



Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres

Rapport Comparatif National de la mesure 2014 - adultes

Juillet 2015 / Version 1.0

Mentions légales

Titre	Mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres Rapport final de la mesure 2014 - adultes
Année	Juillet 2015
Auteurs	Christa Vangelooven, MNS, collaboratrice scientifique, responsable de projet, recherche appliquée et développement/prestations de service (Ra&D) Soins Tél. : 031 848 45 33, christa.vangelooven@bfh.ch Thomas Schwarze, MNS, collaborateur scientifique Ra&D Soins Prof. Dr. Dirk Richter, enseignant Ra&D Soins, dirk.richter@bfh.ch Nicole Liehti, assistante de recherche Ra&D Soins Rebekah Moser, assistante de recherche Ra&D Soins Zinaida Lapanik, assistante de recherche Ra&D Soins Antoinette Conca, MNS, collaboratrice scientifique Ra&D Soins Prof. Sabine Hahn, PhD, RN, responsable des soins, responsable Ra&D Soins, direction des projets de recherche, sabine.hahn@bfh.ch
Lectorat scientifique (Version Française)	Dr François Mooser, professeur / Haute école de santé Fribourg
Groupe de projet BFH	Prof. Sabine Hahn, PhD, RN, responsabilité scientifique du projet Christa Vangelooven, MNS, responsable de projet Prof. Dr. Dirk Richter, enseignant Ra&D Soins Anita Fumasoli, MNS, collaboratrice scientifique Ra&D Soins Thomas Schwarze, MNS, collaborateur scientifique Ra&D Soins Karin Thomas, collaboratrice scientifique Ra&D Soins Thierry Blaettler, assistant de recherche Ra&D Soins Nicole Liehti, assistante de recherche Ra&D Soins Zinaida Lapanik, assistante de recherche Ra&D Soins Rebekah Moser, assistante de recherche Ra&D Soins



Groupe de projet
Haute école de santé
Fribourg

Dr. François Mooser, professeur
Stefanie Senn, MScN, professeure

Groupe de projet
SUPSI

Dr. Stefan Kunz, chercheur-enseignant
Mauro Realini, MScN, enseignant-chercheur
Nunzio de Bitonti, enseignant-chercheur
Prof. Andrea Cavicchioli, MScN, responsable recherche et prestations de services, département Santé, SUPSI

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 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
Domaine Recherche appliquée et développement, prestations de service
Murtenstrasse 10, 3008 Berne
Tél. : 031 848 37 60, forschung.gesundheit@bfh.ch, www.gesundheit.bfh.ch

Table des matières

Résumé	6
Liste des abréviations	13
1. Introduction.....	15
1.1. Contexte	15
1.2. Définition des termes.....	16
1.2.1. Mesure de la prévalence	16
1.2.2. Escarre	17
2. Buts visés, problématique et méthodologie.....	18
2.1. Buts visés et problématique.....	18
2.2. Méthode	18
3. Résultats descriptifs.....	20
3.1. Hôpitaux participants.....	20
3.2. Caractéristiques des patient-e-s participant-e-s	25
3.2.1. Sexe et âge	25
3.2.2. Durée de l'hospitalisation jusqu'au moment de la mesure	25
3.2.3. Interventions chirurgicales	25
3.2.4. Diagnostics médicaux et besoin d'aide	25
3.3. Résultats pour l'indicateur « Escarres »	28
3.3.1. Caractéristiques des patient-e-s souffrant d'escarres	28
3.3.2. Risque d'escarres	28
3.3.3. Caractéristiques des patient-e-s avec une escarre nosocomiale de catégorie 2 – 4	35
3.3.4. Fréquence des escarres	36
3.3.5. Douleurs	37
3.3.6. Mesures de prévention	37
3.3.7. Traitements des escarres	38
3.3.8. Indicateurs de structures Escarres	38
3.4. Résultats pour l'indicateur Chutes.....	39
3.4.1. Caractéristiques des patient-e-s qui ont chuté	39
3.4.2. Prévalence Chutes	40
3.4.3. Prévalence par type d'unité de soins	42
3.4.4. Caractéristiques des patient-e-s ayant connu un événement de chute	45
3.4.5. Mesures de prévention	51
3.4.6. Indicateurs de structures Chutes	51
3.5. Résultats ajustés au risque.....	52
3.5.1. Escarres - acquises à l'hôpital	52
3.5.2. Escarres - acquises à l'hôpital, de catégorie 2 – 4	59
3.5.3. Chutes à l'hôpital	64
4. Discussion	68
4.1. Participants.....	68
4.2. Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital :.....	69
4.2.1. Caractéristiques des patient-e-s souffrant d'escarres nosocomiales	69
4.2.2. Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital :	70
4.3. Taux de prévalence des patient-e-s victimes d'une chute à l'hôpital	72
4.3.1. Caractéristiques des patient-e-s qui ont chuté	72
4.3.2. Taux de prévalence des patient-e-s victimes d'une chute à l'hôpital	73
4.3.3. Comparaison des hôpitaux avec ajustement au risque	74



4.4.	Limites, appréciation critique	75
5.	Conclusions et recommandations	77
5.1.	Participation à la mesure	77
5.2.	Prévalence des escarres nosocomiales	77
5.3.	Chutes à l'hôpital	78
5.4.	Autres recommandations sur le développement de la qualité et la mesure de la prévalence	79
	Bibliographie	81
	Liste des figures	86
	Liste des tableaux	87
	Annexe/Annexes	89

Résumé

Introduction

L'« Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques » (ANQ) est responsable de la mesure des indicateurs de qualité dans les hôpitaux suisses. Les hôpitaux participants se sont engagés à collaborer, dans le cadre du contrat qualité national, à des mesures de qualité menées périodiquement conformément au Plan de mesure de l'ANQ 2011 - 2015. Les escarres nosocomiales acquises à l'hôpital et les chutes survenues à l'hôpital ont été définies comme étant des indicateurs de la qualité des soins.

Buts visés, problématique et méthodologie

L'ANQ a confié à la Haute école spécialisée bernoise (BFH) la mission de servir d'institut d'analyse pour la préparation des données au niveau national dans le cadre de la mesure de la prévalence nationale des escarres et chutes dans le domaine des soins somatiques aigus des hôpitaux suisses pour l'année 2014.

Pour la mesure des indicateurs de qualité « chutes et escarres » de l'année 2014, les problématiques suivantes ont été formulées dans le domaine de la « Médecine somatique aiguë » :

- Quel est le taux de prévalence des escarres contractées durant l'hospitalisation (= nosocomiales) de catégories 1 – 4 chez les adultes dans les hôpitaux suisses (médecine somatique aiguë) ?
- Quel est le taux de prévalence des escarres contractées durant l'hospitalisation (= nosocomiales) de catégories 2 – 4 chez les adultes 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 » ?

Les instruments utilisés pour la mesure depuis 2011 s'appuient sur les mesures réalisées périodiquement depuis plusieurs années aux Pays-Bas ainsi que sur le plan international, « International Prevalence Measurement of Care Problems » (LPZ International) de l'Université de Maastricht. Mises à part les adaptations au niveau de la logique du questionnaire relatif aux chutes, le questionnaire 2014 n'a pas subi de modification. Quant au contrôle des données au niveau des institutions, un procédé destiné à contrôler la plausibilité lors des mesures a été mis en œuvre depuis l'année 2014 par le LPZ Maastricht.

Les données ont été recueillies le 11 novembre 2014. Toutes les personnes hospitalisées le jour fixé y ont été incluses. Les femmes ayant accouché ainsi que les nourrissons des unités de soins post-partum en ont été exclus. Les données ont toujours été collectées par deux infirmier-ère-s par unité de soins. La mesure englobait des données relatives aux patient-e-s, aux hôpitaux et aux unités de soins tant au niveau de la structure que des processus et des résultats. Les patient-e-s ou leurs représentant-e-s ont donné leur consentement oral à la participation.

Afin de pouvoir analyser la problématique de la non-participation de manière plus approfondie, des données de base supplémentaires sous forme agrégée sur le nombre, le sexe et la tranche d'âge (par type d'unité de soins) des non-participant-e-s ont donc été récoltées sur une base volontaire via un questionnaire en ligne de la BFH (en parallèle à la mesure LPZ).

Les analyses descriptives ont été effectuées avec IBM SPSS statistics version 22. Les analyses statistiques pour l'ajustement des résultats au risque ont été réalisées avec STATA 13.1.

Résultats

133 hôpitaux et groupes hospitaliers (répartis sur 189 sites hospitaliers) ont participé à la mesure 2014. Le jour de la mesure, 17'550 patient-e-s étaient hospitalisé-e-s dans 1'203 unités de soins selon les critères d'inclusion, dont 13'317 personnes (75,9 %) ont participé à la mesure. Pour l'enquête en ligne sur la thématique de la non-participation (N = 1'510), le taux de réponse des hôpitaux était de 40,7 %. Plus de 80 % des personnes non-participantes étaient hospitalisées dans les unités de soins chirurgicales et non chirurgicales. Comme motif pour la non-participation, la moitié environ a indiqué le refus. L'enquête de la BFH a seulement permis de connaître le motif exact du refus pour 9,5 % des non-participant-e-s. Pour 142 personnes, il a donc été possible d'approfondir encore plus en détail le degré du refus.

La moyenne d'âge des participant-e-s était de 66,5 ans et 50,9 % d'entre eux étaient des femmes. La durée d'hospitalisation moyenne avant le moment de la mesure était de 8,5 jours et la durée d'hospitalisation la plus fréquemment indiquée était de 0 à 7 jours. 41,5 % des participant-e-s avaient subi une intervention chirurgicale dans les deux semaines précédentes.

Au moins une escarre de catégorie 1 – 4 a été constatée chez 955 participant-e-s (7,2 %). La prévalence nosocomiale (catégories 1 – 4) indique une valeur de 4,3 % (contre 4,6 % en 2013, 4,4 % en 2012 et 5,8 % en 2011). En excluant les escarres de catégorie 1, la prévalence globale est de 3,7 % (2013 3,8 %, 2012 3,3 %, 2011 4,0 %) et la prévalence des escarres nosocomiales de 1,8 % (contre 2,0 % en 2013, 1,7 % en 2012 et 2,1 % en 2011). Le taux de prévalence nosocomiale (hors catégorie 1) était le plus élevé dans les hôpitaux universitaires. 1'325 escarres ont été enregistrées. Comme l'année précédente, les localisations les plus fréquentes étaient le sacrum et les talons.

Concernant les mesures de prévention générales chez les patient-e-s présentant une escarre/un risque d'escarre, la stimulation de la mobilisation et la protection de la peau étaient au premier plan. En cas d'utilisation de matelas de prévention des escarres, des matelas en mousse polyuréthane ont été le plus souvent utilisés. La moitié des patient-e-s présentant une escarre/un risque d'escarre n'ont bénéficié d'aucune mesure de prévention en position assise. Comme l'année précédente, un large éventail de pansements a été utilisé pour les escarres de catégorie 1. En revanche, assez souvent aucun pansement n'est utilisé pour les escarres de catégories 2, 3 et 4.. Dans certains domaines, la disponibilité des indicateurs des structures pour l'indicateur « Escarres » au niveau de l'hôpital et des unités de soins présente des différences entre les types d'hôpitaux.

Le taux de prévalence des chutes survenues à l'hôpital est de 3,6 % (2013 4,1 %, 2012 3,8 %, 2011 4,3 %). Parmi les causes principales des chutes à l'hôpital, les problèmes de santé d'ordre somatique se trouvent en tête (61,0 %, n = 292). Pour cinq patient-e-s, c'est-à-dire 2,9 %, la chute avait entraîné une fracture de la hanche. Chez les patient-e-s ayant subi déjà au moins une chute, plus de mesures et souvent de multiples mesures pour la prévention des chutes étaient généralement mises en place. Le

choix ou la combinaison de ces mesures semble varier selon les types d'hôpitaux. En effet, aucune mesure de prévention des blessures n'avait été appliquée pour environ trois quart des patient-e-s qui ont fait une chute.

Pour résumer, si on fait une comparaison ajustée au risque des indicateurs outcomes, on peut constater que les résultats pour les trois indicateurs outcomes montrent une homogénéité considérable. Seuls quelques hôpitaux se démarquent significativement de la moyenne globale des hôpitaux. Par rapport aux années précédentes, seules de faibles différences sont visibles. Le nombre d'hôpitaux identifiés comme « hors norme » varie uniquement pour les escarres des catégories 1 – 4. Quant aux escarres de catégorie 2 – 4, le nombre des établissements qualifiés hors norme se situait entre zéro et un hôpital. Les résultats observés pour les chutes survenues à l'hôpital sont similaires, avec un nombre d'hôpitaux présentant un écart significatif variant entre zéro et deux. En 2014, seul un hôpital était concerné. Dans l'ensemble, les raisons à cela sont probablement de nature plus méthodologique.

Discussion

Avec les résultats de la mesure nationale 2014 de la prévalence des chutes et escarres, c'est la quatrième fois que sont présentées des données sur la prévalence des indicateurs sensibles relatifs aux soins « Chutes » et « Escarres ». Les résultats présentés par type d'hôpital permettent aux responsables des hôpitaux de comparer les résultats de leur établissement par rapport aux résultats d'autres hôpitaux du même type. La comparaison doit permettre d'évaluer/d'analyser les structures, processus et résultats internes des établissements en fonction d'indicateurs et de montrer un potentiel d'optimisation.

Lors de la quatrième mesure de la prévalence nationale, des données ont été collectées dans 133 hôpitaux et groupes hospitaliers suisses (répartis sur 189 sites hospitaliers). Des hôpitaux de tous les cantons ont participé : la mesure constitue ainsi un échantillon représentatif des hôpitaux de soins aigus suisses. L'engagement à réaliser la mesure à travers un contrat de qualité national contribue certainement à cette forte participation.

Le taux de participation à la mesure (75,9 %) a pu être légèrement augmenté (de 2,1 %) par rapport à l'année précédente. Malheureusement, cette participation reste toujours inférieure au taux visé de 80 % pour améliorer encore l'impact de la mesure. Aux Pays-Bas, le taux de participation (avec consentement oral) se situe en moyenne à 98,7 % et dépasse donc nettement la participation en Suisse. En Autriche, le taux de participation (avec consentement écrit) est analogue (75,5 %) à celui de la Suisse. L'analyse des non-participant-e-s effectuée par la BFH n'a apporté que peu d'éléments nouveaux par rapport aux participant-e-s et non-participant-e-s. Les non-participant-e-s à la mesure 2014 étaient principalement hospitalisé-e-s dans des unités de soins chirurgicales et non-chirurgicales.

