). 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 prévalence (voir le taux de réponse et les raisons de la non-participation). En comparant les données de besoin des soins, c'est-à-dire le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidiennes (AVQ) ou le besoin d'aide pour les tâches ménagères (ATM), avec les résultats des trois dernières mesures LPZ aux Pays-Bas, on constate une grande différence au niveau des hôpitaux universitaires (AVQ : 14,6 % contre 19,0–27,8 % pour LPZ ; TM : 12,3 % contre 12,1–18,2 %). Concernant les hôpitaux généraux et les cliniques spécialisées, la différence est plus faible pour les AVQ (LPZ : 17,3–19,6 %), mais plus forte pour les TM (LPZ : 6,4–8,1 %).

7.2 Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital

7.2.1 Caractéristiques des patient-e-s souffrant d'escarres nosocomiales

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 (49,5 %



sont dépendant-e-s d'une aide pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) contre 22,1 % ; 42,3 % sont dépendant-e-s d'une aide pour les tâches ménagères (ATM) contre 18,7 %).

L'influence de l'âge sur le risque d'escarre apparaît également dans l'analyse à plusieurs variables, mais uniquement pour l'apparition d'escarre avec le degré 1. En excluant le degré 1, l'âge ne représente plus un facteur de prédiction important. Le sexe masculin ne joue également pas un rôle important pour les deux indicateurs d'escarres. Ces résultats sont en accord avec la recherche internationale des facteurs de risques pour les escarres survenues à l'hôpital (Fogerty et al., 2008; Wann-Hanson, Hagell, & Willman, 2008).

7.2.2 Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital

Comparés aux taux de prévalence, les résultats des hôpitaux sont répartis relativement de manière égale. Avec un taux de prévalence nosocomiale de 5,8 %, les données de la Suisse présentent des valeurs plus basses en comparaison internationale (fourchette entre 5,0 % et 11,6 %, voir tableau 3). Pour les taux de prévalence nosocomiale excluant le degré 1, la mesure nationale de la Suisse indique, avec une valeur moyenne de 2,1 % au-dessus de l'ensemble des hôpitaux, un taux plus bas dans les publications internationales, dans lesquelles les valeurs indiquées sont comprises entre 3,1 % et 6,3 % (voir tableau 3). Concernant 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 en dehors du degré 1. Ces résultats correspondent à ceux des publications internationales (par exemple Brown, et al., 2010; Kottner, et al., 2009; C. Van Gilder, S. R. Amlung, P. Harrison, & S. Meyer, 2009) et à ceux des revues spécialisées suisses (Perneger, Heliot, Rae, Borst, & Gaspoz, 1998).

Concernant la prévalence des escarres en dehors du degré 1 chez les patient-e-s à risque (tableau 19), le taux de prévalence globale mesuré dans les hôpitaux suisses (7,7 %), comparé à celui de la prévalence mentionnée dans les publications internationales (entre 6,1 % et 15,6 %, voir tableau 3), peut être considéré comme étant relativement bas.

Concernant la prévalence des escarres nosocomiales en dehors du degré 1 chez les patient-e-s à risque, le taux de prévalence globale mesuré dans les hôpitaux suisses (4,0 %) est inférieur aux taux de prévalence indiqués dans les publications (entre 5,3 % et 11,2 %) (voir tableau 3). Il est possible que ce résultat soit lié au faible taux de réponse. Ce résultat 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 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 (par exemple Defloor, et al., 2008; Gallagher, et al., 2008; Halfens, et al., 2011).

Les escarres apparaissent le plus souvent sur les talons, puis sur le derrière et sur le sacrum. Là aussi, ces résultats correspondent aux données des publications internationales (par exemple Barbut, et al., 2006; Gunningberg, 2006; Jenkins & O'Neal, 2010; Lohrman, 2010).

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 (Kottner, et al., 2009).

7.3 Indicateurs de structure « Escarres »

Les résultats pour les indicateurs de structure des escarres *au niveau de l'hôpital* indiquent une grande différence entre les types d'hôpitaux en Suisse au niveau de la disponibilité de ces indicateurs. En comparaison avec les autres 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 pour les spécialistes et un groupe de spécialistes sont comparables aux résultats autrichiens et sont légèrement inférieurs aux résultats des deux dernières années aux Pays-Bas. L'offre des formations continues, ainsi que la disponibilité d'un enregistrement central des cas d'escarre tendent à être inférieures aux valeurs internationales. Les résultats pour les brochures d'information sont légèrement supérieurs à ceux de l'Autriche, mais restent bien en-dessous des valeurs des Pays-Bas sur les deux dernières années.

Concernant les indicateurs de structure des escarres *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, la disponibilité de matériel de prévention, ainsi que l'identification des risques (voir tableau 6). En revanche, les brochures d'information sont beaucoup moins présentes qu'aux Pays-Bas. De même, la tenue de tables rondes monodisciplinaires et multidisciplinaires est moins fréquente dans les hôpitaux suisses.

7.4 Taux de prévalence des patient-e-s victimes d'une chute à l'hôpital

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

La répartition par sexe des patient-e-s victimes d'une chute diffère légèrement de celle de l'échantillon global. La participation des femmes est plus élevée de 2,9 %. Les patient-e-s victimes d'une chute sont en moyenne plus âgé-e-s de 6,9 ans que les patient-e-s d'âge moyen de l'échantillon global. La part des patient-e-s victimes d'une chute qui ont subi une opération dans les deux semaines précédant la mesure, est plus faible d'environ 8,7 % par rapport à l'échantillon global.

En comparant les signes cliniques de l'ensemble des patient-e-s hospitalisé-e-s avec ceux des patient-e-s victimes d'une chute, on constate chez ces dernier-ère-s que la part des patient-e-s accidenté-e-s (17,2 %) ainsi que celle des patient-e-s souffrant d'une maladie cardiovasculaire (7,8 %), sont plus importantes que celles dans l'échantillon global. Les maladies des reins et des voies urinaires ainsi que celles 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 des facteurs plus importants. Ces patient-e-s sont plus dépendants que l'échantillon global (besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) : 33,9 % contre 22,1 % ; besoin d'aide pour les tâches ménagères (ATM) : 29,1 % contre 18,7 %).

Ces résultats descriptifs s'avèrent en partie différents dans l'analyse multivariée. Après ajustement pour de nombreux autres facteurs, le sexe masculin se révèle présenter un plus grand risque de chute. Cependant, les facteurs de l'âge et de l'intervention chirurgicale sont également indiqués comme des facteurs de prédiction importants dans l'analyse de régression. En outre, de nombreux signes cliniques sont grandement associés à un risque de chute. Il en va de même pour l'effet « positif » d'une intervention chirurgicale. Comme il y a de plus grandes chances que le/la patient-e opéré-e ne puisse plus bouger après l'opération,



il a moins d'importance en tant que facteur de protection. Les facteurs de prédiction identifiés dans la présente analyse coïncident à quelques détails près avec les facteurs de risque connus décrits dans les publications internationales (Oliver, Daly, Martin, & McMurdo, 2004).

7.4.2 Taux de prévalence des patient-e-s victimes d'une chute à l'hôpital

En comparaison internationale des taux de prévalence (tableau 4), celui des chutes survenues dans les hôpitaux suisses est relativement élevé. Cela vaut notamment aussi pour la comparaison avec les mesures 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 % (voir tableau 4). En comparaison nationale, on constate là 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. On remarque que les conséquences de chute légères (33,8 %) et moyennement graves (20,6 %) représentent une part plus importante que dans les mesures LPZ (respectivement environ 20 % et 14 à 16 %) (Halfens, et al., 2011; Halfens, et al., 2010). 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 se pose de savoir si la documentation incomplète des chutes survenues à l'hôpital ou la logique des questionnaires LPZ pour ce résultat 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 résultats pour les indicateurs de structure relatifs aux chutes *au niveau de l'hôpital* indiquent également une différence quant à leur disponibilité entre les types d'hôpitaux en Suisse. L'enregistrement 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 communication des informations lors du transfert 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 en Suisse est considérablement plus faible en comparaison internationale. Pour les autres indicateurs, la disponibilité dans les hôpitaux suisses tend également à être plus faible par rapport aux résultats internationaux.