Dans l'analyse descriptive, parmi les patient-e-s souffrant d'escarres nosocomiales, la moyenne montre un taux légèrement supérieur de femmes et de personnes d'un âge supérieur de 9 ans par rapport à l'échantillon global. La comparaison des diagnostics médicaux des patient-e-s ayant participé dans l'ensemble et de ceux des personnes concernées par des escarres nosocomiales de catégorie 2 – 4 montre que les diagnostics médicaux rapportés pour ce dernier groupe sont nettement plus variés que ceux de l'échantillon total.

L'analyse multivariée confirme l'influence de l'âge sur le risque d'escarre. Ces résultats sont en accord avec la recherche internationale relative aux facteurs de risques pour les escarres.

Il semblerait que, pour les escarres à partir de la catégorie 2, le développement de la maladie (durée

d'hospitalisation, dépendance aux soins, etc.) dépasse les autres facteurs de risque. La dépendance aux soins est notamment observée dans les deux analyses multivariées des escarres. Le risque augmente de façon linéaire avec l'augmentation de la dépendance aux soins.

Si l'on se réfère aux taux de prévalence des escarres, les résultats des hôpitaux sont relativement uniformes. Avec une prévalence nosocomiale de 4,3 % (catégories 1 – 4), les données de la Suisse affichent, en comparaison internationale (fourchette entre 5,0 % et 11,6 %), des valeurs à nouveau inférieures dans la mesure 2014. Concernant les taux de prévalence nosocomiale de catégorie 2 – 4, les unités de soins intensifs présentent les taux de prévalence les plus élevés parmi tous les types d'unités de soins. Dans le secteur nosocomial de catégorie 2 – 4, la mesure nationale de la Suisse indique de nouveau, avec une valeur moyenne de 1,8 % pour tous les types d'hôpitaux, un taux inférieur à ceux communiqués dans les publications internationales (entre 3,1 % et 6,3 %). La comparaison avec les mesures LPZ aux Pays-Bas confirme cette affirmation. En Autriche, en revanche, les taux de prévalence nosocomiale de catégorie 1 – 4 sont nettement inférieurs à ceux de la Suisse.

Concernant la prévalence des escarres de catégorie 2 – 4 chez les patient-e-s à risque, les taux de prévalence globale dans les hôpitaux suisses (7,0 %), comparés à la prévalence indiquée dans les publications internationales (entre 6,1 % et 27,6 %), se trouvent dans la partie inférieure de la fourchette. Par rapport aux mesures LPZ, ce résultat est légèrement supérieur à celui de l'Autriche et légèrement inférieur à celui des Pays-Bas.

Quant aux taux de prévalence nosocomiale des catégories 2 – 4 au niveau des unités de soins, le taux le plus élevé est observé dans les unités de soins intensifs (17,9 %). Par rapport à l'année précédente, le taux de prévalence dans les unités de soins de type gériatrie aiguë a doublé. Ce résultat pourrait s'expliquer par un taux plus élevé de participation à la mesure ou par le sous-groupe relativement réduit des participant-e-s dans ce type d'unités de soins. Les comparaisons de données relatives aux taux de prévalence dans les unités de soins intensifs indiquent des taux de prévalence nosocomiale inférieurs à ceux de la Suisse.

Les escarres de catégorie 1 survenues à l'hôpital sont les plus fréquentes par rapport à la prévalence nosocomiale, suivies par celles de la catégorie 2. Les escarres nosocomiales de catégorie 3 – 4 représentent environ 10 %.

En comparant les résultats globaux de la prévalence nosocomiale des escarres avec ceux de l'année précédente, on observe, en ce qui concerne les taux de prévalence nosocomiale descriptive, une légère diminution, néanmoins non significative sur le plan statistique, de la prévalence des escarres dans tous les types d'hôpitaux de 0,3 % (catégories 1 – 4) et de 0,2 % (catégories 2 – 4). En comparant les résultats avec ceux de la première mesure (2011), on constate une diminution globale de la prévalence des escarres nosocomiales de 1,5 % (catégories 1 – 4) et de 0,3 % (catégories 2 – 4). Or, considérées globalement, ces variations sont plutôt mineures et les taux se situent – mis à part le taux de prévalence pour les catégories 1 – 4 – entre ceux de 2011 et 2012.

Dans l'*analyse descriptive* des personnes ayant fait une chute, la proportion des femmes est de 5,1 % supérieur à celui de l'échantillon total. Les personnes ayant chuté sont aussi en moyenne plus âgées de 7,8 ans. En analysant les diagnostics médicaux, on remarque par exemple que la part de personnes atteintes de maladies de l'appareil circulatoire est supérieure de 10,1 % et la part de personnes souffrant de démence supérieure de 6,2 % par comparaison avec l'échantillon total. La dépendance aux soins des patient-e-s participant-e-s ayant chuté est plus importante par rapport à l'échantillon total.

Dans l'*analyse multivariée* également, plusieurs diagnostics médicaux, la durée d'hospitalisation et certaines catégories de dépendance aux soins présentent un lien significatif avec un risque de chute, ce qui correspond aux données des publications internationales sur les facteurs de risques de chute. Là aussi, la dépendance aux soins joue un rôle relativement important, en remarquant toutefois que le rapport linéaire reste ici seulement partiel.

Si l'on compare le taux suisse de prévalence des chutes survenues en hôpital de 3,6 % avec celui de l'année précédente, les taux de prévalence descriptive montrent une légère diminution de l'ordre de 0,5 %. Par rapport à la première mesure en 2011, les taux de prévalence, quel que soit le type d'hôpital, ont été inférieurs de 0,7 % lors de la mesure de 2014. Mais dans l'ensemble, ces décalages sont plutôt minimes et aléatoires. La comparaison internationale montre toutefois que les taux de prévalence des chutes survenues dans les hôpitaux suisses restent relativement élevés dans toutes les mesures (2011-2014) (valeurs le jour de la mesure entre 1,5 et 3,8 %). Par rapport aux dernières données collectées selon la méthodologie LPZ, les derniers taux disponibles aux Pays-Bas affichaient des valeurs entre 0,4 et 1,6 % et ceux en Autriche entre 2,7 et 3,0 %.

En ce qui concerne les taux de prévalence nosocomiale des chutes à l'hôpital, les unités de soins non chirurgicales affichent les taux les plus élevés ; ces taux ont néanmoins légèrement augmenté dans tous les types d'hôpitaux par rapport à l'année précédente. Le résultat pour ce type d'unité de soins concorde avec ceux des publications.

Les indications relatives aux conséquences des chutes à l'hôpital diffèrent de celles des Pays-Bas et de l'Autriche. Les conséquences d'une chute sont en moyenne plus souvent qualifiées de minimes ou modérées que dans d'autres mesures LPZ. En revanche, les valeurs fournies par la Suisse relatives à des blessures graves sont supérieures et pour des fractures de la hanche nettement inférieures à celles de LPZ. Comparée avec celle de l'Autriche, la part de blessures graves en Suisse est similaire tandis que la part des fractures de la hanche est inférieure.

Conclusions et recommandations

Les conclusions et recommandations ciblent la participation à la mesure, la prévalence des escarres nosocomiales, les chutes à l'hôpital ainsi que le développement de la qualité et la mesure de la prévalence.

Le taux de participation aux mesures devra être d'au moins 80 % si on veut augmenter la qualité des données pour pouvoir les comparer sur le plan international. Une politique d'information publique plus dynamique pourrait s'avérer ici utile afin de motiver les personnes hospitalisées à participer à ces mesures. Par ailleurs, une adaptation de la déclaration de consentement oral serait envisageable en autorisant la demande du consentement de patient-e-s aptes à prendre une décision directement le jour de la mesure.

Quant à la prévalence des escarres nosocomiales, une légère tendance à la baisse des taux de prévalence est constatée dans les mesures réalisées jusqu'à aujourd'hui (2011 – 2014) en Suisse. Mais dans l'ensemble, ces modifications sont faibles et pour la plupart non significatives d'un point de vue statistique. Une telle tendance à la baisse pourrait se poursuivre à l'avenir également. Il s'agit là d'un résultat très positif si l'on considère que les taux de la prévalence des escarres étaient relativement bas en comparaison internationale.

Il est admis que toutes les escarres ne peuvent pas être évitées, mais il pourrait encore y avoir une marge d'amélioration. Concernant la souffrance et les coûts causés toute l'année par les escarres nosocomiales, cela vaudrait le coup de se demander comment atteindre une diminution des cas d'escarres des catégories 3 et 4. Des analyses de coût récentes montrent que des programmes de prévention efficaces restent toujours plus économiques que le financement des soins liés aux escarres. D'autres indicateurs de processus tels que l'évaluation du risque et les mesures de prévention ont été identifiés comme des variables prédictives importantes dans la réduction d'escarres nosocomiales. En ciblant davantage les taux de prévalence et les stratégies de prophylaxie spécifiques aux unités de soins, par ex. dans les unités de soins intensifs, de meilleurs résultats pourraient être atteints. Par ailleurs, cette année de mesure a aussi montré que les stratégies relatives au soulagement de la pression et au traitement des plaies ne correspondaient pas toujours à l'état actuel des connaissances professionnelles.

En ce qui concerne les chutes survenues à l'hôpital, les mesures déjà effectuées en Suisse (2011 – 2014) montrent une situation différente. Les résultats ajustés au risque pour l'indicateur « chute » sont très homogène entre les hôpitaux suisses, mais ils sont élevés en comparaison internationale. Étant donné les taux de prévalence des chutes trop élevés sur quatre ans en comparaison internationale, des interventions doivent être considérées comme une priorité dans ce domaine pour le processus de développement de la qualité des hôpitaux suisses. Il y a un net besoin d'actions pour améliorer la qualité dans ce domaine. Il convient d'analyser la situation dans les hôpitaux pour initier des mesures ciblées d'amélioration de la qualité.

Compte tenu de l'opposition entre l'homogénéité des résultats ajustés aux risques entre les hôpitaux d'une part, et les différences concernant les mesures introduites et les indicateurs des structures utilisés, d'autre part, la question est de savoir à quel point les mesures (de prévention) sont utilisées. On remarque que les résultats sont très variables. Ainsi, par exemple, 25 à 50 % des patient-e-s ayant chuté n'ont fait, de nouveau, l'objet d'aucune mesure des préventions des chutes. Les mesures destinées à prévenir des blessures sont également plutôt rares. En tenant compte qu'une chute en cours d'anamnèse est considérée comme la variable prédictive la plus importante pour les autres chutes, un important potentiel existe donc pour le développement de la qualité. Pour la prévention des chutes en milieu hospitalier, la littérature recommande une approche par plusieurs interventions en tenant compte de la culture institutionnelle afin de réussir la mise en œuvre d'un programme d'interventions relatives aux chutes. Des indicateurs de processus tels que des populations présentant une proportion plus faible de patient-e-s à risque ainsi que la mise en place d'une directive de prévention des chutes ont été identifiés comme des moyens potentiels pour réduire les chutes.

Quant à la mesure de la prévalence et au développement de la qualité, la reconduction des mesures sur le plan international suggère que les taux de prévalence poursuivront leur tendance à la baisse et que la sensibilisation pour les indicateurs de mesure ainsi que le recours ciblé aux soins et aux mesures préventives gagneront en importance. Il est possible d'observer une amélioration des résultats par des optimisations au niveau du processus.

La mesure nationale de la prévalence donne de nouveau aux hôpitaux la possibilité de revoir et de perfectionner à la fois les éléments d'assurance qualité sur le plan structurel, mais aussi l'évidence et l'efficacité des mesures et stratégies de prévention introduites au niveau du processus.

Même si les données de la mesure de la prévalence nationale sont essentiellement collectées en vue de comparer les hôpitaux au niveau de l'hôpital, de plus en plus de publications internationales font état d'interventions en matière de qualité qui se concentrent sur le développement de la qualité

orienté sur les données au niveau des unités de soins. Dans certains cas, ces interventions relatives à la qualité pourraient également améliorer les résultats au niveau de l'hôpital. Une série de mesures combinées d'amélioration sont fréquemment mises en œuvre, souvent accompagnées de mesures de soutien telles que le coaching des collaborateurs, des procédures d'audit, la désignation d'interlocuteurs spécifiques selon les domaines dans l'équipe soignante, la formation continue, la participation à la récolte des données récoltées et le feedback sur les données/résultats.

Etant donné les taux de prévalence légèrement fluctuants en 2011 – 2014 et les influences positives des mesures reconduites d'année en année sur le développement de la qualité, il serait utile à l'avenir de conserver cette fréquence annuelle des mesures. De plus, ceci permettrait de mettre à disposition des données constantes pour la discussion du DRG (par ex. risque de baisse de la qualité des soins).

De plus, la contribution de cette mesure peut aussi être vue sous l'angle des champs d'action trois (garantir et renforcer la qualité des soins) et quatre (garantir la transparence, améliorer le pilotage et la coordination) des priorités de la politique de santé du Conseil fédéral « Santé 2020 ». La récolte annuelle systématique et unifiée des données des mesures nationales de la prévalence des chutes et escarres contribue à améliorer la base de données relative à la qualité des soins au niveau national et à apporter une transparence afin d'obtenir un accès public.

Liste des abréviations

A.	Ans
AA	Assurance accidents
ADL	Activities of daily living (activités de la vie quotidienne)
AI	Assurance invalidité
AM	Assurance militaire
ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
AUT	Autriche
BFH	Berner Fachhochschule ou Haute école spécialisée bernoise, domaine Santé, Département Recherche appliquée et développement, prestations de service
Cat.	Catégorie
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Cf.	confer
CH	Confederatio Helveticae (Suisse)
CIM	Classification internationale des maladies
Doc. soins	Documentation des soins
dr	droit
DRG	Diagnosis Related Groups
EDS	Échelle de dépendance aux soins
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
ga	gauche
Gén	Général/généraux
H+	Les hôpitaux suisses
HDL	Household activities of Daily Living (aide pour les tâches ménagères)
HEdS-FR	Haute école de santé Fribourg
IC	Intervalle de confiance
Indiv.	Individualisé
LPZ	« Prevalentmetingen Zorgprobleme », désigné sur le plan international par

	le terme « International Prevalence Measurement of Care Problems, LPZ International »
malform.	malformation
métab.	métabolique
Min.	Minutes
Nosoc.	Nosocomial-e
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OR	Odds ratio (rapport des cotes)
Ostéo-artic.	ostéo-articulaire
Pat.	Patient-e-s
Pat. à risque	Patient-e-s à risque
PB	Pays-Bas
Prév.	Prévention, préventif
Resp.	respectivement
SAfW	Association Suisse pour les soins de plaies
Santésuisse	Association faitière des assureurs suisses de la branche de l'assurance-maladie
SD	Standard déviation (écart-type)
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

1. Introduction

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

1.1. Contexte

L'ANQ, les institutions faitières H+, CDS, Santésuisse et les compagnies d'assurance helvétiques (AA, AI, AM) ont signé le contrat national de qualité le 18 mai 2011. A ce titre, les parties au contrat 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 2014 prévoit une mesure nationale de la prévalence des indicateurs de la qualité chutes et escarres suivant la méthode International Prevalence Measurement of Care Problems (LPZ International) de l'université de Maastricht, Pays-Bas (Bours, Halfens, & Haalboom, 1999; van Nie et al., 2013).