Pour les indicateurs de structure relatifs aux chutes *au niveau de l'unité de soins*, les hôpitaux suisses affichent une plus grande disponibilité concernant les mesures de prévention avec les patient-e-s et les informations standardisées lors du transfert que les hôpitaux néerlandais et autrichiens (voir tableau 6). Dans les autres domaines, on remarque moins de grande différence au niveau des indicateurs de structure 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

Pour résumer, on peut constater que les résultats de la comparaison ajustée aux risques révèlent une grande homogénéité pour les trois indicateurs. Seuls quelques hôpitaux se démarquent véritablement de l'ensemble des hôpitaux. Plusieurs raisons peuvent expliquer le faible nombre de ces hôpitaux. 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 rapporté par chaque hôpital. Comme le suggère par exemple la comparaison des graphiques des hôpitaux universitaires avec les trois 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 d'autres termes, les petits hôpitaux n'ont avec cette méthode pratiquement aucune chance 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 élevés accidentellement lors d'un jour de référence. Si cette situation n'est pas prise en compte, la comparabilité est considérablement limitée (Krumholz, et al., 2006).

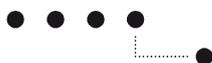
La comparaison ajustée aux risques des hôpitaux peut de la même façon être encore plus précise si l'échelle de dépendance aux soins (EDS) est prise en compte pour l'ensemble des hôpitaux. Dans nos calculs de test, l'EDS a montré un lien fort pour l'ensemble des indicateurs de résultat. Ce lien est également confirmé dans les publications (Mertens & Dassen, 2003).

7.7 Avantages et inconvénients

Il convient de noter qu'il s'agit de la première mesure à l'échelle de la Suisse. D'après les expériences des partenaires LPZ, cela pourrait nuire à la qualité des données. Pour empêcher cela, l'ensemble des coordinateurs et coordinatrices des hôpitaux ont reçu une formation identique par la HESB et ses partenaires. Les documents de formation pour les équipes de mesure ont été élaborés de manière structurée avec un contenu élaboré à l'avance et le manuel d'utilisation de la mesure a été conçu de façon détaillée, comme indiqué au chapitre 5.2.4. En outre, un service téléphonique a été mis à disposition la veille et le jour de la mesure.

Cette mesure a pour avantage que les instruments de mesure soient les mêmes au niveau international. Comme il en a été question dans le chapitre 5, cette méthode présente encore quelques inconvénients, qui seront corrigés dans les autres mesures par une procédure de validation (par exemple, les techniques d'entretiens cognitifs et les tests psychométriques).

La participation plutôt faible des patient-e-s peut nuire à la représentativité de l'échantillon (voir chapitre 8.1). 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 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 de collecte des données. Globalement, l'organisation de la mesure et la mesure en soi ont été évaluées de manière positive par les participant-e-s.

L'analyse par groupe hospitalier selon la typologie hospitalière de l'office fédéral de la statistique (OFS) (Bundesamt für Statistik, 2006) a pour conséquence que les établissements avec plusieurs mandats de prestations se sont vus attribuer un type d'hôpital précis. Les différents mandats de prestations n'ont pas pu être ainsi pris en compte. Cela peut amener à ce que des hôpitaux participants ne puissent pas être comparés avec d'autres hôpitaux de même type. Cette imprécision ne peut pas être évitée en raison de la typologie de l'OFS. Elle doit être acceptée comme conséquence inévitable de l'utilisation de cette typologie.

Le plus grand avantage de cette première mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres est la taille de l'échantillon qui permet une meilleure représentativité des données et une méthode statistique de grande envergure, deux conditions nécessaires à un ajustement correct.



8 Recommandations

Le chapitre « Discussions » et celui sur les avantages et inconvénients de la mesure montrent qu'aucune recommandation ne peut être donnée à la suite de cette première mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres en Suisse. Ce qui est sûr, c'est que les mesures reconduites d'année en année permettront aux hôpitaux de contrôler et éventuellement d'ajuster leur qualité concernant les chutes et escarres. La mesure peut devenir plus précise si les données issues de l'échelle de dépendance aux soins pour les patient-e-s doivent être collectées dans l'ensemble des hôpitaux.

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

Les analyses tendanciennes des mesures répétées au niveau international suggèrent que les taux de prévalence tendent à être de plus en plus bas (Brown, et al., 2010; Kottner, et al., 2009), tandis que la sensibilisation aux indicateurs mesurés et l'utilisation ciblée de traitement et de mesures préventives gagnent du terrain (Gunningberg, Donaldson, Aydin, & Idvall, 2011). Il est ainsi possible d'observer une amélioration des résultats en optimisant sur le plan procédural la pratique clinique (Gunningberg, Donaldson, et al., 2011).

Compte tenu de l'opposition entre l'homogénéité des résultats ajustés aux risques en comparant les hôpitaux et la grande dispersion concernant les moyens mis en place et les indicateurs de structure utilisés, la question est de savoir dans quelle mesure les moyens de prévention et de traitement existants sont efficaces et efficaces.

Barbut et al. (2006) ont constaté dans leur enquête que les méthodes de traitement des plaies n'étaient pas toujours adéquates et que des produits en partie non adaptés au stade de la plaie étaient utilisés. En observant de plus près cette mesure, la question est de savoir dans quelle mesure les moyens préventifs et le traitement des escarres correspondent respectivement aux connaissances actuelles issues des recherches et à la situation actuelle. Par exemple, pour les escarres de degré 1, un large éventail de produits de traitement des plaies est, contre toute attente, utilisé. Comme la peau est en parfait état pour les escarres de degré 1, les directives internationales recommandent comme premières mesures un soulagement de la pression et des soins de peau immédiats (Defloor et al., 2004; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009b; Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland, 2011). Pour les escarres de degré 2, 3 et 4, il est souvent indiqué de ne pas utiliser de pansement. Cette procédure ne correspond pas non plus aux connaissances actuelles.

En observant les résultats, il apparaît qu'une grande partie des patient-e-s victimes d'une chute n'ont pas reçu de mesures de prévention des blessures. On remarque qu'une chute est considérée comme le facteur de prédiction le plus important pour les autres chutes dans l'anamnèse (Frank & Schwendimann, 2008; Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004; Victorian Government Department of Human Services, 2004). Un grand potentiel existe donc ici pour le développement de la qualité.

Les résultats internationaux montrent que, pour la répétition de la mesure, la disponibilité des indicateurs de structure a gagné en importance à chaque mesure (voir tableau 6). À ce sujet, Bosch et al. (2011) 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 les indicateurs de qualité relatifs à la structure et au pro-



cessus mis à disposition peuvent encourager les hôpitaux à se lancer dans une étude comparative d'une part et servir de base aux processus d'optimisation d'autre part.

La mesure nationale de la prévalence donne pour la première fois aux hôpitaux la possibilité de revisiter ou d'améliorer leur assurance qualité sur le plan structurel, leur pratique basée sur des données probantes et l'efficacité des mesures et stratégies de prévention mis en place. En attendant d'acquérir de solides recommandations, les établissements peuvent suivre les directives et recommandations actuelles (par exemple, les normes du DNQP) et prendre en compte les nouvelles publications de recherche pour comparer leur pratique des soins avec les normes publiées (par exemple Niederhauser et al., 2012; Spoelstra, Given, & Given, 2012).