L'ANQ a confié à la Haute école spécialisée bernoise (BFH) la mission de servir d'institut d'analyse pour la préparation des données au niveau national dans le cadre de la mesure de la prévalence des chutes et escarres dans le domaine des soins somatiques aigus des hôpitaux suisses, pour l'année 2014. En ce qui concerne la collecte des données en Romandie et au Tessin, la BFH coopère avec la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR) et avec la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI).

La mesure de la prévalence nationale comprend les indicateurs sensibles des soins Chute et Escarres (Kuster, 2009; The American Nurses Association, 2011). Ceux-ci mesurent certains aspects de la qualité des soins et de la prise en charge. En Suisse, les données de la prévalence des indicateurs sensibles des soins étaient, jusqu'à la première mesure nationale en 2011, disponibles seulement au niveau des institutions ou elles avaient été estimées sur la base de taux de complications signalés par le personnel soignant (Schubert, Clarke, Glass, Schaffert-Witvliet, & De Geest, 2009).

Ce rapport présente au niveau national les données de la mesure de la prévalence Chute et Escarres 2014 chez les adultes âgé-e-s de 18 ans et plus dans le domaine des soins aigus. Les données nationales ont été collectées pour la quatrième fois. Le rapport présente la prévalence totale ainsi que la prévalence nosocomiale des chutes et escarres chez des patient-e-s hospitalisé-e-s. Il s'agit d'obtenir des données par hôpital ainsi que des données au niveau national.

Par rapport à l'année précédente, des changements mineurs ont été effectués. Afin d'améliorer la lisibilité, le contenu du présent rapport a été allégé. Certains résultats (indicateurs de processus et des structures) ne sont décrits que sous forme de résumé dans le texte. Les tableaux ont été déplacés en annexe. La terminologie a subi de légères modifications. Ainsi le terme Escarres de catégorie 2 – 4 remplace le terme Escarres hors catégorie 1.

1.2. Définition des termes

1.2.1. Mesure de la prévalence

Le but d'une mesure de la prévalence est de déterminer le taux de propriétés spécifiques 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 calculera le taux de patient-e-s concerné-e-s par les escarres au moment de la mesure (Gordis, 2009). Les mesures de la prévalence constituent une base importante pour effectuer des comparaisons avec des meilleures pratiques d'organisations (benchmarking) et ainsi pour améliorer la qualité dans les domaines de la prévention et des soins. L'utilisation d'outils uniformes reconnus à l'échelle internationale et la collaboration avec des partenaires européens permettent d'établir des comparaisons à la fois nationales et internationales, ainsi que de mettre en place un développement de la qualité des soins qui soit orienté sur les ressources.

La mesure nationale de la prévalence permet de déterminer les taux de prévalence globaux et les taux de prévalence nosocomiale (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 la survenue 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 dans le contexte du séjour dans l'hôpital concerné.

Ces taux de prévalence rapportent les complications potentiellement évitables (« adverse events »), par exemple des escarres en cours d'une hospitalisation (White, McGillis Hall, & Lalonde, 2011).

Le tableau 1 présente le calcul du taux de prévalence des escarres de catégorie 1 – 4. Le nombre de patient-e-s participant-e-s souffrant d'une escarre de catégorie 1 – 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 : $5/100 \times 100 = 5 \%$.

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

$\frac{\text{Nombre de patients participants souffrant d'une escarre (catégorie 1 – 4)}}{\text{nombre total de patient-e-s participant-e-s}} \times 100$
--

Pour le calcul des taux de prévalence des escarres nosocomiales de catégorie 1 – 4 et de catégorie 2 – 4, on utilise la même formule, en intégrant les patient-e-s souffrant d'escarres nosocomiales dans le dénominateur.

Deux calculs ont été réalisés pour déterminer les taux de prévalence de l'escarre : un calcul faisant intervenir la catégorie 1 et un autre ne la faisant pas intervenir. Cette double analyse se justifie par le fait qu'il est relativement difficile de déceler une escarre de catégorie 1 (Halfens, Bours, & Van Ast, 2001). Une bonne prévention permet généralement d'éviter des lésions cutanées. C'est pourquoi les escarres de catégorie 2 – 4 contractées à l'hôpital font l'objet d'une analyse distincte.

Dans la mesure nationale de la prévalence, l'indicateur « Chutes » est mesuré rétrospectivement sur une période maximale 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).

1.2.2. Escarre

Le terme « Escarre » est employé conformément à la définition internationale dans la récolte de données LPZ (European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009). Dans le questionnaire LPZ, le terme « Catégorie » est systématiquement utilisé, également préféré par l'Association Suisse pour les soins de plaies (SAfW) (Von Siebenthal & Baum, 2012). Cette définition s'applique autant dans le domaine des adultes que dans celui des enfants et adolescent-e-s.

Selon la définition internationale du NPUAP-EPUAP (2009), est considérée comme escarre « une lésion ischémique localisée au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents, située en général sur une saillie osseuse. Elle est le résultat d'un phénomène de pression, ou de pression associée à du cisaillement. Un certain nombre de facteurs favorisants ou imbriqués dans la survenue d'escarre y sont associés : leur implication doit être encore élucidée. »

Le NPUAP/EPUAP (2009) utilise une classification en 4 catégories qui décrivent le degré de gravité de l'escarre, allant d'une lésion superficielle de la peau jusqu'à des dommages aux tissus graves. La catégorie 1 est désignée comme « érythème persistant ou qui ne blanchit pas ». La catégorie 2 montre une « atteinte partielle » de la peau. La catégorie 3 est utilisée en présence d'une « perte complète de tissu cutané ». La catégorie 4 correspond à une « perte tissulaire complète ».

1.2.3 Chutes

Pour la mesure de la prévalence de 2014, la définition suivante de la chute, recommandée par la fondation Sécurité des patients Suisse a été utilisée : « Événement conduisant une personne à se retrouver de façon non intentionnelle au sol ou à tout autre niveau inférieur » (Victorian Government Department of Human Services (2004), cité par Frank & Schwendimann, 2008).

Les différentes conséquences d'une chute ont été classées dans les quatre catégories (LPZ Maastricht, 2012) suivantes :

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

Aucun instrument de risque n'a été intégré dans la mesure LPZ pour évaluer le risque de chute.

Des renseignements détaillés et des ressources permettant de spécifier les définitions, d'évaluer le risque, de classifier l'escarre, traitant des aspects spécifiques des chutes et de leurs conséquences et permettant de répondre au questionnaire figurent dans le manuel de la mesure nationale de la prévalence chutes et escarres 2014.

2. Buts visés, problématique et méthodologie

L'ANQ a confié à la Haute école spécialisée bernoise (BFH) la mission de servir d'institut d'analyse pour la préparation des données au niveau national dans le cadre de la mesure de la prévalence nationale des escarres et chutes dans le domaine des soins somatiques aigus des hôpitaux suisses pour l'année 2014.

2.1. Buts visés et problématique

Les résultats de la mesure doivent permettre d'obtenir des connaissances approfondies des caractéristiques des patient-e-s associées aux chutes et escarres dans le domaine des soins somatiques aigus, ainsi que des caractéristiques des structures et des processus. En outre, il devrait être possible de dresser une comparaison de ces indicateurs de la qualité entre différentes institutions.

La mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres de 2014 a pour objectif d'étudier de façon globale les indicateurs de qualité des soins « Chutes » et « Escarres » en tant qu'indicateurs de résultats dans les hôpitaux suisses.

Lors de la quatrième mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres, les problématiques suivantes se trouvaient de nouveau au premier plan.

- Quel est le taux de prévalence des escarres contractées durant l'hospitalisation (= nosocomiales) de catégories 1 – 4 chez les adultes dans les hôpitaux suisses (médecine somatique aiguë) ?
- Quel est le taux de prévalence des escarres contractées durant l'hospitalisation (= nosocomiales) de catégories 2 – 4 chez les adultes 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 » ?

En complément de ces problématiques, les taux de prévalence globaux des chutes et escarres sont également détaillés dans les résultats descriptifs. Cela signifie que dans la partie Résultats, les résultats précédant l'hospitalisation sont également représentés. Un rapport indépendant a été consacré à l'analyse des données du cycle de mesure 2014 en pédiatrie (Vangeloooven, Schwarze, et al., 2015).

2.2. Méthode

Les instruments utilisés pour la mesure depuis 2011 s'appuient sur les mesures réalisées périodiquement depuis plusieurs années aux Pays-Bas ainsi que sur le plan international, « International Prevalence Measurement of Care Problems » (LPZ International). Cette mesure a été conçue par l'université de Maastricht.

Les données ont été collectées le 11 novembre 2014 (jour de la mesure) après une formation exhaustive des collaborateur-trice-s des hôpitaux et cliniques participants. Ce relevé des données concernait tous/toutes les patient-e-s hospitalisé-e-s le jour de la mesure. Les femmes ayant accouché ainsi que les nourrissons des unités de soins post-partum en ont été exclus.

Les données ont toujours été collectées par deux infirmier-ère-s par unité de soins. La mesure englobait des données relatives aux patient-e-s, aux hôpitaux et aux unités de soins aussi bien au niveau de la structure et des processus qu'au niveau des résultats (outcomes). Les patient-e-s ou leurs représentant-e-s ont donné leur consentement oral à la participation.

Aucune adaptation majeure, mise à part une adaptation au niveau de la logique du questionnaire dans le module Chutes, n'a été effectuée dans les questionnaires LPZ. Lors des réunions de formation, les thèmes Taux de participation et Demande du consentement ont été intégrés pour la mesure 2014.

Afin de pouvoir analyser plus en détail le thème de la non-participation, il était important d'obtenir des données plus précises sur les patient-e-s qui ne participaient pas à la mesure. Parallèlement à la mesure LPZ, des données de routine supplémentaires sous forme agrégée sur le nombre, le sexe et la tranche d'âge (par unité de soins) des non-participant-e-s ont été collectées sur une base volontaire à partir d'un questionnaire en ligne de la BFH.

Quant au contrôle des données au niveau des institutions, il est possible depuis la mesure de l'année 2014 de vérifier la plausibilité et l'exactitude des données d'une institution pendant la phase de récolte. A cet effet, le service internet LPZ publie à deux dates déterminées (environ 2 et 4 semaines après le jour de la mesure) les données brutes de l'institution concernée dans la partie sécurisée du site Internet LPZ sous forme d'un tableau Excel. Les institutions peuvent ensuite vérifier l'exactitude et la plausibilité de leurs données, cf. Concept d'évaluation (Vangelooven, Richter, Kunz, & Hahn, 2015).

Les analyses descriptives ont été effectuées avec IBM SPSS statistics version 22. Les analyses statistiques pour l'ajustement des résultats au risque ont été réalisées avec STATA 13.1 (Rabe-Hesketh & Skrondal, 2008).

Le Concept d'évaluation de la Mesure nationale de la prévalence chutes, escarres et escarres enfants fournit des informations détaillées sur la méthodologie LPZ appliquée à la mesure, ainsi que sur l'analyse des données (Vangelooven, Richter, et al., 2015).

3. Résultats descriptifs

3.1. Hôpitaux participants

191 hôpitaux individuels et sites hospitaliers en tout se sont inscrits pour la quatrième mesure de la prévalence au niveau national. Parmi ceux-ci, 133 hôpitaux et groupes hospitaliers ont participé (répartis sur 189 sites hospitaliers). Deux des institutions inscrites n'ont pas été en mesure de collecter des données. Une institution par manque de patient-e-s hospitalisé-e-s, l'autre en raison d'une évacuation suite à une crue. Le nombre des hôpitaux participants est comparable à la troisième mesure, soit en 2013, à laquelle 133 institutions (réparties sur 187 sites) avaient participé.

Le jour de la mesure, 17'550 patient-e-s âgé-e-s d'au moins 18 ans étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux participants, dont 13'317 personnes (taux de participation = 75,9 %) ont participé à la mesure. Le nombre de patient-e-s hospitalisé-e-s l'année précédente s'élevait à 17'486 et celui des participants à la mesure à 12'903 (taux de participation = 73,8 %). Le taux de participation était de nouveau équilibré en 2014 par rapport aux différents types d'hôpitaux : prise en charge centralisée (hôpitaux universitaires) et cliniques spécialisées avec 79,3 % resp. 76,0 % des patient-e-s participant-e-s ; prise en charge centralisée (hôpitaux de soins généraux) et soins de base (hôpitaux de soins généraux) avec 74,5 % resp. 76,0 % de patient-e-s participant-e-s. Les raisons pour la non-participation étaient variées, avec le refus, comme déjà en 2013, comme motif le plus fréquemment cité pour la non-participation dans tous les types d'hôpitaux (cf. tableau 2).

77 hôpitaux individuels et sites hospitaliers ont participé (taux de participation 40,7 %) à l'enquête menée par la BFH auprès des non-participant-e-s. Les jeux de données des personnes participantes (LPZ, n =13'317) et non participantes (LPZ, n=4'233; BFH, n =1'510) ne différaient que faiblement en termes d'âge, de sexe, du motif de non-participation et du type d'unité de soins. Dans les deux jeux de données, le pourcentage de participation ou de non-participation augmentait avec l'âge, exception faite des personnes âgées de plus de 85 ans. La répartition des sexes était pratiquement analogue (LPZ femmes 50,9 %, BFH 52,0 %). Comme motif de non-participation, la moitié environ a indiqué le refus (LPZ 47,3 %, BFH 50,2 %). Le motif « Autre », pour justifier la non-participation, était également évoqué avec une fréquence analogue pour les deux jeux de données (LPZ 12,5 %, n =529 ; BFH 15,3 %, n =218). La répartition des non-participant-e-s au niveau du type d'unité de soins ne montrait pas non plus de différence notable. Plus de 80 % des personnes non-participantes étaient hospitalisées dans les unités de soins chirurgicales et non chirurgicales (LPZ : 46,1 %, resp. 35,9 % ; BFH : 45,0%, resp. 41,4 %).

Pour 142 personnes, l'enquête de la BFH a permis de préciser en plus le motif exact du refus. 38,7 % (n =55) ont évoqué la langue comme raison, et 29,6 % (n =42) un état de faiblesse ou de fatigue. Des informations plus détaillées sont fournies en annexe dans le tableau 29 : comparaison entre patient-e-s adultes participant-e-s et non-participant-e-s en termes d'âge, de sexe et de type d'unité de soins.

Tableau 2 : 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 (%)
Sites/Groupes hospitaliers					
2014	5 (2.6)	64 (33.9)	81 (42.9)	39 (20.6)	189 (100)
2013	5 (2.7)	58 (31.0)	87 (46.5)	37 (19.8)	187 (100)
Patient-e-s					
2014	3079 (17.5)	8378 (47.7)	4824 (27.5)	1269 (7.2)	17550 (100)
2013	2969 (17.0)	7862 (45.0)	5367 (30.7)	1288 (7.4)	17486 (100)
Participation					
2014	2443 (79.3)	6243 (74.5)	3667 (76.0)	964 (76.0)	13317 (75.9)
2013	2265 (76.3)	5732 (72.9)	3953 (73.7)	953 (74.0)	12903 (73.8)
Raison de non-participation	%	%	%	%	%
Refus de participer					
2014	49.4	45.9	48.0	50.5	47.3
2013	47.2	48.8	47.8	51.0	48.4
Non accessible					
2014	13.1	17.8	15.7	25.9	17.1
2013	17.6	15.8	17.7	27.5	17.5
État cognitif trop mauvais					
2014	14.6	15.5	14.4	6.6	14.4
2013	13.4	12.5	12.9	10.1	12.6
Coma ou état critique					
2014	6.6	6.4	8.3	3.3	6.7
2013	4.5	5.6	6.3	3.3	5.5
Phase terminale					
2014	1.9	2.2	1.9	1.0	2.0
2013	1.4	1.9	1.5	1.2	1.7
Autre raison					
2014	14.5	12.3	11.7	12.8	12.5
2013	15.9	15.3	13.8	6.9	14.3

Le tableau 3 montre combien d'hôpitaux, par type et par canton, et combien de patient-e-s par canton ont participé à la mesure. La principauté du Liechtenstein (participation de 93,9 % des patient-e-s) et le canton de Nidwald (90,3 %) ont donné les taux de participation les plus élevés, suivis du canton du Jura (88,9 %) et du canton Appenzell Rhodes-Intérieures (87,5 %).

Tableau 3 : hôpitaux et patient-e-s participants

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 (en %)	Participation des patient-e-s en %
AG							
2014	0	2	7	2	11	1060	69.3
2013	0	2	7	2	11	1085	70.8
AI							
2014	0	0	1	0	1	16	87.5
2013	0	0	1	0	1	13	84.6
AR							
2014	0	0	1	4	5	173	69.4
2013	0	0	2	2	4	181	68.0
BE							
2014	1	12	10	2	25	2528	76.5
2013	1	8	13	3	25	2416	76.4
BL							
2014	0	3	1	5	9	631	74.0
2013	0	3	1	5	9	539	72.2
BS							
2014	1	1	1	5	8	1268	77.4
2013	1	0	2	5	8	1335	75.1
FL							
2014	0	0	1	0	1	33	93.9
2013	0	0	0	0	0	0	0
FR							
2014	0	3	2	0	5	397	70.3
2013	0	3	1	1	5	368	73.6
GE							
2014	1	1	1	2	5	889	77.5
2013	1	0	2	1	4	906	75.2
GL							
2014	0	0	1	0	1	75	78.8
2013	0	0	1	0	1	57	71.9
GR							
2014	0	1	10	2	13	408	77.5
2013	0	1	9	2	12	443	76.5
JU							
2014	0	2	0	0	2	117	88.9
2013	0	2	0	0	2	165	92.7
LU							
2014	0	3	1	2	6	725	77.0
2013	0	3	1	2	6	688	75.3
NE							
2014	0	2	1	0	3	255	74.9
2013	0	2	1	0	3	278	82.7

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 (en %)	Participation des patient-e-s en %
NW							
2014	0	0	1	0	1	62	90.3
2013	0	0	1	0	0	55	81.8
OW							
2014	0	0	1	0	1	42	83.3
2013	0	0	1	0	1	35	85.7
SG							
2014	0	3	7	1	11	1009	70.0
2013	0	3	7	2	12	1057	69.8
SH							
2014	0	0	2	0	2	123	68.3
2013	0	0	2	0	2	133	66.9
SO							
2014	0	3	1	1	5	434	77.2
2013	0	3	0	1	4	384	75.0
SZ							
2014	0	0	4	0	4	194	69.1
2013	0	0	4	0	4	249	66.7
TG							
2014	0	2	1	2	5	438	72.8
2013	0	2	1	2	5	437	70.5
TI							
2014	0	8	5	1	14	1131	83.0
2013	0	8	6	1	15	1108	84.4
UR							
2014	0	0	1	0	1	61	78.7
2013	0	0	1	0	1	63	57.1
VD							
2014	1	10	6	4	21	1448	76.5
2013	1	9	10	3	23	1449	75.6
VS							
2014	0	4	0	1	5	853	74.3
2013	0	4	0	1	5	828	73.1
ZG							
2014	0	0	2	0	2	173	72.8
2013	0	0	2	0	2	165	67.9
ZH							
2014	1	4	12	5	22	3007	77.0
2013	1	5	11	4	21	3087	68.7
Total							
2014	5	64	81	39	189	17550	100
2013	5	58	87	37	187	17524	100
Tot. %							
2014	2.6	33.9	42.9	20.6	100	100	75.9
2013	2.7	31.0	46.5	19.8	100	100	73.8

En moyenne, le taux de participation de tous les cantons était de 75,9 % (2,1 % de plus par rapport à l'année précédente). Si le taux de participation est évalué au niveau des hôpitaux, la fourchette des taux de participation se situe entre 0,0 % et 100 %. Les taux de participation de chaque site hospitalier sont visibles en annexe (tableau 30).

Le tableau 4 indique combien d'unités de soins par type d'hôpital ont participé à la mesure. De plus, on y voit combien de patient-e-s étaient hospitalisé-e-s par type d'unité de soins. Au total, 1'203 unités de soins ont participé à la mesure. Les unités de soins les plus représentées concernaient la chirurgie avec 547 unités de soins (45,5 %), suivies des unités de soins non chirurgicales avec 383 unités de soins (31,8 %). Les unités de réadaptation participantes sont situées dans des cliniques spécialisées dans les soins somatiques aigus. L'unité de psychiatrie participante fait également partie d'un hôpital de soins aigus.

Tableau 4 : 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					
n unités de soins	84 (42.0)	236 (43.7)	172 (46.1)	55 (61.1)	547 (45.5)
n patient-e-s	1426 (46.3)	3950 (47.1)	2457 (50.9)	806 (63.5)	8639 (49.2)
Non chirurgicale					
n unités de soins	73 (36.5)	182 (33.7)	125 (33.5)	3 (3.3)	383 (31.8)
n patient-e-s	1223 (39.7)	3274 (39.1)	1901 (39.4)	27 (2.1)	6425 (36.6)
Soins intensifs					
n unités de soins	15 (7.5)	43 (8.0)	29 (7.8)	2 (2.2)	89 (7.4)
n patient-e-s	182 (5.9)	265 (3.2)	131 (2.7)	7 (0.6)	585 (3.3)
Soins continus/soins continus de la chirurgie cardiaque					
n unités de soins	13 (6.5)	24 (4.4)	16 (4.3)	2 (2.2)	55 (4.6)
n patient-e-s	94 (3.1)	135 (1.6)	61 (1.3)	8 (0.6)	298 (1.7)
Gériatrie aiguë					
n unités de soins	0 (0.0)	33 (6.1)	8 (2.1)	11 (12.2)	52 (4.3)
n patient-e-s	0 (0.0)	518 (6.2)	113 (2.3)	197 (15.5)	828 (4.7)
Court séjour					
n unités de soins	3 (1.5)	1 (0.2)	8 (2.1)	1 (1.1)	13 (1.1)
n patient-e-s	26 (0.8)	12 (0.1)	50 (1.0)	8 (0.6)	96 (0.5)
Psychiatrie					
n unités de soins	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.1)
n patient-e-s	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (0.1)	0 (0.0)	4 (0.0)
Réadaptation					
n unités de soins	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (7.8)	7 (0.6)
n patient-e-s	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	131 (10.3)	131 (0.7)
Divers					
n unités de soins	12 (6.0)	21 (3.9)	14 (3.8)	9 (10.0)	56 (4.7)
n patient-e-s	128 (4.2)	224 (2.7)	107 (2.2)	85 (6.7)	544 (3.1)
Total					
n unités de soins	200 (100)	540 (100)	373 (100)	90 (100)	1203 (100)
n patient-e-s	3079 (100)	8378 (100)	4824 (100)	1269 (100)	17'550 (100)

3.2. Caractéristiques des patient-e-s participant-e-s

Ces patient-e-s participant-e-s sont décrit-e-s plus en détail ci-après en termes de sexe et d'âge, de durée d'hospitalisation jusqu'au moment de la mesure, d'interventions chirurgicales ainsi que de diagnostics médicaux et de besoin d'aide.

3.2.1. Sexe et âge

49,1 % des personnes participantes sont de sexe masculin, 50,9 % de sexe féminin. Les participant-e-s avaient entre 18 et 103 ans. L'âge moyen était de 66,5 ans, avec un écart type de +/- 17,4 ans. Ceci signifie que la majorité des personnes ayant participé à la mesure étaient âgées entre 49,1 et 83,9 ans.

3.2.2. Durée de l'hospitalisation jusqu'au moment de la mesure

La durée de l'hospitalisation jusqu'au moment de la mesure était indiquée pour 13'317 participants. La durée moyenne de l'hospitalisation est de 8,5 jours, avec un minimum de 0 jour et un maximum de 1'775 jours. L'écart type est de +/- 20,9 jours. La médiane est de 5 jours. La durée d'hospitalisation indiquée lors de la collecte des données a été contrôlée au cours de la phase d'apurement des données pour détecter les éventuelles réponses non plausibles. Si une durée d'hospitalisation supérieure à 200 jours était indiquée, une confirmation ou le cas échéant une correction des données indiquées était demandée aux coordinatrices/coordonateurs des hôpitaux par la BFH. La durée d'hospitalisation la plus fréquente dans tous les types d'hôpitaux jusqu'à la mesure allait, comme pour l'année précédente, jusqu'à 7 jours.

3.2.3. Interventions chirurgicales

41,5 % des patient-e-s participant-e-s ont subi une intervention chirurgicale dans les deux semaines précédant la mesure. Des données sur la durée d'opération ont été fournies pour 5'310 participants. La durée moyenne des opérations était de 124,1 minutes (minimum 2 minutes et maximum 1'073 minutes, avec un écart-type de +/- 95,5 minutes).

3.2.4. Diagnostics médicaux et besoin d'aide

Le tableau 5 décrit l'état de santé des patient-e-s participant-e-s, réparti-e-s par type d'hôpital. Plusieurs réponses étaient possibles. Depuis 2013, les questionnaires LPZ utilisent les grandes catégories CIM pour décrire les diagnostics médicaux.

Tableau 5 : Diagnostic(s) médical/médicaux 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	Total hôpitaux
Diagnostic(s) médical/médicaux *	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Maladies de l'appareil circulatoire	1140 (46.7)	3290 (52.7)	1683 (45.9)	399 (41.4)	6512 (48.9)
Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	604 (24.7)	2191 (35.1)	1591 (43.4)	582 (60.4)	4968 (37.3)
Maladies de l'appareil génito-urinaire	587 (24.0)	1823 (29.2)	999 (27.2)	182 (18.9)	3591 (27.0)
Maladies de l'appareil digestif	580 (23.7)	1623 (26.0)	863 (23.5)	135 (14.0)	3201 (24.0)
Maladies de l'appareil respiratoire	536 (21.9)	1476 (23.6)	719 (19.6)	148 (15.4)	2879 (21.6)
Maladie endocrinienne, nutritionnelles et métab.	437 (17.9)	1331 (21.3)	633 (17.3)	198 (20.5)	2599 (19.5)
Tumeurs	568 (23.3)	1261 (20.2)	537 (14.6)	97 (10.1)	2463 (18.5)
Diabète mellitus	287 (11.7)	945 (15.1)	499 (13.6)	91 (9.4)	1822 (13.7)
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	373 (15.3)	921 (14.8)	422 (11.5)	59 (6.1)	1775 (13.3)
Maladies du système nerveux	316 (12.9)	760 (12.2)	372 (10.1)	81 (8.4)	1529 (11.5)
Maladie infectieuses et parasitaires	317 (13.0)	679 (10.9)	357 (9.7)	40 (4.1)	1393 (10.5)
Troubles mentaux et du comportement	259 (10.6)	688 (11.0)	350 (9.5)	75 (7.8)	1372 (10.3)
Maladies de peau/tissu cellulaire sous-cutané	173 (7.1)	401 (6.4)	245 (6.7)	48 (5.0)	867 (6.5)
Lésions traumatiques et autres conséquences des causes externes	160 (6.5)	475 (7.6)	148 (4.0)	30 (3.1)	813 (6.1)
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	200 (8.2)	334 (5.3)	200 (5.5)	43 (4.5)	777 (5.8)
Maladies de l'œil et de ses annexes	121 (5.0)	331 (5.3)	183 (5.0)	69 (7.2)	704 (5.3)
AVC/hémiparésie	153 (6.3)	348 (5.6)	141 (3.8)	32 (3.3)	674 (5.1)
Démence	65 (2.7)	341 (5.5)	168 (4.6)	70 (7.3)	644 (4.8)
Symptômes et résultats anormaux (ex. clinique et labo) non classés	88 (3.6)	304 (4.9)	124 (3.4)	22 (2.3)	538 (4.0)
Overdoses, abus/dépendance de/aux psychotropes	118 (4.8)	249 (4.0)	115 (3.1)	30 (3.1)	512 (3.8)

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
Maladie de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	45 (1.8)	142 (2.3)	65 (1.8)	18 (1.9)	270 (2.0)
Causes externes de morbidité	57 (2.3)	94 (1.5)	25 (0.7)	4 (0.4)	180 (1.4)
Grossesse, accouchement et puerpéralité	12 (0.5)	83 (1.3)	64 (1.7)	9 (0.9)	168 (1.3)
Lésions médullaires/paraplégie	27 (1.1)	67 (1.1)	6 (0.2)	7 (0.7)	107 (0.8)
Malform. congénitales et anomalies chromosomiques	17 (0.7)	26 (0.4)	18 (0.5)	7 (0.7)	68 (0.5)
Nombre de diagnostics (moyenne) par participant-e	3.0	3.2	2.9	2.6	3.0
Total	2443 (18.3)	6243 (46.9)	3667 (27.5)	964 (7.2)	13317 (100)

* Plusieurs mentions

En moyenne, à peine plus de 55 % des participant-e-s avaient besoin d'aide en matière d'ADL. Pour les HDL, le pourcentage était légèrement supérieur à 30 % (cf. tableau 31 en annexe). Par rapport à la mesure de l'année précédente, les décalages observés dans le domaine du besoin d'aide sont uniquement de l'ordre marginal (0,3 [ADL] resp. 1,6 % [HDL]).