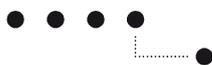


9 Bibliographie

- Akaike, H. (1974). A new look at the statistical model identification. *IEEE Transaction on Automatic Control*, 19(6), 716-723.
- Amlung, S. R., Miller, W. L., & Bosley, L. M. (2001). The 1999 National Pressure Ulcer Prevalence Survey: a benchmarking approach. *Advances in Skin & Wound care*, 14(6), 297-301.
- Arbeitsgemeinschaft der Schweizerischen Forschungs-Ethikkommissionen für klinische Versuche AGEK. (2011). *Multizentrische Studien: Konzept 2 für ein vereinfachtes Verfahren im Rahmen der AGEK*. Retrieved from <http://www.swissethics.ch/templates.html>.
- Baharestani, M. M., Black, J. M., Carville, K., Clark, M., Cuddigan, J. E., Dealey, C., et al. (2009). Dilemmas in measuring and using pressure ulcer prevalence and incidence: an international consensus. *International Wound Journal*, 6(2), 97-104.
- Barbut, F., Parzybut, B., Boelle, P. Y., Neyme, D., Farid, R., Kosmann, M. J., et al. (2006). [Pressure sores in a university hospital]. *Presse Med*, 35(5 Pt 1), 769-778.
- Bergstrom, N., Braden, B., Kemp, M., Champagne, M., & Ruby, E. (1998). Predicting pressure ulcer risk: a multisite study of the predictive validity of the Braden Scale. *Nurs Res*, 47(5), 261-269.
- Bosch, M., Halfens, R. J., van der Weijden, T., Wensing, M., Akkermans, R., & Grol, R. (2011). Organizational culture, team climate, and quality management in an important patient safety issue: nosocomial pressure ulcers. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*, 8(1), 4-14.
- Bours, G. J., Halfens, R. J. G., Abu-Saad, H. H., & Grol, R. T. (2002). Prevalence, prevention, and treatment of pressure ulcers: descriptive study in 89 institutions in the Netherlands. *Research in Nursing & Health*, 25(2), 99-110.
- Bours, G. J., Halfens, R. J. G., & Haalboom, J. E. R. (1999). The development of a national registration form to measure the prevalence of pressure ulcers in the Netherlands. *Ostomy Wound Management*, 45(11), 20-40.
- Brown, D. S., Donaldson, N., Burnes Bolton, L., & Aydin, C. E. (2010). Nursing-sensitive benchmarks for hospitals to gauge high-reliability performance. *Journal for Healthcare Quality*, 32(6), 9-17.
- Bundesamt für Statistik. (2006). Krankenhaustypologie. Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. Retrieved from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index.html>.
- Cavicchioli, A., Fortuna, D., Melotti, R. M., Chiari, P., Mongardi, M., & Santullo, A. (2002, 18-21 September 2002). *DRG and pressure ulcers: findings in a wider prevalence survey*. Paper presented at the 6th European Pressure Ulcer Advisory Panel Open Meeting, Budapest.
- Dassen, T., Balzer, K., Bansemir, G., Kühne, P., Sabarowski, R., & Dijkstra, A. (2001). Die Pflegeabhängigkeitsskala, eine methodologische Studie. *Pflege*, 14, 123-127.
- Dassen, T., Tannen, A., & Lahmann, N. (2006). Pressure ulcer, the scale of the problem. In M. Romanelli (Ed.), *Science and Praxis of pressure ulcer management* London: Springer.
- Defloor, T., Gobert, M., Bouzegta, N., Beeckman, D., Vanderwee, K., & Van Durme, T. (2008). *Etude de la prévalence des escarres dans les hôpitaux belges 2008, Projet PUMap*. Bruxelles: Bruxelles: Service Public Fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Université Gent, Université Catholique de Louvain.



- Defloor, T., Herremans, A., Grypdonck, M., De Schuijmer, J., Paquay, L., Schoonhoven, L., et al. (2004). *Recommandation belge pour la prévention des escarres*. Bruxelles: Santé publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement.
- Dijkstra, A., Tiesinga, L. J., Plantinga, L., Veltman, G., & Dassen, T. W. (2005). Diagnostic accuracy of the care dependency scale. *Journal of advanced nursing*, *50*(4), 410-416.
- EPUAP. (2004). Leitlinie zur Dekubitusprävention
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009a). *Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009b). *Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide*. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Fogerty, M. D., Abumrad, N. N., Nanney, L., Arbogast, P. G., Poulouse, B., & Barbul, A. (2008). Risk factors for pressure ulcers in acute care hospitals. *Wound Repair and Regeneration*, *16*, 11-18.
- Frank, O., & Schwendimann, R. (2008). *Sturzprävention. Orientierungshilfe und Empfehlungen für stationäre Gesundheitsinstitutionen, Einrichtungen der Langzeitbetreuung, Institutionen der primären Gesundheitsversorgung (Spitex und Hausärzte)*. Zürich.
- Gallagher, P., Barry, P., Hartigan, I., McCluskey, P., O'Connor, K., & O'Connor, M. (2008). Prevalence of pressure ulcers in three university teaching hospitals in Ireland. *Journal of Tissue Viability*, *17*(4), 103-109.
- Gordis, L. (2009). *Epidemiology* (4th ed.). Philadelphia: Saunders.
- Gunningberg, L. (2006). EPUAP pressure ulcer prevalence survey in Sweden: a two-year follow-up of quality indicators. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, *33*(3), 258-266.
- Gunningberg, L., Donaldson, N., Aydin, C., & Idvall, E. (2011). Exploring variation in pressure ulcer prevalence in Sweden and the USA: benchmarking in action. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*.
- Gunningberg, L., Stotts, N. A., & Idvall, E. (2011). Hospital-acquired pressure ulcers in two Swedish County Councils: cross-sectional data as the foundation for future quality improvement. *International Wound Journal*, *8*(5), 465-473.
- Halfens, R. J. G., Bours, G. J., & Van Ast, W. (2001). Relevance of the diagnosis 'stage 1 pressure ulcer': an empirical study of the clinical course of stage 1 ulcers in acute care and long-term care hospital populations. [Comparative Study]. *Journal of Clinical Nursing*, *10*(6), 748-757.
- Halfens, R. J. G., Meesterberends, E., Meijers, J. M. M., Du Moulin, M. F. M. T., van Nie, N. C., Neyens, J. C. L., et al. (2011). *Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Rapportage resultaten 2011*. Maastricht: Universiteit Maastricht, CAPHRI school for Public Health and Primary care, Department of Health Services Research.
- Halfens, R. J. G., Meijers, J. M. M., Du Moulin, M. F. M. T., van Nie, N. C., Neyens, J. C. L., & Schols, J. M. G. A. (2010). *Landelijke Prevalentiemeting Zorgprobleme Rapportage resultaten 2010*. Maastricht Universiteit Maastricht, CAPHRI school for Public Health and Primary care, Department of Health Services Research.
- Halfens, R. J. G., Meijers, J. M. M., Neyens, J. C. L., & Schols, J. M. G. A. (2009). *Rapportage resultaten, Landelijke Prevalentiemeting, Zorgproblemen*. Maastricht: Universiteit Maastricht, CAPHRI school for Public Health and Primary care, Department of Health Services Research.
- Halfens, R. J. G., Van Achterberg, T., & Bal, R. M. (2000). Validity and reliability of the braden scale and the



influence of other risk factors: a multi-centre prospective study. [Multicenter Study]. *International Journal of Nursing Studies*, 37(4), 313-319.

Heinze, C., Halfens, R. J. G., & Dassen, T. (2007). Falls in German in-patients and residents over 65 years of age. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 495-501.

Heinze, C., Lahmann, N., & Dassen, T. (2002). [Frequency of falls in German hospitals]. *Gesundheitswesen*, 64(11), 598-601.

Hurd, T., & Posnett, J. (2009). Point prevalence of wounds in a sample of acute hospitals in Canada. *International Wound Journal*, 6(4), 287-293.

Jenkins, M. L., & O'Neal, E. (2010). Pressure ulcer prevalence and incidence in acute care. *Adv Skin Wound Care*, 23(12), 556-559.

Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly. (1987). The prevention of falls in later life. A report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly. *Danish medical bulletin*, 34(Suppl 4), 1-24.

Kottner, J., Wilborn, D., Dassen, T., & Lahmann, N. (2009). The trend of pressure ulcer prevalence rates in German hospitals: results of seven cross-sectional studies. *Journal of Tissue Viability*, 18(2), 36-46.

Krumholz, H. M., Brindis, R. G., Brush, J. E., Cohen, D. J., Epstein, A. J., Furie, K., et al. (2006). Standards for statistical models used for public reporting of health outcomes: an American Heart Association Scientific Statement from the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Writing Group: cosponsored by the Council on Epidemiology and Prevention and the Stroke Council. Endorsed by the American College of Cardiology Foundation. [Guideline]. *Circulation*, 113(3), 456-462.

Kuster, B. (2009). *Literaturarbeit und Expertinnen/Experten-Bewertung für relevante Qualitätsindikatoren Pflege*. Bern: Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter.

Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. (2002). Decubitus 2002. Retrieved Juni 2004, from <http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/pdf/decubitus2002.pdf>

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (2004). Richtlijn: Preventie van valincidenten bij ouderen.

Lohrman, C. (2010). *Europäische Pflegequalitätserhebung: 13. April 2010*. Graz: Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft.

Lohrmann, C., Dijkstra, A., & Dassen, T. (2003). The Care Dependency Scale: an assessment instrument for elderly patients in German hospitals. *Geriatric Nursing* 24(1), 40-43.

Lovallo, C., Rolandi, S., Rossetti, A. M., & Lusignani, M. (2010). Accidental falls in hospital inpatients: evaluation of sensitivity and specificity of two risk assessment tools. *Journal of advanced nursing*, 66(3), 690-696.

LPZ Maastricht. (2011). *Instruktionsmaterial und Begleitdokumente LPZ, Messzyklus 2011* Maastricht: Universiteit Maastricht, CAPHRI school for Public Health and Primary care, Department of Health Services Research.

Mertens, E., & Dassen, T. (2003). Verbesserung durch Vergleich. *Pflegezeitschrift*(2), 2003109-2003112.

Müller, M. (2011). *Statistik für die Pflege: Handbuch für Pflegeforschung und -wissenschaft*. Bern: Huber.

Neyens, J. (2007). *Fall prevention in psychogeriatric nursing home residents*. Maastricht University,



Maastricht.