La somme totale calculée pour l'échelle de dépendance indique que plus de la moitié des patient-e-s participant à la mesure est, dans tous les types d'hôpitaux, complètement indépendante. Au total, 2,4 %, c'est-à-dire relativement peu de patient-e-s évalué-e-s avec l'EDS sont complètement dépendant-e-s le jour de la mesure (cf. tableau 6). Ces valeurs sont plus ou moins identiques aux données de la mesure 2013.

Tableau 6 : dépendance aux soins selon le type d'hôpital*

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires (n=2442)*	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=6243)	Hôpitaux soins de base (n=3667)	Cliniques spécialisées (n=964)	Total hôpitaux (n=13316)
Dépendance aux soins	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Dépendance complète	117 (4.8)	136 (2.2)	54 (1.5)	17 (1.8)	324 (2.4)
Dépendance prépondérante	167 (6.8)	428 (6.9)	184 (5.0)	68 (7.1)	847 (6.4)
Dépendance partielle	334 (13.7)	948 (15.2)	478 (13.0)	152 (15.8)	1912 (14.4)
Indépendance prépondérante	515 (21.1)	1426 (22.8)	849 (23.2)	216 (22.4)	3006 (22.6)
Indépendance complète	1309 (53.6)	3305 (52.9)	2102 (57.3)	511 (53.0)	7227 (54.3)

* Pour 1 patient-e, il n'y a aucune donnée sur les catégories de la dépendance/indépendance.

3.3. Résultats pour l'indicateur « Escarres »

Ce chapitre décrit les résultats des données récoltées pour l'indicateur Escarres à l'aide de l'outil LPZ comme suit : caractéristiques des patient-e-s participant-e-s souffrant d'escarres, d'un risque d'escarre selon l'échelle de Braden, d'escarres nosocomiales, prévalence des escarres y compris des escarres nosocomiales (catégorie 1 – 4 et catégorie 2 – 4), plaies d'escarre, douleurs, mesures préventives, traitement et indicateurs de structures en matière d'escarres.

3.3.1. Caractéristiques des patient-e-s souffrant d'escarres

Au total, des escarres ont été relevées chez 7,2 % des 13'317 participant-e-s (contre 7,6 % l'année précédente). Le tableau 7 présente les caractéristiques des patient-e-s concerné-e-s pour les types d'hôpitaux inclus. Dans les hôpitaux de soins généraux (prise en charge centralisée et soins de base), la part des hommes et des femmes concerné-e-s est à peu près similaire. Dans les hôpitaux universitaires, la part des femmes est un peu plus faible (40,6 %), mais par contre plus élevée dans les cliniques spécialisées (58,3 %). L'âge moyen des patient-e-s concerné-e-s est de 75,5 ans, et 35,1 % d'entre eux ont subi une opération dans les deux semaines précédant la mesure (baisse de 0,7 % par rapport à l'année précédente).

Tableau 7 : description de tous/toutes les participant-e-s avec une escarre de catégorie 1 – 4

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires (n=2443)	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=6243)	Hôpitaux soins de base (n=3667)	Cliniques spécialisées (n=964)	Total hôpitaux (n=13317)
Nombre de patient-e-s					
Nombre total des patient-e-s avec escarre n (%)	202 (8.3)	461 (7.4)	232 (6.3)	60 (6.2)	955 (7.2)
Nombres d'escarres					
Sexe féminin n (%)	82 (40.6)	248 (53.8)	129 (55.6)	35 (58.3)	494 (51.7)
Âge moyen années (SD)	71.3 (15.6)	76.1 (13.1)	77.5 (11.7)	76.5 (12.0)	75.5 (13.5)
Intervention chirurgicale dans les deux dernières semaines n (%)	96 (47.5)	135 (29.3)	83 (35.8)	21 (35.0)	335 (35.1)

3.3.2. Risque d'escarres

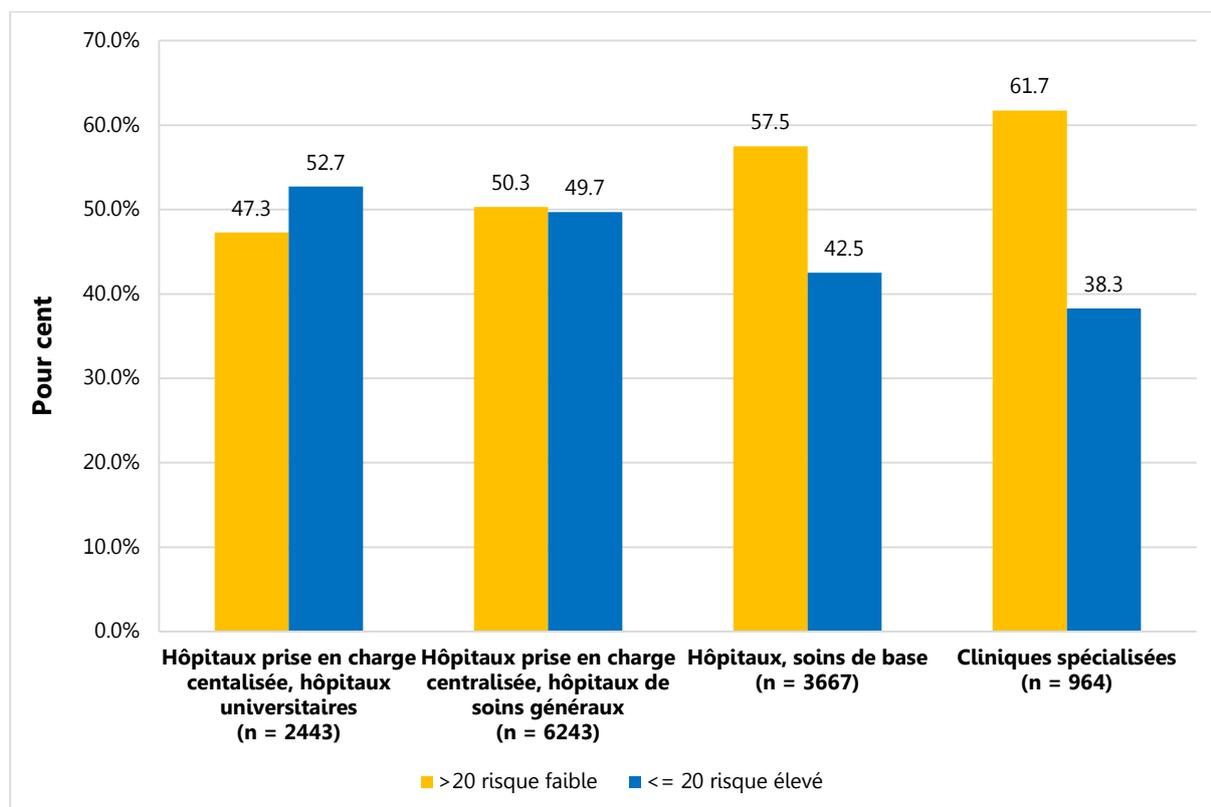
Le tableau 8 montre la répartition du risque d'escarre pour tous les patient-e-s participant-e-s par types d'hôpitaux selon l'échelle de Braden. Les patient-e-s sont divisé-e-s en trois groupes : patient-e-s à risque élevé (échelle de Braden : < 15 points), à risque faible (échelle de Braden : 15 à 20 points) ainsi que des patient-e-s sans risque (échelle de Braden : > 20 points). Aucune différence marquante n'a pu être relevée en général dans les divers types d'hôpitaux par rapport aux groupes de risque. La part de patient-e-s ayant un risque élevé est plus importante dans les hôpitaux universitaires que dans les autres types d'hôpitaux. La répartition par pourcentage des patient-e-s à risque était quasiment identique pour tous les types d'hôpitaux dans les cycles de mesures effectués jusqu'ici.

Tableau 8 : risque d'escarre selon les catégories du risque de l'échelle de Braden pour tous les patient-e-s

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires (n=2443)	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=6243)	Hôpitaux soins de base (n=3667)	Cliniques spécialisées (n=964)	Total hôpitaux (n=13317)
Patient-e-s à risque	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Risque élevé	302 (12.4)	492 (7.9)	240 (6.5)	47 (4.9)	1081 (8.1)
Risque faible	986 (40.4)	2611 (41.8)	1319 (36.0)	322 (33.4)	5238 (39.3)
Pas de risque	1155 (47.3)	3140 (50.3)	2108 (57.5)	595 (61.7)	6998 (52.5)
Total	2443 (100)	6243 (100)	3667 (100)	964 (100)	13317 (100)

Le risque d'escarre estimé sur la base de l'échelle de Braden présentait une fourchette de 7 à 23 points. La figure 1 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 en tant que risque élevé d'escarre et un score > 20 en tant que risque faible d'escarre (Halfens, Van Achterberg, & Bal, 2000).

Figure 1 : risque d'escarre selon la répartition LPZ pour tous les patient-e-s



Le tableau 9 montre les différentes formes de prévalence des escarres pour tous les types d'hôpitaux. Il en ressort de légères différences entre les divers taux de prévalence des différents types d'hôpitaux, en particulier dans le domaine de la prévalence nosocomiale, de la catégorie 2 – 4.

Tableau 9 : 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					
2014	202 (8.3)	461 (7.4)	232 (6.3)	60 (6.2)	955 (7.2)
2013	194 (8.6)	445 (7.8)	281 (7.1)	67 (7.0)	987 (7.6)
2012	226 (9.2)	378 (6.9)	282 (5.9)	59 (5.9)	945 (6.9)
2011	156 (10.7)	408 (9.4)	377 (8.6)	56 (10.4)	997 (9.4)
Prévalence catégorie 2 – 4					
2014	106 (4.3)	235 (3.8)	121 (3.3)	30 (3.1)	492 (3.7)
2013	88 (3.9)	231 (4.0)	139 (3.5)	31 (3.3)	489 (3.8)
2012	97 (4.0)	183 (3.4)	140 (2.9)	33 (3.3)	453 (3.3)
2011	61 (4.2)	176 (4.0)	178 (4.2)	12 (2.2)	427 (4.0)
Prévalence nosocomiale catégorie 1 – 4					
2014	145 (5.9)	279 (4.5)	120 (3.3)	32 (3.3)	576 (4.3)
2013	147 (6.5)	263 (4.6)	148 (3.7)	38 (4.0)	596 (4.6)
2012	161 (6.6)	234 (4.3)	163 (3.4)	34 (3.4)	592 (4.4)
2011	99 (6.8)	258 (5.9)	225 (5.3)	37 (6.9)	619 (5.8)
Prévalence nosocomiale catégorie 2 – 4					
2014	67 (2.7)	110 (1.8)	54 (1.5)	13 (1.3)	244 (1.8)
2013	62 (2.7)	114 (2.0)	63 (1.6)	13 (1.4)	252 (2.0)
2012	62 (2.5)	89 (1.6)	64 (1.3)	19 (1.9)	234 (1.7)
2011	34 (2.3)	93 (2.1)	85 (2.0)	8 (1.5)	220 (2.1)
Total					
2014	2443 (100)	6243 (100)	3667 (100)	964 (100)	13317 (100)
2013	2265 (100)	5732 (100)	3953 (100)	953 (100)	12903 (100)
2012	2445 (100)	5452 (100)	4751 (100)	1003 (100)	13651 (100)
2011	1461 (100)	4357 (100)	4246 (100)	536 (100)	10600 (100)
Prévalence catégorie 2 – 4 patient-e-s à risques					
2014	103 (8.0)	211 (6.8)	103 (6.6)	26 (7.0)	443 (7.0)
2013	86 (7.1)	210 (7.4)	120 (6.8)	29 (6.6)	445 (7.1)
2012	91 (7.2)	164 (6.4)	121 (6.0)	25 (6.4)	401 (6.4)
2011	53 (7.0)	161 (8.1)	153 (8.1)	11 (4.5)	378 (7.7)
Prévalence nosocomiale catégorie 2 – 4 patient-e-s à risques					
2014	64 (5.0)	97 (3.1)	43 (2.8)	12 (3.3)	216 (3.4)
2013	60 (5.0)	102 (3.6)	52 (2.9)	11 (2.5)	225 (3.6)
2012	58 (4.6)	80 (3.1)	55 (2.7)	14 (3.6)	208 (3.3)
2011	30 (4.0)	85 (4.3)	72 (3.8)	8 (3.2)	195 (4.0)
Total patient-e-s à risques					
2014	1288 (100)	3103 (100)	1559 (100)	369 (100)	6319 (100)
2013	1210 (100)	2829 (100)	1769 (100)	441 (100)	6249 (100)
2012	1265 (100)	2556 (100)	2022 (100)	392 (100)	6235 (100)
2011	754 (100)	1999 (100)	1882 (100)	247 (100)	4882 (100)

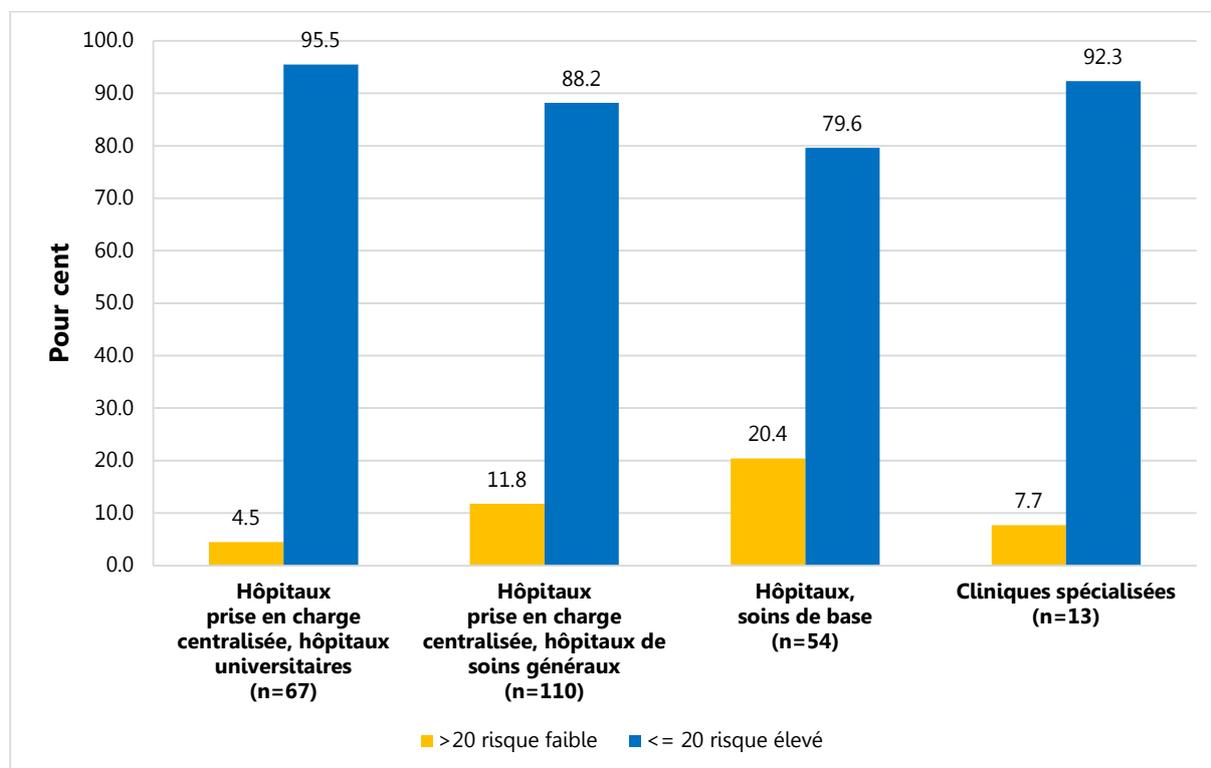
Par rapport à l'année précédente, la prévalence des escarres nosocomiales 1 – 4 a diminué de 0,3 % au niveau de tous les types d'hôpitaux, mais a cependant diminué de 1,5 % par rapport à l'année 2011. Dans les hôpitaux de prise en charge centralisée, la diminution est de 0,1 % à 0,6 % par rapport à l'année précédente, en notant toutefois qu'une diminution légèrement plus importante entre 0,4 % et 0,7 % s'observe parfois dans les hôpitaux de soins de base et les cliniques spécialisées. Si l'on exclut les escarres de catégorie 1 de la prévalence nosocomiale, aucun changement n'est observé au niveau des hôpitaux universitaires. Pour les autres types d'hôpitaux on constate une prévalence légèrement inférieure (0,1 à 0,2 %).