Niederhauser, A., VanDeusen Lukas, C., Parker, V., Ayello, E. A., Zulkowski, K., & Berlowitz, D. (2012). Comprehensive programs for preventing pressure ulcers: A review of the literature. *Advances in Skin & Wound Care, 25*, 167-188.

Office fédéral de la statistique OFS. (2010). *Statistique médicale des hôpitaux*.

Oliver, D., Daly, F., Martin, F. C., & McMurdo, M. E. T. (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: A systematic review. *Age and Ageing, 33*, 122-130.

Perneger, T. V., Heliot, C., Rae, A. C., Borst, F., & Gaspoz, J. M. (1998). Hospital-acquired pressure ulcers: risk factors and use of preventive devices. *Archives of Internal Medicine 158*(17), 1940-1945.

Peters, M., & Passchier, J. (2006). Translating instruments for cross-cultural studies in headache research. *Headache, 46*(1), 82-91.

Rabe-Hesketh, S., & Skrondal, A. (2008). *Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata*. College Station, TX.

Schubert, M., Clarke, S. P., Glass, T. R., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2009). Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. [Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *International journal of nursing studies, 46*(7), 884-893.

Schwendimann, R., Buhler, H., De Geest, S., & Milisen, K. (2006). Falls and consequent injuries in hospitalized patients: effects of an interdisciplinary falls prevention program. *BMC Health Services Research, 6*, 69.

Shahian, D. M., & Normand, S. L. (2008). Comparison of "risk-adjusted" hospital outcomes. [Comparative Study, Multicenter Study, Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Circulation, 117*(15), 1955-1963.

Snijders, T. A. B., & Bosker, R. (2011). *Multilevel Analysis: An Introduction to Basic and Advanced Multilevel Modeling* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Spoelstra, S. L., Given, B. A., & Given, C. W. (2012). Falls prevention in hospitals: An integrative review. *Clinical Nursing Research, 21*, 92-112.

The American Nurses Association. (2011). Nursing-Sensitive Indicators. Retrieved Juni 2011, Juni 2011, from http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Research-Measurement/The-National-Database/Nursing-Sensitive-Indicators_1.aspx

Van Gilder, C., Amlung, S., Harrison, P., & Meyer, S. (2009). Results of the 2008-2009 International Pressure Ulcer Prevalence Survey and a 3-year, acute care, unit-specific analysis. *Ostomy Wound Manage, 55*(11), 39-45.

Van Gilder, C., Amlung, S. R., Harrison, P., & Meyer, S. (2009). Results of the 2008-2009 International Pressure Ulcer Prevalence Survey and a 3-Year, Acute Care, Unit-Specific Analysis. *Ostomy Wound Management, 55*(11), 39-45.

Vangeloooven, C., Hahn, S., Gehrlach, C., Conca, A., & Richter, D. (2012). *Auswertungskonzept ANQ Nationale Prävalenzmessung Sturz / Dekubitus*. Bern Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ; Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Abteilung angewandte Forschung und Entwicklung, Dienstleistung.



Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland. (2011). *Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandelling*. Utrecht.

Victorian Government Department of Human Services. (2004). *Minimising the Risk of Falls and Fall-related Injuries. Guidelines for Acute, Sub-acute and Residential Care Settings*. Melbourne Victoria: Victorian Government Department of Human Services.

von Renteln-Kruse, W., & Krause, T. (2004). [Fall events in geriatric hospital in-patients. Results of prospective recording over a 3 year period]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37(1), 9-14.

Wang, W. L., Lee, H. L., & Fetzer, S. J. (2006). Challenges and strategies of instrument translation. *Western Journal of Nursing Research*, 28(3), 310-321.

Wann-Hanson, C., Hagell, P., & Willman, A. (2008). Risk factors and prevention among patients with hospital-acquired and pre-existing pressure ulcers in an acute care hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1718-1727.

White, P., McGillis Hall, L., & Lalonde, M. (2011). Adverse Patient Outcomes In D. M. Doran (Ed.), *Nursing Outcomes. The state of the science*. (second ed.). Sudbury MA: Jones & Bartlett Learning.



Annexes

Tableau 55: 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) confondus: (données provenant des figures 12 à 16)

| Numéro de l'hôpital | Résidu | Intervalle de confiance supérieur | Intervalle de confiance inférieur |
|---------------------|--------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1 | -0.073036455 | 0.401498266 | -0.547571175 |
| 2 | -0.257677972 | 0.444655955 | -0.960011899 |
| 3 | 0.100955985 | 0.862639688 | -0.660727717 |
| 4 | 0.106734365 | 0.660380453 | -0.446911722 |
| 5 | -0.122190274 | 0.619544707 | -0.863925256 |
| 6 | -0.060577832 | 0.6973233 | -0.818478964 |
| 7 | -0.258470863 | 0.408675462 | -0.925617188 |
| 8 | 0.194186285 | 0.682688966 | -0.294316396 |
| 9 | 0.429271787 | 0.892470092 | -0.033926517 |
| 10 | -0.041145552 | 0.723945271 | -0.806236375 |
| 11 | -0.27428636 | 0.385594994 | -0.934167713 |
| 12 | -0.221313387 | 0.419762701 | -0.862389475 |
| 13 | -0.080252841 | 0.671486363 | -0.831992045 |
| 14 | -0.024369186 | 0.611529404 | -0.660267776 |
| 15 | -0.138520703 | 0.495414987 | -0.772456393 |
| 16 | 0.143477634 | 0.560059652 | -0.273104385 |
| 17 | -0.347356319 | 0.331794024 | -1.026506662 |
| 18 | -0.025268512 | 0.583233399 | -0.633770423 |
| 19 | -0.012035793 | 0.763399178 | -0.787470764 |
| 20 | 0.042088229 | 0.784838993 | -0.700662535 |
| 21 | 0.143039674 | 0.844011337 | -0.557931989 |
| 22 | 0.285732776 | 0.773620129 | -0.202154577 |
| 23 | -0.037940629 | 0.541833453 | -0.617714711 |
| 24 | -0.160023063 | 0.421823472 | -0.741869599 |
| 25 | -0.196845144 | 0.522901744 | -0.916592032 |
| 26 | -0.009081025 | 0.72549377 | -0.743655819 |
| 27 | -0.145149365 | 0.587913498 | -0.878212228 |
| 28 | 0.396662086 | 0.93609795 | -0.142773777 |
| 29 | 0.182136014 | 0.617912427 | -0.253640398 |
| 30 | 0.338710755 | 1.04086253 | -0.36344102 |
| 31 | 0.229010344 | 0.907580435 | -0.449559748 |
| 32 | 0.232793212 | 0.949687779 | -0.484101355 |
| 33 | -0.053666428 | 0.707328066 | -0.814660922 |
| 34 | -0.286414862 | 0.369583189 | -0.942412913 |
| 35 | -0.139172956 | 0.492231324 | -0.770577237 |
| 36 | 0.088207588 | 0.846074268 | -0.669659093 |



| Numéro de l'hôpital | Résidu | Intervalle de confiance supérieur | Intervalle de confiance inférieur |
|----------------------------|---------------|--|--|
| 37 | -0.015128222 | 0.759367022 | -0.789623466 |
| 38 | 0.091551133 | 0.688662238 | -0.505559973 |
| 39 | 0.193945929 | 0.785878822 | -0.397986963 |
| 40 | -0.311394721 | 0.340519935 | -0.963309377 |
| 41 | -0.138657123 | 0.595396489 | -0.872710735 |
| 42 | -0.094522417 | 0.653948545 | -0.842993379 |
| 43 | -0.1487308 | 0.581990257 | -0.879451856 |
| 44 | -0.033782128 | 0.685708102 | -0.753272358 |
| 45 | -0.151346296 | 0.580682904 | -0.883375496 |
| 46 | 0.006728026 | 0.739552411 | -0.726096359 |
| 47 | -0.010665335 | 0.765265368 | -0.786596037 |
| 48 | -0.035352401 | 0.648310073 | -0.719014876 |
| 49 | 0.15047057 | 0.809983388 | -0.509042248 |
| 50 | 0.214172065 | 0.837632 | -0.40928787 |
| 51 | 0.096779712 | 0.857062168 | -0.663502745 |
| 52 | -0.017330671 | 0.63546077 | -0.670122111 |
| 53 | -0.071754418 | 0.682467677 | -0.825976513 |
| 54 | -0.0334245 | 0.73449963 | -0.80134863 |
| 55 | 0.184089988 | 0.633247644 | -0.265067667 |
| 56 | 0.067920044 | 0.743374124 | -0.607534036 |
| 57 | -0.118939489 | 0.621822983 | -0.859701961 |
| 58 | 0.107497431 | 0.87118838 | -0.656193517 |
| 59 | 0.490255326 | 1.097849041 | -0.117338389 |
| 60 | 0.181356311 | 0.922116399 | -0.559403777 |
| 61 | 0.171986252 | 0.907913476 | -0.563940972 |
| 62 | 0.494630277 | 1.102349401 | -0.113088846 |
| 63 | 0.042443756 | 0.786129896 | -0.701242384 |
| 64 | -0.115779057 | 0.627498254 | -0.859056368 |
| 65 | -0.143446401 | 0.590622708 | -0.87751551 |
| 66 | -0.074321754 | 0.679460995 | -0.828104503 |
| 67 | -0.154828802 | 0.536445305 | -0.846102908 |
| 68 | -0.391222745 | 0.061636329 | -0.844081819 |
| 69 | -0.367105782 | 0.306504488 | -1.040716052 |
| 70 | 0.028480332 | 0.769116025 | -0.712155361 |
| 71 | 0.370128334 | 0.826599211 | -0.086342543 |
| 72 | -0.114954762 | 0.625913151 | -0.855822675 |
| 73 | -0.013646459 | 0.761196816 | -0.788489735 |
| 74 | -0.012190742 | 0.76323195 | -0.787613435 |
| 75 | -0.009033805 | 0.76750868 | -0.78557629 |
| 76 | -0.050999653 | 0.573300291 | -0.675299596 |
| 77 | 0.040879082 | 0.805260729 | -0.723502565 |



| Numéro de l'hôpital | Résidu | Intervalle de confiance supérieur | Intervalle de confiance inférieur |
|---------------------|--------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 78 | -0.063596189 | 0.651659667 | -0.778852046 |
| 79 | -0.156907886 | 0.472693473 | -0.786509246 |
| 80 | -0.091582343 | 0.656860843 | -0.840025529 |
| 81 | -0.232227206 | 0.476508498 | -0.940962911 |
| 82 | -0.110877723 | 0.521101981 | -0.742857426 |
| 83 | -0.413632095 | 0.129760087 | -0.957024276 |
| 84 | 0.212268725 | 0.851496115 | -0.426958665 |
| 85 | -0.163983136 | 0.433609396 | -0.761575669 |
| 86 | 0.11114464 | 0.484500267 | -0.262210988 |
| 87 | 0.357471675 | 0.805509955 | -0.090566605 |
| 88 | -0.152559876 | 0.540702641 | -0.845822394 |
| 89 | 0.123466611 | 0.726335526 | -0.479402304 |
| 90 | -0.23517549 | 0.315992355 | -0.786343336 |
| 91 | 0.370142519 | 0.842635453 | -0.102350414 |
| 92 | 0.216793075 | 0.888286665 | -0.454700515 |
| 93 | 0.082123876 | 0.725248575 | -0.561000824 |
| 94 | 0.448110223 | 1.01420939 | -0.117988944 |
| 95 | -0.027957909 | 0.741736479 | -0.797652297 |
| 96 | -0.167009413 | 0.32146284 | -0.655481666 |
| 97 | -0.074265055 | 0.633491345 | -0.782021455 |
| 98 | -0.06158701 | 0.392848637 | -0.516022656 |
| 99 | -0.06432762 | 0.508823313 | -0.637478553 |
| 100 | -0.303010166 | 0.326589823 | -0.932610154 |
| 101 | 0.169596702 | 0.489863694 | -0.15067029 |
| 102 | -0.021498995 | 0.447187377 | -0.490185367 |
| 103 | 0.689751148 | 0.977677315 | 0.401824981 |
| 104 | 0.418827832 | 0.832498848 | 0.005156815 |
| 105 | 0.133732527 | 0.761603087 | -0.494138032 |
| 106 | 0.066410124 | 0.637917042 | -0.505096793 |
| 107 | 0.078177229 | 0.724138394 | -0.567783937 |
| 108 | 0.161716595 | 0.855937794 | -0.532504603 |
| 109 | 0.204970762 | 0.849249348 | -0.439307824 |
| 110 | 0.066748783 | 0.626434967 | -0.492937401 |
| 111 | -0.63068229 | -0.224274427 | -1.037090153 |
| 112 | -0.15693821 | 0.41655843 | -0.73043485 |



Tableau 56: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou groupes d'hôpitaux participants – escarres nosocomiales hors degré 1 (données provenant des figures 17 à 21)

| Numéro de l'hôpital | Résidu | Intervalle de confiance supérieur | Intervalle de confiance inférieur |
|----------------------------|---------------|--|--|
| 1 | 0.166924968 | 0.758377925 | -0.424527988 |
| 2 | -0.099960707 | 0.719982602 | -0.919904016 |
| 3 | -0.020859748 | 0.829032928 | -0.870752424 |
| 4 | 0.175359964 | 0.873847663 | -0.523127735 |
| 5 | -0.021595811 | 0.828009034 | -0.871200657 |
| 6 | -0.027648129 | 0.819377564 | -0.874673821 |
| 7 | -0.033918053 | 0.749423712 | -0.817259818 |
| 8 | 0.563912451 | 1.175339043 | -0.047514141 |
| 9 | -0.32647565 | 0.350949973 | -1.003901273 |
| 10 | -0.009678817 | 0.844763421 | -0.864121056 |
| 11 | -0.204455078 | 0.579812288 | -0.988722444 |
| 12 | -0.129718661 | 0.629585862 | -0.889023185 |
| 13 | -0.034993496 | 0.809122 | -0.879108991 |
| 14 | 0.106074519 | 0.87751592 | -0.665366881 |
| 15 | -0.045342043 | 0.732637569 | -0.823321655 |
| 16 | -0.274271905 | 0.327512264 | -0.876056075 |
| 17 | -0.146992221 | 0.656542823 | -0.950527266 |
| 18 | -0.089522168 | 0.676924124 | -0.85596846 |
| 19 | -0.005088729 | 0.851285893 | -0.86146335 |
| 20 | 0.139866814 | 0.981325015 | -0.701591387 |
| 21 | 0.059846058 | 0.875029877 | -0.75533776 |
| 22 | -0.057123028 | 0.632351615 | -0.74659767 |
| 23 | -0.057576843 | 0.671406738 | -0.786560424 |
| 24 | -0.025717717 | 0.708582718 | -0.760018151 |
| 25 | -0.093761332 | 0.729412906 | -0.916935571 |
| 26 | -0.061450515 | 0.773559954 | -0.896460984 |
| 27 | -0.06631612 | 0.766031988 | -0.898664229 |
| 28 | -0.068658285 | 0.656804331 | -0.7941209 |
| 29 | -0.017614359 | 0.588143354 | -0.623372072 |
| 30 | -0.093771324 | 0.730041459 | -0.917584106 |
| 31 | -0.114652134 | 0.70111414 | -0.930418409 |
| 32 | 0.273722231 | 1.097245574 | -0.549801111 |
| 33 | -0.022227263 | 0.827164078 | -0.871618604 |
| 34 | -0.026867701 | 0.755198704 | -0.808934106 |
| 35 | 0.175842389 | 0.919241771 | -0.567556992 |
| 36 | 0.159926161 | 1.008495018 | -0.688642696 |
| 37 | -0.003096143 | 0.854124566 | -0.860316853 |
| 38 | -0.109866455 | 0.653639778 | -0.873372689 |
| 39 | 0.41912061 | 1.132179379 | -0.29393816 |
| 40 | -0.22495012 | 0.554647699 | -1.004547939 |