Le taux de prévalence des escarres nosocomiales de catégorie 2 – 4 chez les patient-e-s à risque est plus élevé de 1,7 à 2,2 % dans les hôpitaux universitaires que dans les autres types d'hôpitaux. De plus, avec une répartition similaire entre les types d'hôpitaux, il s'est avéré que la grande majorité (88,5 %) des participant-e-s présentant des escarres nosocomiales de catégorie 2 – 4 appartenait au groupe des patient-e-s à risque élevé.

La figure 2 illustre le nombre et la répartition en pourcentage des participant-e-s avec une escarre nosocomiale de catégorie 2 – 4, selon les catégories de risque correspondant à la répartition des risques LPZ et par type d'hôpital. Parmi les divers types d'hôpitaux, on note des différences entre les patient-e-s avec une escarre nosocomiale de catégorie 2 – 4, selon les catégories de risque correspondant à la répartition des risques LPZ. La part de patient-e-s à risque dans la prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux et les soins de base était de 3,2 % à 15,9 % plus faible que dans les hôpitaux universitaires.

Par rapport à l'année précédente, la part des participant-e-s dans les cliniques spécialisées présentant un risque élevé a augmenté de 7,7 %, ce qui peut néanmoins être lié au faible nombre de cas dans ce type d'hôpitaux. Ceci correspond à une augmentation sur les deux dernières mesures de 18,6 % des patient-e-s présentant un risque élevé dans des cliniques spécialisées.

Figure 2 : patient-e-s* avec escarre nosocomiale, catégorie 2 – 4 selon les catégories de risque



*n = Nombre de patient-e-s concerné-e-s avec une escarre nosocomiale catégorie 2 – 4 par type d'hôpital

Le tableau 10 montre les valeurs relatives aux personnes avec une escarre de catégorie 1 – 4 selon l'estimation des risques à l'aide de l'échelle de Braden. Les participant-e-s sont réparti-e-s en trois groupes : patient-e-s à risque élevé (score de Braden : < 15 points), à risque faible (score de Braden : 15 à 20 points) ainsi que des patient-e-s sans risque (score de Braden : > 20 points). Comme lors des mesures de 2011, 2012 et 2013, aucune différence majeure n'a été observée entre les résultats des différents types d'hôpitaux en 2014. La part des patient-e-s sans risque était plus faible dans les hôpitaux universitaires que dans les autres types d'hôpitaux, notamment chez les patient-e-s sans escarre. Ici aussi, la répartition en pourcentage des participant-e-s avec un risque d'escarre élevé dans les catégories d'escarres était similaire à l'année précédente.

Tableau 10 : catégorie d'escarre la plus élevée indiquée selon le risque d'escarre d'après Braden*

		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	Patient-e-s à risque	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Pas d'escarre	Pas de risque	1140 (46.9)	3077 (49.5)	2066 (56.6)	584 (60.9)	6867 (51.8)
	Risque faible	891 (36.7)	2331 (37.5)	1193 (32.7)	287 (29.9)	4702 (35.5)
	Risque élevé	196 (8.1)	344 (5.5)	163 (4.5)	28 (2.9)	731 (5.5)
Catégorie 1	Pas de risque	9 (0.4)	26 (0.4)	20 (0.5)	6 (0.6)	61 (0.5)
	Risque faible	47 (1.9)	134 (2.2)	65 (1.8)	17 (1.8)	263 (2.0)
	Risque élevé	39 (1.6)	61 (1.0)	24 (0.7)	7 (0.7)	131 (1.0)
Catégorie 2	Pas de risque	3 (0.1)	22 (0.4)	16 (0.4)	2 (0.2)	43 (0.3)
	Risque faible	25 (1.0)	83 (1.3)	38 (1.0)	10 (1.0)	156 (1.2)
	Risque élevé	38 (1.6)	43 (0.7)	31 (0.8)	4 (0.4)	116 (0.9)
Catégorie 3	Pas de risque	0 (0.0)	2 (0.0)	1 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.0)
	Risque faible	9 (0.4)	34 (0.5)	9 (0.2)	4 (0.4)	56 (0.4)
	Risque élevé	14 (0.6)	20 (0.3)	13 (0.4)	7 (0.7)	54 (0.4)
Catégorie 4	Pas de risque	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.0)	2 (0.2)	3 (0.0)
	Risque faible	8 (0.3)	17 (0.3)	6 (0.2)	1 (0.1)	32 (0.2)
	Risque élevé	10 (0.4)	16 (0.3)	6 (0.2)	0 (0.0)	32 (0.2)
	Total	2429 (100)	6210 (100)	3652 (100)	959 (100)	13250* (100)

*Pour 67 patient-e-s, il n'y a aucune donnée sur la catégorie d'escarre la plus élevée donnée

A la demande de nombreux hôpitaux (allègement du benchmarking au niveau des types d'unités de soins), le tableau 11 indique à partir de 2012 les taux de prévalence par type d'unité de soins et par type d'hôpital. Les taux de prévalence nosocomiale des escarres de catégorie 2 – 4 selon le type d'unité de soins sont semblables dans les différents types d'unités. Cependant, les unités de soins intensifs et les unités de soins de gériatrie aiguë présentent des valeurs nettement plus élevées que le taux global. Une autre augmentation s'observe pour les taux de prévalence des types d'unités de soins gériatrie aiguë et soins intensifs par rapport aux trois mesures des années précédentes, notamment dans les hôpitaux universitaires (soins intensifs) et dans les cliniques spécialisées (gériatrie aiguë).

Tableau 11 : prévalence nosocomiale, catégorie 2 – 4, par unité de soins dans les types d'hôpitaux

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires (n=2443)	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=6243)	Hôpitaux soins de base (n=3667)	Cliniques spécialisées (n=964)	Total hôpitaux (n=13317)
Type d'unité de soins n	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Non chirurgicale					
2014	20 (2.1)	39 (1.6)	11 (0.8)	0 (0.0)	70 (1.5)
2013	17 (2.1)	47 (2.1)	21 (1.4)	0 (0.0)	85 (1.9)
2012	16 (2.0)	31 (1.5)	22 (1.3)	2 (9.5)	71 (1.6)
Chirurgicale					
2014	21 (1.8)	44 (1.5)	33 (1.7)	2 (0.3)	100 (1.5)
2013	27 (2.5)	47 (1.8)	29 (1.4)	6 (1.0)	109 (1.7)
2012	28 (2.5)	36 (1.5)	34 (1.5)	7 (1.4)	105 (1.7)
Soins intensifs					
2014	22 (17.9)	10 (5.6)	1 (1.3)	0 (0.0)	33 (8.6)
2013	14 (12.6)	7 (4.2)	4 (5.2)	0 (0.0)	25 (7.0)
2012	14 (11.9)	10 (6.5)	4 (4.4)	0 (0.0)	28 (7.7)
Soins continus/soins continus de la chirurgie cardiaque					
2014	2 (3.0)	0 (0.0)	1 (2.1)	1 (20.0)	4 (1.9)
2013	3 (3.3)	1 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (1.6)
2012	3 (4.1)	1 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (1.7)
Gériatrie aiguë					
2014	0 (0.0)	15 (3.7)	8 (8.2)	6 (4.1)	29 (4.5)
2013	1 (7.7)	9 (2.8)	5 (3.7)	3 (1.5)	18 (2.7)
2012	1 (3.2)	6 (2.1)	1 (0.8)	3 (2.1)	11 (1.9)
Réadaptation					
2014	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (3.6)	3 (3.6)
2013	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (3.5)	3 (3.5)
2012	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (1.7)	3 (1.7)
Court séjour					
2014	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2013	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2012	-	-	-	-	-
Psychiatrie					
2014	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2013	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2012	-	-	-	-	-
Divers					
2014	2 (1.9)	2 (1.1)	0 (0.0)	1 (1.4)	5 (1.1)
2013	0 (0.0)	3 (1.7)	4 (4.6)	1 (1.7)	8 (1.8)
2012	0 (0.0)	4 (2.5)	2 (1.2)	4 (2.6)	10 (1.8)
Total					
2014	67 (2.7)	110 (1.8)	54 (1.5)	13 (1.3)	244 (1.8)
2013	62 (2.7)	114 (2.0)	62 (1.6)	13 (1.4)	252 (2.0)
2012	62 (2.5)	89 (1.6)	64 (1.4)	19 (1.9)	234 (1.7)

Une analyse identique des taux de prévalence nosocomiale de catégorie 1 – 4 selon le type d'unité de soins est fournie dans le tableau 32 en annexe. Là aussi, les types d'unités de soins de gériatrie aiguë et de soins intensifs présentent les taux de prévalence les plus élevés.

3.3.3. Caractéristiques des patient-e-s avec une escarre nosocomiale de catégorie 2 – 4

En tout, 244 des patient-e-s participant-e-s ont contracté une escarre de catégorie 2 – 4 à l'hôpital, dont 50,4 % étaient des hommes. L'âge moyen était de 74,2 ans (minimum 22, maximum 98, écart-type +/- 14,3). Avec 78,0 ans (écart-type +/- 11,7), l'âge moyen des femmes concernées était plus élevé que celui des hommes (70,5 ans, écart-type +/- 15,6). Parmi les personnes concernées ayant contracté une escarre nosocomiale de catégorie 2 – 4, 46,3 % des femmes et 54,5 % des hommes ont été opérés au cours des deux semaines précédant la mesure. Par rapport à l'année précédente, on constate ici de légers décalages relatifs à l'âge moyen (2 ans de plus) et une opération dans les deux semaines précédentes (diminution de 8,8 % chez les femmes et augmentation de 12,7 % pour les hommes).

Le tableau 33 en annexe décrit les diagnostics médicaux des patient-e-s participant-e-s ayant contracté une escarre nosocomiale de catégorie 2 – 4 par type d'hôpital. Plusieurs réponses étaient possibles. Les diagnostics médicaux les plus fréquents, comme en 2013, étaient les maladies de l'appareil circulatoire (62,3 %) suivies des maladies ostéo-articulaires/muscles et tissu conjonctif (44,3 %).

Le tableau 12 fournit des informations quant à la dépendance aux soins des patient-e-s participant-e-s avec une escarre nosocomiale de catégorie 2 – 4. Dans l'ensemble, on voit que les patient-e-s participant-e-s avec une escarre nosocomiale de catégorie 2 – 4 ont été le plus souvent évalué-e-s comme ayant une dépendance prépondérante (25,4 %) ou une dépendance partielle (20,9 %).

Tableau 12 : dépendance aux soins des patient-e-s avec une escarre nosocomiale, catégorie 2 – 4

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires (n=2443)	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=6243)	Hôpitaux soins de base (n=3667)	Cliniques spécialisées (n=964)	Total hôpitaux (n=13317)
Total prévalence nosocomiale des escarres catégorie 2 – 4	67 (100)	110 (100)	54 (100)	13 (100)	244 (100)
Dépendance aux soins	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Dépendance complète	26 (38.8)	11 (10.0)	6 (11.1)	2 (15.4)	45 (18.4)
Dépendance prépondérante	18 (26.9)	30 (27.3)	11 (20.4)	3 (23.1)	62 (25.4)
Dépendance partielle	11 (16.4)	27 (24.5)	9 (16.7)	4 (30.8)	51 (20.9)
Indépendance prépondérante	8 (11.9)	22 (20.0)	14 (25.9)	4 (30.8)	48 (19.7)
Indépendance complète	4 (6.0)	20 (18.2)	14 (25.9)	0 (0.0)	38 (15.6)

3.3.4. Fréquence des escarres

Le tableau 34 en annexe détaille le nombre d'escarres par catégorie la plus élevée et par type d'hôpital. On peut remarquer que le pourcentage relatif aux escarres (à l'exception des cliniques spécialisées) varie à peine dans les diverses unités de soins. La plupart des escarres de catégorie 1 ont été relevées dans la prise en charge centralisée et dans les hôpitaux de soins généraux (en 2013, c'était le cas dans les hôpitaux universitaires). Des escarres de catégorie 2 ont été mesurées le plus souvent dans les soins de base/hôpitaux de soins généraux. Comme lors des deux mesures précédentes, la plupart des escarres de catégorie 4 ont été mesurées dans les hôpitaux de prise en charge centralisée/hôpitaux universitaires.

Le tableau 13 indique le nombre d'escarres nosocomiales selon la catégorie la plus élevée et le type d'hôpital. On peut remarquer des différences entre les pourcentages relatifs aux escarres dans les diverses unités de soins. La majorité des escarres nosocomiales de catégorie 1 a été observée dans les hôpitaux de prise en charge spécialisée/hôpitaux de soins généraux et dans les cliniques spécialisées. L'année précédente, c'était le cas des cliniques spécialisées et hôpitaux de soins de base, hôpitaux de soins généraux. Les escarres de catégorie 2 ont été mesurées le plus souvent dans les hôpitaux de soins de base/hôpitaux de soins généraux et celles de la catégorie 3 dans les hôpitaux de prise en charge centralisée/hôpitaux universitaires. Tout comme l'année précédente, la catégorie 4 a été relevée le plus souvent dans les hôpitaux universitaires.

Tableau 13 : escarres nosocomiales selon la catégorie d'escarre la plus élevée et 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
Total	145 (100)	278 (100)	120 (100)	32 (100)	575 (100)
Escarres	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Catégorie 1	77 (53.1)	166 (59.7)	65 (54.2)	19 (59.4)	327 (56.9)
Catégorie 2	46 (31.7)	84 (30.2)	49 (40.8)	11 (34.4)	190 (33.0)
Catégorie 3	12 (8.3)	18 (6.5)	4 (3.3)	2 (6.3)	36 (6.3)
Catégorie 4	10 (6.9)	10 (3.6)	2 (1.7)	0 (0.0)	22 (3.8)

*Pour 1 patient-e, il n'y a aucune donnée sur la catégorie d'escarre la plus élevée donnée

Le tableau 35 (cf. annexe) décrit la localisation sur le corps des escarres. Sur les 955 participant-e-s avec escarres, la présence d'escarres avait été indiquée pour 954 adultes. Au total, 1'325 escarres ont été constatées. 72,0 % des participant-e-s présentaient une escarre et 20,6 % deux lésions. 4,9 % des patient-e-s concerné-e-s présentaient 3 lésions. Chez les autres participant-e-s ayant des escarres, entre 4 et 7 lésions ont été diagnostiquées. Comme pour les années de mesure 2012 et 2013, les localisations les plus fréquentes pour les escarres étaient le sacrum (44,5 %) et les talons (42,2 %).

Comme lors des années précédentes, 60 % des escarres dataient de moins de deux semaines, près d'un tiers des escarres avaient entre 2 semaines et 3 mois et seul un petit nombre d'entre elles étaient présentes depuis plus longtemps (cf. tableau 36 en annexe). Les données concernaient la période allant jusqu'au jour de la mesure.

3.3.5. Douleurs

Dans l'ensemble, 229 participant-e-s (22,4 %) souffraient de douleurs dues à des escarres. Les patient-e-s les plus souvent concerné-e-s par ces douleurs étaient ceux des hôpitaux universitaires (26,7 %). Ces chiffres montrent un grand écart par rapport à ceux de 2013 dans ce domaine de prise en charge (en 2013, 18,0 % des patient-e-s participant-e-s en hôpital universitaire souffraient de douleurs liées aux escarres). Dans les hôpitaux de soins de base, 25,2 % des patient-e-s participant-e-s souffraient de douleurs liées aux escarres, dans les cliniques spécialisées leur part était de 25,0 %. Dans les hôpitaux de prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux, la part des patient-e-s participant-e-s souffrant de douleurs liées aux escarres était, avec 22,2 %, la plus faible par rapport aux autres types d'hôpitaux.

2,1 % des participant-e-s en moyenne souffraient de douleurs liées aux escarres avec un score de 7 et plus sur une échelle de 0 à 10. Un score de douleur de 7 et supérieur était le plus souvent rencontré dans les hôpitaux universitaires (3,5 %). Cela signifie que ces personnes souffraient de douleurs aiguës. Comparé à l'année précédente, ce chiffre montre une nette diminution ; en 2013, un score de douleur de 7 ou supérieur avait été enregistré pour 17,1 % des patient-e-s dans les hôpitaux universitaires. La part globale des participants avec un score de douleurs >7 a baissé de plus de la moitié dans les hôpitaux de soins généraux (prise en charge centralisée et soins de base) par rapport à l'année précédente (notamment dans les hôpitaux de soins de base, hôpitaux de soins généraux, avec une baisse de 7,1 % par rapport à l'année précédente). Le tableau 37 (patient-e-s avec des douleurs dues à une escarre par type d'hôpital) figure en annexe.

3.3.6. Mesures de prévention

Cette partie décrit les mesures de prévention appliquées (c'est-à-dire les mesures de prévention générales, les matelas ou surmatelas de prévention des escarres, les moyens auxiliaires pour la position assise) pour les patient-e-s à risque et pour les patient-e-s avec des escarres. Les tableaux détaillant les résultats décrits ci-après figurent en annexe.

Différentes autres mesures de prévention générale ont été prises pour les patient-e-s à risque. Le tableau 38

(en annexe) les résume. Plusieurs réponses étaient possibles. L'absence de mesures de prévention générales était la plus souvent évoquée dans la prise en charge centralisée (hôpitaux universitaires) par les patient-e-s participant-e-s (20,8 %). Parmi les interventions, celles concernant la stimulation de la mobilisation (catégorie introduite en 2012, 54.1 – 79.7 %), les pommades ou crèmes pour la protection de la peau (46.8 – 52 %), la réduction de la pression sur les talons (30.8 – 47.4 %) ainsi que le changement de position en étant couché-e suivant un horaire individualisé préétabli (24.6 – 33.3 %) étaient au premier plan dans tous les types d'hôpitaux.

Les types de matelas/surmatelas de prévention des escarres utilisés pour les patient-e-s à risque sont présentés dans le tableau 39 (en annexe) par type d'hôpital. Lorsque des matelas de prévention des escarres étaient utilisés, les matelas en mousse latex refroidie (18.7 – 40.8 %) ou les matelas en mousse visco-élastique (15.4 – 26.8 %) étaient les plus fréquents.

Le tableau 40 (cf. annexe) résume les mesures de prévention en position assise pour les patient-e-s participant-e-s à risque souffrant d'escarres. Lorsqu'il y avait recours à des coussins, ils étaient le plus souvent à mousse (14 – 19.5 %). Plus de la moitié (50 – 63.9 %) des patient-e-s à risque présentant une

escarre n'ont bénéficié d'aucune mesure de prévention en position assise. Parmi les réponses proposées, la réponse « Non pertinent (position assise pas possible) » a souvent été sélectionnée (5.7 – 14 %), c'est à dire que les patient-e-s n'ont pas pu prendre de position assise.

Les mesures de prévention générales et les moyens auxiliaires utilisés chez les participant-e-s ayant des escarres sont résumés dans le tableau 41 (en annexe). Plusieurs réponses étaient possibles. Pour les patient-e-s participant-e-s ayant contracté des escarres dans les hôpitaux de prise en charge centralisée ainsi que de soins de base, il a été indiqué qu'aucune mesure de prévention générale n'a été prise pour 5,9 à 10,4 % de ces personnes. Cette année encore, les interventions concernent en première ligne la stimulation de la mobilisation (48 – 76.7 %), les pommades ou crèmes pour la protection de la peau (61.7 – 70.3 %) et le changement de position en étant couché-e suivant un horaire individualisé préétabli (38.3 – 53.1 %). D'autres moyens auxiliaires tels que des peaux de mouton ou des protections du coude n'ont pas été employés chez environ deux tiers (70 – 75.7 %) des concerné-e-s, quel que soit le type d'hôpital.

Comme indiqué dans le tableau 42 en annexe, des matelas en mousse latex refroidie ont été utilisés le plus souvent (14.5 – 36.7 %) chez les patient-e-s ayant des escarres. Pour 23,1 % des personnes avec escarre, il a été indiqué qu'aucun matelas ou surmatelas n'a été utilisé. Des matelas dynamiques à basse pression alternée ont été utilisés plus fréquemment dans les hôpitaux universitaires (31.2 %) et les hôpitaux de soins généraux (18.7 %) que dans les autres types d'hôpitaux (15 – 15.1 %). Les matelas en mousse visco-élastique étaient le plus souvent présents dans les hôpitaux de prise en charge centralisée/hôpitaux de soins généraux (32.5 %).

Le tableau 43 (cf. annexe) résume les mesures de prévention en position assise chez les patient-e-s ayant un risque d'escarre des patient-e-s participant-e-s souffrant d'escarre. Là encore, en cas d'utilisation de coussin, il s'agissait le plus souvent de coussin à mousse (6.9 % – 9.6 %). Environ trois quarts (73.3 – 79.8 %) des patient-e-s participant-e-s souffrant d'escarres n'ont bénéficié d'aucune mesure de prévention en position assise.

3.3.7. Traitements des escarres

Les tableaux 44 – 47 (cf. annexe) présentent les traitements des escarres de catégorie 1 – 4, en indiquant le produit utilisé ou la méthode appliquée dès lors que ces derniers touchent le fond de la plaie. Comme une personne peut avoir plusieurs escarres, il est possible que le nombre de blessures traitées soit supérieur au nombre de participant-e-s avec escarre. Le tableau 44 indique que des pansements ont été utilisés même pour les escarres de catégorie 1, quel que soit le type d'hôpital.

Les tableaux 45 – 47 détaillent le recours au matériel utilisé pour le traitement des lésions/plaies en cas d'escarre de catégorie 2 – 4. On constate ici que plus d'un tiers (32.7 – 35.1 %) des patient-e-s de la prise en charge centralisée n'ont bénéficié d'aucun pansement en présence d'escarres de catégorie 2 (tableau 45). Pour la catégorie 3, aucun matériel pour le traitement des lésions n'est utilisé pour un cinquième (21.4 %) des cas dans les hôpitaux de prise en charge centralisée (hôpitaux universitaires) (tableau 46). Pour les escarres de catégorie 4, les hôpitaux de prise en charge centralisée (hôpitaux universitaires) n'emploient aucun matériel pour le traitement des lésions chez 27,8 % (tableau 47).

3.3.8. Indicateurs de structures Escarres

Les tableaux 48 et 49 en annexe montrent les indicateurs de structures relatifs aux escarres au niveau des hôpitaux et des unités de soins. Les indicateurs de structures ont été collectés au niveau de l'hôpi-

tal (cf. tableau 48) et des unités de soins (cf. tableau 49). Chaque indicateur indique une grande dispersion entre les types d'hôpitaux. De fortes différences ont été notées entre les types d'hôpitaux quant à la présence d'indicateurs des structures relatifs aux escarres au niveau des hôpitaux (cf. tableau 48). Les informations les plus fréquemment disponibles sont des informations standardisées lors du transfert, les standards/directives pour la prévention et le traitement des escarres et une personne désignée à vérifier et actualiser le standard. En revanche, la disponibilité des brochures d'informations destinées aux patient-e-s se trouve le moins fréquemment.

Les indicateurs de structures relatifs aux escarres au niveau des unités de soins (cf. tableau 49) montrent parfois d'importantes différences entre les types d'hôpitaux. Dans l'ensemble, la mise à disposition du matériel de prévention, la documentation des mesures appliquées (prévention/traitement), les informations standardisées lors du transfert ainsi que la saisie du risque d'escarre sont les plus fréquemment disponibles. Comme étant le moins disponibles ont été indiqués les brochures d'informations et les colloques multidisciplinaires.

Dans l'ensemble, la disponibilité est comparable à celle de l'année précédente à la fois pour les indicateurs des structures au niveau de l'hôpital et pour les indicateurs au niveau des unités de soins.

3.4. Résultats pour l'indicateur Chutes

Dans ce chapitre, les résultats relatifs aux données relevées grâce à l'instrument LPZ seront décrits pour l'indicateur « Chute ». Les informations fournies relèvent des caractéristiques générales et spécifiques des patient-e-s ayant chuté, la prévalence (avant et après l'entrée à l'hôpital), les conséquences de la chute, les mesures de prévention et les indicateurs des structures.

3.4.1. Caractéristiques des patient-e-s qui ont chuté

Au total, 18,7 % (moins 0,8 % par rapport à 2013) des patient-e-s participant-e-s ont chuté au moins une fois durant les 30 jours précédant la mesure, que ce soit avant ou pendant l'hospitalisation. Comme en 2013 (environ trois quarts), la plupart des chutes de 2014 (environ quatre cinquièmes) se sont produites avant l'entrée à l'hôpital. La majorité des personnes victimes d'une chute dans les 30 derniers jours était de sexe féminin (56,0 %). L'âge moyen des personnes victimes d'une chute, tous types d'hôpitaux confondus, était de 74,4 ans (écart-type +/- 15,5 ans) et 31,6 % des personnes concernées avaient été opérées dans les deux semaines précédant la mesure.

Le tableau 14 présente les caractéristiques du sexe et de l'âge, ainsi qu'une opération dans les deux semaines précédant la mesure chez les patient-e-s ayant chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital) selon le type d'hôpital.

Tableau 14 : 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										
Nombre total de patient-e-s ayant chuté n (%)	288 (77.6)	83 (22.4)	996 (80.8)	237 (19.2)	648 (84.8)	116 (15.2)	82 (65.6)	43 (34.4)	2014 (80.8)	479 (19.2)
Nombre des chutes										
Sexe féminin n (%)	146 (78.9)	39 (21.1)	598 (84.5)	110 (15.5)	387 (88.4)	51 (11.6)	44 (66.7)	22 (33.3)	1175 (84.1)	222 (15.9)
Âge moyen années (SD)	70.6 (17.9)	71.2 (16.0)	75.6 (14.9)	74.8 (15.1)	73.4 (15.9)	77.2 (11.3)	73.8 (13.3)	81.5 (9.8)	74.1 (15.7)	75.4 (14.2)
A subi une intervention chirurgicale dans les 2 dernières semaines n (%)	118 (79.2)	31 (20.8)	314 (89.7)	36 (10.3)	218 (90.5)	23 (9.5)	42 (85.7)	7 (14.3)	692 (87.7)	97 (12.3)

*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 hospitalisation au sein du même type d'hôpital et par rapport au total de tous les hôpitaux.

3.4.2. Prévalence Chutes

Ici, le taux de prévalence global de tous les types d'hôpitaux était de 18,7 % (moins 0,8 % par rapport à l'année précédente). Pour l'ensemble des participant-e-s, la prévalence moyenne des chutes survenues à l'hôpital est de 3,6 % pour tous les types d'hôpitaux. C'est 0,5 % de moins que l'année précédente.

Le tableau 15 montre que les taux de prévalence des événements de chute à l'hôpital varient au sein de chaque type d'hôpital dans une fourchette de 3,2 % à 4,5 %. En 2014 aussi, le taux des chutes survenues à l'hôpital est le plus élevé dans les cliniques spécialisées. Cependant, il a diminué de 1,2 % par comparaison avec l'année de mesure 2013 et de 2,6 % par rapport à l'année de mesure 2011.