| Numéro de l'hôpital | Résidu | Intervalle de confiance supérieur | Intervalle de confiance inférieur |
|----------------------------|---------------|--|--|
| 41 | -0.048750564 | 0.790022865 | -0.887523994 |
| 42 | -0.038088754 | 0.805063173 | -0.881240681 |
| 43 | -0.064825989 | 0.767796062 | -0.897448041 |
| 44 | -0.067057095 | 0.764682628 | -0.898796819 |
| 45 | -0.061675481 | 0.772642799 | -0.895993762 |
| 46 | -0.044972043 | 0.79534908 | -0.885293167 |
| 47 | -0.002765961 | 0.854590885 | -0.860122807 |
| 48 | 0.198607028 | 0.996565342 | -0.599351287 |
| 49 | 0.038610611 | 0.842915867 | -0.765694644 |
| 50 | -0.058006886 | 0.717960354 | -0.833974127 |
| 51 | 0.165471643 | 1.016151816 | -0.685208529 |
| 52 | -0.157127321 | 0.642688572 | -0.956943214 |
| 53 | -0.027470911 | 0.819622433 | -0.874564255 |
| 54 | -0.013747286 | 0.839047361 | -0.866541933 |
| 55 | -0.104054831 | 0.571069695 | -0.779179357 |
| 56 | 0.20548521 | 1.005067989 | -0.59409757 |
| 57 | -0.044212766 | 0.796436839 | -0.884862371 |
| 58 | -0.014984009 | 0.837253037 | -0.867221055 |
| 59 | 0.246298671 | 1.011629939 | -0.519032598 |
| 60 | -0.031529348 | 0.814161915 | -0.877220612 |
| 61 | 0.141130432 | 0.98211877 | -0.699857906 |
| 62 | 0.587540448 | 1.308906138 | -0.133825243 |
| 63 | 0.139434129 | 0.980222911 | -0.701354653 |
| 64 | -0.039780699 | 0.802897967 | -0.882459365 |
| 65 | -0.047093276 | 0.792449828 | -0.88663638 |
| 66 | -0.02230617 | 0.826899145 | -0.871511485 |
| 67 | 0.05261559 | 0.861924894 | -0.756693713 |
| 68 | -0.443299055 | 0.132355988 | -1.018954098 |
| 69 | -0.166577578 | 0.63068378 | -0.963838935 |
| 70 | -0.031543396 | 0.814127304 | -0.877214096 |
| 71 | 0.413363069 | 1.0115619 | -0.184835762 |
| 72 | -0.056299236 | 0.77967665 | -0.892275121 |
| 73 | -0.004470953 | 0.852165809 | -0.861107716 |
| 74 | -0.006375672 | 0.849466263 | -0.862217607 |
| 75 | -0.002182707 | 0.85542287 | -0.859788283 |
| 76 | 0.006997674 | 0.764665931 | -0.750670583 |
| 77 | -0.043170199 | 0.801135018 | -0.887475416 |
| 78 | 0.085725799 | 0.907235816 | -0.735784218 |
| 79 | 0.044376213 | 0.797889013 | -0.709136587 |
| 80 | -0.043073937 | 0.798046306 | -0.88419418 |
| 81 | -0.075457737 | 0.753298238 | -0.904213712 |



| Numéro de l'hôpital | Résidu | Intervalle de confiance supérieur | Intervalle de confiance inférieur |
|----------------------------|---------------|--|--|
| 82 | -0.026347572 | 0.75613231 | -0.808827454 |
| 83 | -0.255081773 | 0.465497971 | -0.975661516 |
| 84 | 0.022964638 | 0.821395438 | -0.775466163 |
| 85 | -0.122767963 | 0.632253371 | -0.877789296 |
| 86 | -0.467419118 | 0.122329146 | -1.057167381 |
| 87 | 0.457636982 | 1.074846715 | -0.15957275 |
| 88 | 0.002101974 | 0.798477905 | -0.794273956 |
| 89 | 0.013416353 | 0.758791748 | -0.731959042 |
| 90 | 0.126441136 | 0.790298894 | -0.537416622 |
| 91 | -0.085806057 | 0.594788685 | -0.766400799 |
| 92 | 0.232573643 | 1.039550498 | -0.574403211 |
| 93 | -0.183753669 | 0.611162961 | -0.978670299 |
| 94 | 0.343467355 | 1.077944458 | -0.391009748 |
| 95 | -0.006410538 | 0.849404753 | -0.86222583 |
| 96 | -0.15277119 | 0.482036635 | -0.787579015 |
| 97 | -0.054653108 | 0.781591833 | -0.890898049 |
| 98 | -0.259052873 | 0.3616063 | -0.879712045 |
| 99 | -0.001447601 | 0.739407497 | -0.742302698 |
| 100 | -0.267754674 | 0.499654174 | -1.035163522 |
| 101 | 0.079202265 | 0.556320637 | -0.397916108 |
| 102 | -0.18147099 | 0.482777297 | -0.845719278 |
| 103 | 0.443074197 | 0.879561424 | 0.006586969 |
| 104 | 0.126687914 | 0.710891277 | -0.457515448 |
| 105 | 0.263391793 | 1.027739882 | -0.500956297 |
| 106 | 0.402002156 | 1.108718753 | -0.304714441 |
| 107 | 0.312612385 | 1.089309543 | -0.464084774 |
| 108 | -0.07722614 | 0.751227997 | -0.905680276 |
| 109 | 0.267720431 | 1.040829808 | -0.505388945 |
| 110 | 0.130491957 | 0.858366653 | -0.597382739 |
| 111 | -0.402847111 | 0.148439109 | -0.954133332 |
| 112 | 0.094110183 | 0.809280805 | -0.621060438 |



Tableau 57: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou groupes d'hôpitaux participants - chutes à l'hôpital (données provenant des figures 22 à 26)

| Numéro de l'hôpital | Résidu | Intervalle de confiance supérieur | Intervalle de confiance inférieur |
|---------------------|--------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1 | -0.162962243 | 0.275432244 | -0.60135673 |
| 2 | 0.114471301 | 0.690188989 | -0.461246386 |
| 3 | 0.079352222 | 0.693350099 | -0.534645654 |
| 4 | -0.130518928 | 0.395603225 | -0.656641081 |
| 5 | -0.039666105 | 0.568105709 | -0.647437919 |
| 6 | 0.055066962 | 0.662163395 | -0.552029472 |
| 7 | -0.057300977 | 0.501225777 | -0.615827732 |
| 8 | 0.1731399 | 0.636591643 | -0.290311843 |
| 9 | 0.505905688 | 0.966569513 | 0.045241863 |
| 10 | -0.038149256 | 0.569933932 | -0.646232445 |
| 11 | -0.039546236 | 0.542319909 | -0.621412382 |
| 12 | -0.188208506 | 0.362863556 | -0.739280567 |
| 13 | 0.172790691 | 0.786023125 | -0.440441743 |
| 14 | 0.183943272 | 0.72699517 | -0.359108627 |
| 15 | 0.033475939 | 0.593320075 | -0.526368197 |
| 16 | -0.049951334 | 0.379980933 | -0.4798836 |
| 17 | 0.059209522 | 0.625034865 | -0.506615821 |
| 18 | 0.155051142 | 0.691348404 | -0.38124612 |
| 19 | -0.004083297 | 0.613551238 | -0.621717832 |
| 20 | 0.045070227 | 0.649426695 | -0.55928624 |
| 21 | -0.092179619 | 0.505440392 | -0.689799629 |
| 22 | -0.010665452 | 0.488845373 | -0.510176277 |
| 23 | 0.064049028 | 0.583382271 | -0.455284216 |
| 24 | -0.462309808 | 0.031209022 | -0.955828637 |
| 25 | -0.037546352 | 0.549077794 | -0.624170497 |
| 26 | -0.04247224 | 0.564162258 | -0.649106737 |
| 27 | 0.024611648 | 0.624506768 | -0.575283471 |
| 28 | 0.164514884 | 0.691346511 | -0.362316743 |
| 29 | -0.078913011 | 0.37656983 | -0.534395851 |
| 30 | -0.065577187 | 0.534828506 | -0.66598288 |
| 31 | -0.102599457 | 0.488950238 | -0.694149151 |
| 32 | 0.000389773 | 0.594668467 | -0.59388892 |
| 33 | -0.028860627 | 0.581679048 | -0.639400302 |
| 34 | -0.064030312 | 0.490726091 | -0.618786715 |
| 35 | 0.099712126 | 0.650180154 | -0.450755902 |
| 36 | 0.077407099 | 0.690824308 | -0.536010109 |
| 37 | -0.00331885 | 0.614549276 | -0.621186975 |
| 38 | 0.1848443 | 0.719475374 | -0.349786773 |
| 39 | -0.015951874 | 0.534163175 | -0.566066923 |



| Numéro de l'hôpital | Résidu | Intervalle de confiance supérieur | Intervalle de confiance inférieur |
|---------------------|--------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 40 | -0.114518084 | 0.451455913 | -0.680492081 |
| 41 | 0.045417897 | 0.649821036 | -0.558985241 |
| 42 | -0.040304586 | 0.566936389 | -0.647545561 |
| 43 | 0.036963493 | 0.639884979 | -0.565957993 |
| 44 | 0.011876937 | 0.607015964 | -0.58326209 |
| 45 | 0.029743113 | 0.630402245 | -0.570916019 |
| 46 | 0.073467769 | 0.661627747 | -0.51469221 |
| 47 | -0.004691388 | 0.612754141 | -0.622136916 |
| 48 | -0.128719792 | 0.455986753 | -0.713426337 |
| 49 | -0.032620579 | 0.552262813 | -0.617503971 |
| 50 | -0.037882335 | 0.512146346 | -0.587911017 |
| 51 | -0.017815683 | 0.595834102 | -0.631465469 |
| 52 | -0.16224353 | 0.413670078 | -0.738157138 |
| 53 | -0.01431457 | 0.60022261 | -0.628851749 |
| 54 | -0.007319447 | 0.609334353 | -0.623973247 |
| 55 | 0.055865128 | 0.480850268 | -0.369120013 |
| 56 | 0.111869797 | 0.686977312 | -0.463237718 |
| 57 | -0.031751506 | 0.577779301 | -0.641282313 |
| 58 | 0.080636546 | 0.694956347 | -0.533683255 |
| 59 | 0.182523638 | 0.745753556 | -0.38070628 |
| 60 | -0.035809327 | 0.573023271 | -0.644641925 |
| 61 | -0.018928327 | 0.594357811 | -0.632214464 |
| 62 | 0.034133803 | 0.594383668 | -0.526116062 |
| 63 | 0.047362208 | 0.652223825 | -0.557499409 |
| 64 | -0.058075048 | 0.545353554 | -0.66150365 |
| 65 | -0.029029105 | 0.581352081 | -0.639410291 |
| 66 | -0.02303574 | 0.588942135 | -0.635013616 |
| 67 | -0.056558114 | 0.522655625 | -0.635771852 |
| 68 | -0.411062062 | 0.029395759 | -0.851519883 |
| 69 | -0.115336284 | 0.450920418 | -0.681592986 |
| 70 | -0.065929323 | 0.535388678 | -0.667247325 |
| 71 | 0.054751284 | 0.529002704 | -0.419500135 |
| 72 | 0.127753481 | 0.729268536 | -0.473761573 |
| 73 | -0.006828261 | 0.609986055 | -0.623642576 |
| 74 | -0.005457298 | 0.611799284 | -0.62271388 |
| 75 | -0.004747638 | 0.612683943 | -0.622179219 |
| 76 | -0.215754211 | 0.331531465 | -0.763039887 |
| 77 | -0.022163482 | 0.590983478 | -0.635310443 |
| 78 | 0.043975279 | 0.648335919 | -0.560385361 |
| 79 | 0.12946327 | 0.68810828 | -0.42918174 |
| 80 | -0.069020741 | 0.530480273 | -0.668521754 |
| 81 | 0.159425437 | 0.744887114 | -0.426036239 |



| Numéro de l'hôpital | Résidu | Intervalle de confiance supérieur | Intervalle de confiance inférieur |
|---------------------|--------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 82 | 0.262049258 | 0.792071819 | -0.267973304 |
| 83 | -0.005791085 | 0.451223326 | -0.462805497 |
| 84 | 0.063479118 | 0.625804238 | -0.498846002 |
| 85 | 0.311153859 | 0.807515681 | -0.185207963 |
| 86 | -0.096149527 | 0.296264894 | -0.488563947 |
| 87 | 0.063193694 | 0.52304621 | -0.396658823 |
| 88 | -0.115726806 | 0.472041272 | -0.703494884 |
| 89 | 0.013109201 | 0.555441909 | -0.529223508 |
| 90 | -0.225683481 | 0.301384419 | -0.75275138 |
| 91 | 0.08944454 | 0.561044268 | -0.382155187 |
| 92 | -0.121326536 | 0.464231819 | -0.706884891 |
| 93 | -0.060046908 | 0.518094722 | -0.638188537 |
| 94 | 0.042590763 | 0.584702339 | -0.499520812 |
| 95 | -0.007245812 | 0.609432486 | -0.623924109 |
| 96 | -0.208291262 | 0.262137771 | -0.678720295 |
| 97 | -0.107685916 | 0.481640525 | -0.697012357 |
| 98 | 0.044083267 | 0.456726789 | -0.368560255 |
| 99 | -0.080360137 | 0.454703487 | -0.615423761 |
| 100 | -0.274795771 | 0.279531777 | -0.829123318 |
| 101 | -0.224645451 | 0.114901677 | -0.564192578 |
| 102 | 0.431841969 | 0.858028024 | 0.005655915 |
| 103 | 0.08208099 | 0.440965563 | -0.276803583 |
| 104 | 0.194694445 | 0.627057239 | -0.23766835 |
| 105 | -0.056256466 | 0.502611823 | -0.615124755 |
| 106 | 0.112507112 | 0.633910663 | -0.408896439 |
| 107 | 0.147129565 | 0.694034308 | -0.399775177 |
| 108 | 0.213226244 | 0.789647564 | -0.363195077 |
| 109 | 0.025807863 | 0.605285531 | -0.553669805 |
| 110 | 0.093451098 | 0.563371375 | -0.37646918 |
| 111 | -0.013270294 | 0.32131272 | -0.347853309 |
| 112 | -0.045159198 | 0.494008981 | -0.584327377 |



Liste des figures

| | |
|---|----|
| Figure 1: type d'unité de soins dans les hôpitaux en pourcentage* | 23 |
| Figure 2: âge des participant-e-s par groupe d'âge | 25 |
| Figure 3: durée de l'hospitalisation en jours par type d'hôpital jusqu'au moment de la mesure..... | 26 |
| Figure 4: risque d'escarre selon la répartition LPZ pour tous les patient-e-s | 31 |
| Figure 5: patient-e-s avec escarre nosocomiale, sauf le degré 1, selon les catégories de risque | 32 |
| Figure 6: (avant et après l'entrée à l'hôpital) patient-e-s qui sont tombé-e-s par type de service* | 48 |
| Figure 7: patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital) par groupe d'âge en années*..... | 51 |
| Figure 8: dépendance aux soins des patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital)..... | 52 |
| Figure 9: peur de chuter chez les patient-e-s tombé-e-s à l'hôpital (oui)..... | 55 |
| Figure 10: renoncement des activités pour les patient-e-s tombé-e-s à l'hôpital par type d'hôpital (oui) .. | 56 |
| Figure 11: raison principale pour l'application de(s) mesures de contention selon le type d'hôpital | 61 |
| Figure 12: 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) confondus | 65 |
| Figure 13: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux universitaires, prise en charge spécialisée – prévalence des escarres nosocomiales tous degrés (1 à 4) confondus | 66 |
| Figure 14: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, prise en charge spécialisée – prévalence des escarres nosocomiales tous degrés (1 à 4) confondus | 67 |
| Figure 15: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, soins de base – prévalence des escarres nosocomiales tous degrés (1 à 4) confondus | 67 |
| Figure 16: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, cliniques spécialisées – prévalence des escarres nosocomiales tous degrés (1 à 4) confondus..... | 68 |
| Figure 17: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou groupes d'hôpitaux participants – escarres nosocomiales hors degré 1 | 69 |
| Figure 18: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux universitaires, prise en charge spécialisée – escarres nosocomiales hors degré 1 | 70 |
| Figure 19: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux généraux, prise en charge spécialisée – escarres nosocomiales hors degré 1 | 70 |
| Figure 20: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux généraux, soins de base – escarres nosocomiales hors degré 1 | 71 |
| Figure 21: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – cliniques spécialisées – escarres nosocomiales hors degré 1..... | 71 |
| Figure 22: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou groupes d'hôpitaux participants - chutes à l'hôpital | 73 |
| Figure 23: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux universitaires, prise en charge spécialisée – chutes à l'hôpital | 74 |
| Figure 24: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, prise en charge spécialisée – chutes à l'hôpital..... | 74 |
| Figure 25: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, soins de base – chutes à l'hôpital..... | 75 |
| Figure 26: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, cliniques spécialisées – chutes à l'hôpital..... | 75 |



Liste des tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau 1: calcul de la prévalence des escarres (en %) au moment de la mesure | 4 |
| Tableau 2: classification des escarres..... | 5 |
| Tableau 3: taux de prévalence internationaux pour l'indicateur « Escarres » | 7 |
| Tableau 4: taux de prévalence internationaux pour l'indicateur « Chutes » | 10 |
| Tableau 5: indicateurs de structure « Chute » et « Escarre » au niveau de l'hôpital..... | 12 |
| Tableau 6: indicateurs de structure « Chute » et « Escarre » au niveau de l'unité de soins..... | 13 |
| Tableau 7: hôpitaux et patient-e-s participants, et motifs de non-participation | 21 |
| Tableau 8: hôpitaux et patient-e-s participants par canton | 22 |
| Tableau 9: types d'unités de soins selon le type d'hôpital | 24 |
| Tableau 10: répartition par sexe des participants dans les différents types d'hôpitaux..... | 24 |
| Tableau 11: âge des participant-e-s par type d'hôpital | 25 |
| Tableau 12: intervention chirurgicale dans les deux semaines précédant la mesure | 27 |
| Tableau 13: comparaison de la durée des opérations selon les types d'hôpitaux | 27 |
| Tableau 14: pathologies par type d'hôpital | 28 |
| Tableau 15: besoin de soins par type d'hôpital | 29 |
| Tableau 16: dépendance aux soins selon le type d'hôpital | 29 |
| Tableau 17: description de tous/toutes les participant-e-s avec une escarre de degré 1 à 4..... | 30 |
| Tableau 18: risque d'escarre selon l'échelle de Braden pour tous les patient-e-s | 30 |
| Tableau 19: différentes formes de prévalence des escarres | 31 |
| Tableau 20: degré d'escarre par risque d'escarre selon Braden | 32 |
| Tableau 21: prévalence nosocomiale, hors degré 1, par unité de soin dans les types d'hôpitaux..... | 33 |
| Tableau 22: pathologies et besoin en termes de soins des patient-e-s avec une escarre nosocomiale hors degré 1..... | 34 |
| Tableau 23: dépendance aux soins des patient-e-s avec une escarre nosocomiale, hors degré 1 | 35 |
| Tableau 24: total escarres par degré et type d'hôpital | 36 |
| Tableau 25: escarres nosocomiales par degré et type d'hôpital | 36 |
| Tableau 26: localisation des plaies sur le corps selon le type d'hôpital..... | 37 |
| Tableau 27: durée de l'escarre | 38 |
| Tableau 28: patient-e-s avec des douleurs dues à une escarre par type d'hôpital | 38 |
| Tableau 29: matelas et surmatelas en tant que mesure de prévention chez les patient-e-s à risque par type d'hôpital..... | 39 |
| Tableau 30: mesures préventives en position assise chez les patient-e-s à risque par type d'hôpital | 39 |
| Tableau 31: mesures préventives générales et moyens auxiliaires chez les patient-e-s à risque par type d'hôpital..... | 40 |
| Tableau 32: pansements escarres de degré 1 par type d'hôpital..... | 41 |
| Tableau 33: traitement des plaies d'escarres de degré 2 par type d'hôpital | 42 |
| Tableau 34: traitement des plaies d'escarres de degré 3 par type d'hôpital | 42 |
| Tableau 35: traitement des plaies d'escarres de degré 4 par type d'hôpital | 43 |
| Tableau 36: indicateurs de structure pour les escarres au niveau des hôpitaux | 44 |
| Tableau 37: indicateurs de structure pour les escarres au niveau des unités de soins | 45 |
| Tableau 38: description des patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital)..... | 46 |
| Tableau 39: taux de prévalence des chutes par type d'hôpital | 47 |
| Tableau 40: chutes répétées par type d'hôpital et lieu de la chute | 47 |
| Tableau 41: répartition des chutes par type d'unité de soins avant et après l'entrée à l'hôpital et par types d'hôpitaux | 49 |
| Tableau 42: maladies/besoin de soins du/de la patient-e qui a chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital par | |



| | |
|---|----|
| type d'hôpital)..... | 49 |
| Tableau 43: activité en cas de chute (avant/après l'entrée à l'hôpital) par type d'hôpital | 53 |
| Tableau 44: causes principales pour les chutes (avant/après l'entrée à l'hôpital) par type d'hôpital | 54 |
| Tableau 45: conséquences des chutes par degré de lésions et type d'hôpital pour les patient-e-s ayant chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital) | 54 |
| Tableau 46 : mesures de prévention des chutes et des blessures chez les patient-e-s qui ne sont pas tombé-e-s par type d'hôpital | 56 |
| Tableau 47: MdC chez les patient-e-s qui ne sont pas tombé-e-s par type d'hôpital | 57 |
| Tableau 48: mesures de prévention des chutes et des blessures chez les patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital) par type d'hôpital | 59 |
| Tableau 49: méthode de MdC pour les patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital) par type d'hôpital | 60 |
| Tableau 50: indicateurs de structures pour les chutes et MdC au niveau des hôpitaux..... | 61 |
| Tableau 51: indicateurs de structure « Chute » et « MdC » au niveau de l'unité de soins | 62 |
| Tableau 52: variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs caractéristiques - escarres nosocomiales tous degrés (1-4) confondus..... | 64 |
| Tableau 53: variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs caractéristiques – escarres nosocomiales hors degré 1..... | 68 |
| Tableau 54: variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs caractéristiques – chutes à l'hôpital..... | 72 |
| Tableau 55: 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) confondus: (données provenant des figures 12 à 16) | 90 |
| Tableau 56: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou groupes d'hôpitaux participants – escarres nosocomiales hors degré 1 (données provenant des figures 17 à 21) | 93 |
| Tableau 57: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou groupes d'hôpitaux participants - chutes à l'hôpital (données provenant des figures 22 à 26) | 96 |



Liste des abréviations

| | |
|---------|---|
| AA | Assurance-accidents |
| AI | Assurance-invalidité |
| AM | Assurance militaire |
| ANQ | Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) |
| ATM | Aide pour les tâches ménagères |
| AVQ | Activités de la vie quotidienne |
| BFH | Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Abteilung angewandte Forschung, Entwicklung und Dienstleistungen |
| BFS | Bundesamt für Statistik |
| CDS | Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. |
| DNQP | Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege |
| dr | droit-e |
| EPUAP | European Pressure Ulcer Advisory Panel |
| ga | gauche |
| HEdS-FR | Haute école de santé Fribourg |
| HESB | Haute école spécialisée bernoise (HESB), section Santé Département Recherche appliquée et développement, prestations de service |
| H+ | Les hôpitaux suisses |
| LPZ | « Landelijke Prevalentiemetingen Zorgprobleme », désigné sur le plan international par le terme « International Prevalence Measurement of Care Problems » |
| MdC | Mesures de contention |
| Nosoc. | Nosocomial |
| NPUAP | National Pressure Ulcer Advisory Panel |
| OFS | Office fédéral de la statistique |
| OR | Odds ratio = rapport des cotes |



| | |
|-------------|---|
| Santésuisse | Association faîtière des assureurs suisses de la branche de l'assurance-maladie |
| SUPSI | Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana |



Mentions légales

| | |
|--------------------------|---|
| Titre | Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres Rapport final de la mesure 2011 |
| Année | Septembre 2012 |
| Auteur-e-s | Christa Vangelooven, MNS, collaboratrice scientifique, responsable de projet, recherche appliquée et développement/prestations de service (Ra&D) soins infirmiers Tél. : 031 848 45 33, christa.vangelooven@bfh.ch Prof. Dr. Dirk Richter, enseignant Ra&D soins infirmiers, dirk.richter@bfh.ch Prof. Sabine Hahn, PhD, RN, responsable Ra&D soins infirmiers, direction des projets de recherche, sabine.hahn@bfh.ch |
| Groupe de projet BFH | Prof. Sabine Hahn, PhD, RN Christa Vangelooven, MNS Prof. Dr. Dirk Richter Prof. Dr. (cand.) Christoph Gehrlach, enseignant, centre de compétences de gestion par la qualité, formation continue et prestations de services Friederike Thilo, collaboratrice scientifique, Ra&D soins infirmiers Bernard Auer, enseignant au niveau bachelor en soins infirmiers Sabine König, assistante de recherche, Ra&D soins infirmiers Nicole Grossmann, assistante de recherche, Ra&D soins infirmiers |
| Groupe de projet HEdS-FR | Dr. Stefan Kunz, professeur spécialisé, responsable de l'axe de recherche « Indicateurs de performance », Haute école de santé Fribourg Stefanie Senn, MScN, professeure HES, Haute école de santé Fribourg |
| Groupe de projet SUPSI | Susanne Knüppel Lauener, lic. sc. Ed., enseignante et collaboratrice scientifique Prof. Andrea Cavicchioli, MScN, responsable Recherche et prestations de services, département santé, SUPSI Mauro Realini, licence de sociologie, enseignant et collaborateur scientifique |
| Conseil en statistiques | Prof. Dr. Marianne Müller, School of Engineering, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften/Haute école zurichoise des sciences appliquées |



| | |
|---------------------------|--|
| Mandant Représenté par | Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) Regula Heller, MNS, MPH, responsable du projet Médecine somatique aiguë, ANQ Bureau ANQ Thunstrasse 17, 3000 Berne 6 Tél. : 031 357 38 41, regula.heller@anq.ch , www.anq.ch |
| Copyright | Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) Haute école spécialisée bernoise, section Santé Département Recherche appliquée et développement, prestations de service Murtenstrasse 10, 3008 Berne Tél. : 031 848 37 60, forschung.gesundheit@bfh.ch , www.gesundheit.bfh.ch |