Tableau 15: 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
Événements des chutes	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Chutes avant l'entrée à l'hôpital					
2014	288 (11.8)	996 (16.0)	648 (17.7)	82 (8.5)	2014 (15.1)
2013	245 (10.8)	968 (16.9)	665 (16.8)	106 (11.1)	1984 (15.4)
2012	273 (11.2)	839 (15.4)	765 (16.0)	96 (9.6)	1973 (14.4)
2011	162 (11.1)	692 (15.9)	714 (16.8)	70 (13.1)	1638 (15.5)
Chutes après l'entrée à l'hôpital					
2014	83 (3.4)	237 (3.8)	116 (3.2)	43 (4.5)	479 (3.6)
2013	85 (3.8)	248 (4.3)	148 (3.7)	54 (5.7)	535 (4.1)
2012	100 (4.1)	229 (4.2)	135 (2.9)	47 (4.7)	511 (3.8)
2011	50 (3.4)	197 (4.5)	168 (4.0)	38 (7.1)	453 (4.3)
Pas de chute avant/ après l'entrée à l'hôpital					
2014	2024 (82.8)	4934 (79.0)	2865 (78.1)	834 (86.5)	10657 (80.0)
2013	1881 (83.0)	4424 (77.2)	3088 (78.1)	782 (82.1)	10175 (78.9)
2012	2029 (83.0)	4285 (78.6)	3800 (80.0)	847 (84.5)	10961 (80.3)
2011	1224 (83.8)	3383 (77.6)	3304 (77.8)	423 (78.9)	8334 (78.6)
Inconnu					
2014	48 (2.0)	76 (1.2)	38 (1.0)	5 (0.5)	167 (1.3)
2013	54 (2.4)	92 (1.6)	52 (1.3)	11 (1.2)	209 (1.6)
2012	42 (1.7)	99 (1.8)	50 (1.1)	12 (1.2)	203 (1.5)
2011	25 (1.7)	85 (1.9)	61 (1.4)	5 (0.9)	176 (1.7)
Total					
2014	2443 (100)	6243 (100)	3667 (100)	964 (100)	13317 (100)
2013	2265 (100)	5732 (100)	3953 (100)	953 (100)	12903 (100)
2012	2444 (100)	5452 (100)	4750 (100)	1002 (100)	13648 (100)
2011	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.

Des chutes multiples (2 et plus) ont été indiquées pour 19,1 % au total des patient-e-s participant-e-s ayant fait une chute. Comme le montre le tableau 16, les chutes multiples – exception faite des cliniques spécialisées – ont été indiquées pour la plupart dans les domaines externes à l'hôpital.

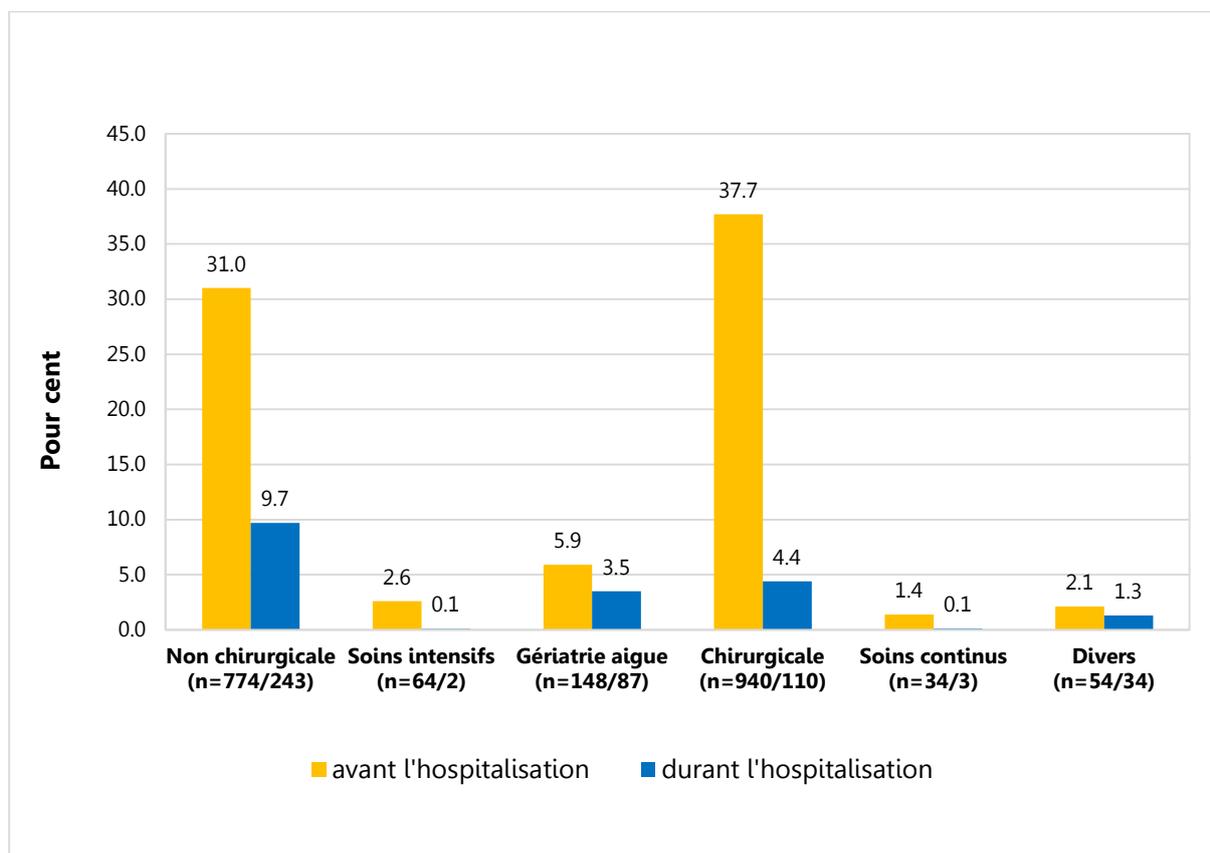
Tableau 16: chutes répétées par type d'hôpital et lieu de la chute

	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
Événements des chutes	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1 x	250 (81.4)	57 (18.6)	841 (84.3)	157 (15.7)	535 (88.0)	73 (12.0)	74 (70.5)	31 (29.5)	1700 (84.2)	318 (15.8)
2 x	18 (54.5)	15 (45.5)	93 (67.4)	45 (32.6)	63 (72.4)	24 (27.6)	6 (42.9)	8 (57.1)	180 (66.2)	92 (33.8)
3 x	3 (27.3)	8 (72.7)	21 (50.0)	21 (50.0)	23 (74.2)	8 (25.8)	1 (50.0)	1 (50.0)	48 (55.8)	38 (44.2)
> 3 x	17 (85.0)	3 (15.0)	41 (74.5)	14 (25.5)	27 (71.1)	11 (28.9)	1 (25.0)	3 (75.0)	86 (73.5)	31 (26.5)
Total des patient-e-s qui ont chuté (n=2493)	288 (77.6)	83 (22.4)	996 (80.8)	237 (19.2)	648 (84.8)	116 (15.2)	82 (65.6)	43 (34.4)	2014 (80.8)	479 (19.2)

3.4.3. Prévalence par type d'unité de soins

La figure 3 montre que les patient-e-s qui ont subi une chute et qui ont participé à la mesure étaient avant tout hospitalisé-e-s dans les services chirurgicaux et non chirurgicaux. De plus, on remarque que dans les deux types d'unités de soins, un nombre considérable de chutes est survenu avant l'hospitalisation, ce qui pourrait éventuellement expliquer la raison de l'hospitalisation.

Figure 3 : patient-e-s qui ont chuté (avant et après l'entrée à l'hôpital) par type d'unités de soins*



*Les chiffres indiqués pour n se réfèrent au nombre de chutes avant/après l'hospitalisation. En raison des faibles taux de chutes, les unités de soins psychiatriques, courte durée, réadaptation et Divers sont regroupés dans la catégorie divers.

Le tableau 17 montre la répartition des chutes selon le lieu de la chute (avant/après l'entrée à l'hôpital) et l'unité de soins dans les divers types d'hôpitaux. Encore une fois, on constate que près de trois à quatre cinquièmes des chutes se sont produites avant l'hospitalisation, tous types d'hôpitaux confondus. La majorité des patient-e-s ayant fait une chute (avant/après l'entrée à l'hôpital) est hospitalisée dans une unité de soins chirurgicale ou non chirurgicale, hormis dans les cliniques spécialisées. Au sein des cliniques spécialisées, les types d'unités de soins chirurgie et gériatrie aiguë ont obtenu un résultat considérable.

Tableau 17 : répartition des chutes avant et après l'entrée à l'hôpital par type d'unité de soins et par types d'hôpitaux

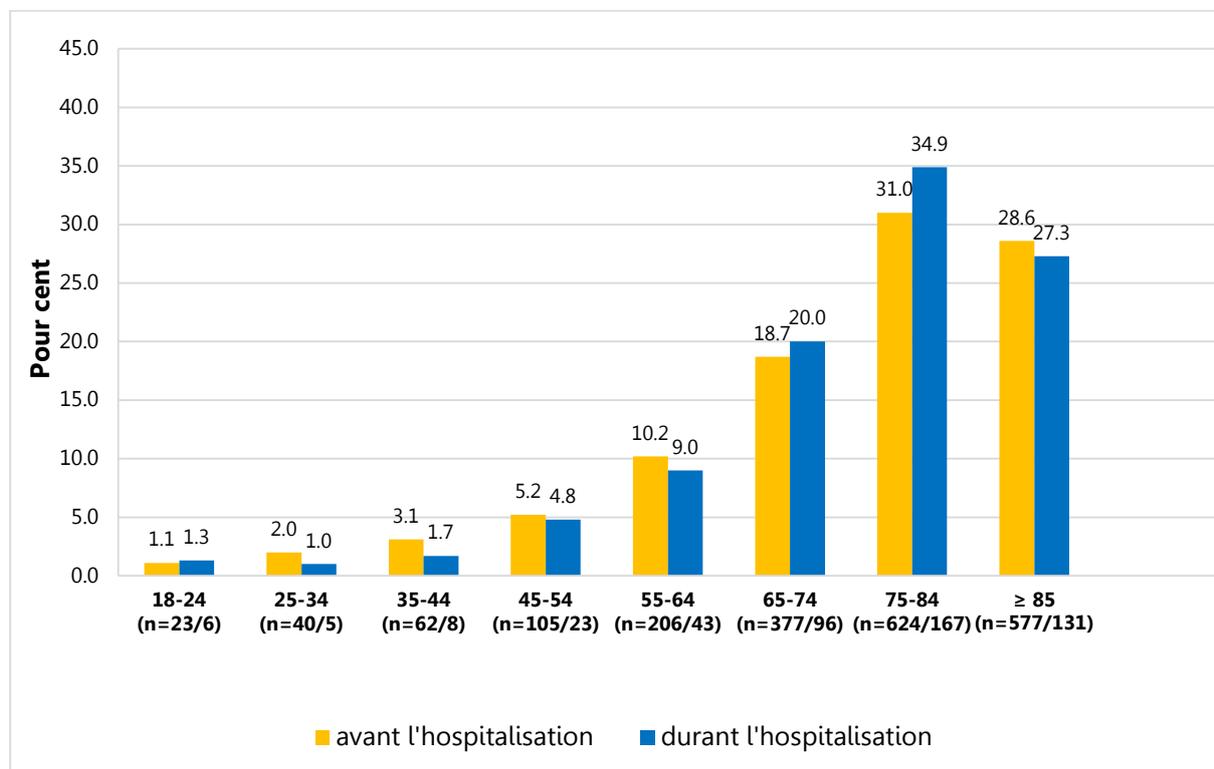
Type d'unité de soins	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires		Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux		Hôpitaux soins de base		Cliniques spécialisées	
	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Non chirurgicale 2014 2013	112 (30.2) 93 (28.2)	53 (14.3) 45 (13.6)	369 (29.9) 397 (32.6)	120 (9.7) 126 (10.4)	291 (38.1) 267 (32.8)	69 (9.0) 87 (10.7)	2 (1.6) 2 (1.3)	1 (0.8) 0 (0.0)
Soins intensifs 2014 2013	20 (5.4) 17 (5.2)	0 (0.0) 1 (0.3)	31 (2.5) 26 (2.1)	2 (0.2) 4 (0.3)	13 (1.7) 13 (1.6)	0 (0.0) 4 (0.5)	- -	- -
Soins continus/ SC de la chirurgie cardiaque 2014 2013	5 (1.3) 9 (2.7)	1 (0.3) 3 (0.9)	13 (1.1) 17 (1.4)	1 (0.1) 0 (0.0)	14 (1.8) 10 (1.2)	1 (0.1) 0 (0.0)	2 (1.6) 2 (1.3)	0 (0.0) 0 (0.0)
Gériatrie aigue 2014 2013	- 0 (0.0)	6 (1.8) 6 (1.8)	99 (8.0) 63 (5.2)	55 (4.5) 47 (3.9)	29 (3.8) 49 (6.0)	10 (1.3) 12 (1.5)	20 (16.0) 46 (28.8)	22 (17.6) 34 (21.3)
Psychiatrie 2014 2013	- -	- -	- 0 (0.0)	- 2 (0.2)	0 (0.0) -	1 (0.1) -	- -	- -
Chirurgicale 2014 2013	145 (39.1) 113 (34.2)	29 (7.8) 27 (8.2)	473 (38.4) 452 (37.2)	47 (3.8) 60 (4.9)	284 (37.2) 310 (38.1)	27 (3.5) 40 (4.9)	38 (30.4) 41 (25.6)	7 (5.6) 7 (4.4)
Court séjour 2014 2013	- 1 (0.3)	- 0 (0.0)	1 (0.1) -	0 (0.0) -	7 (0.9) 8 (1.0)	0 (0.0) 0 (0.0)	- -	- -
Divers 2014 2013	6 (1.6) 12 (3.6)	0 (0.0) 3 (0.9)	10 (0.8) 13 (1.1)	12 (1.0) 9 (0.7)	10 (1.3) 8 (1.0)	8 (1.0) 5 (0.6)	9 (7.2) 2 (1.3)	2 (1.6) 5 (3.1)
Réadaptation 2014 2013	- -	- -	- -	- -	- -	- -	11 (8.8) 13 (8.1)	11 (8.8) 8 (5.0)
Total des patient-e-s qui ont chuté 2014 (n=2493) 2013 (n=2519)	288 (77.6) 245 (74.2)	83 (22.4) 85 (25.8)	996 (80.8) 968 (79.6)	237 (19.2) 248 (20.4)	648 (84.8) 665 (81.8)	116 (15.2) 148 (18.2)	82 (65.6) 106 (66.3)	43 (34.4) 54 (33.8)

3.4.4. Caractéristiques des patient-e-s ayant connu un événement de chute

Le tableau 50 en annexe décrit les diagnostics médicaux des patient-e-s participant-e-s ayant fait une chute (avant/après l'entrée à l'hôpital) dans les 30 jours avant la mesure, selon les types d'hôpitaux. En moyenne, les patient-e-s ayant chuté en hôpital ont eu entre 3,2 et 4,6 diagnostics médicaux. Les plus fréquents étaient les maladies de l'appareil circulatoire (64,1 %) suivies des maladies ostéo-articulaires, muscles et tissu conjonctif (37,0 %).

La figure 4 montre que le groupe d'âge de 75 à 84 ans, autant pour les chutes avant que celles après l'entrée à l'hôpital, est le plus concerné.

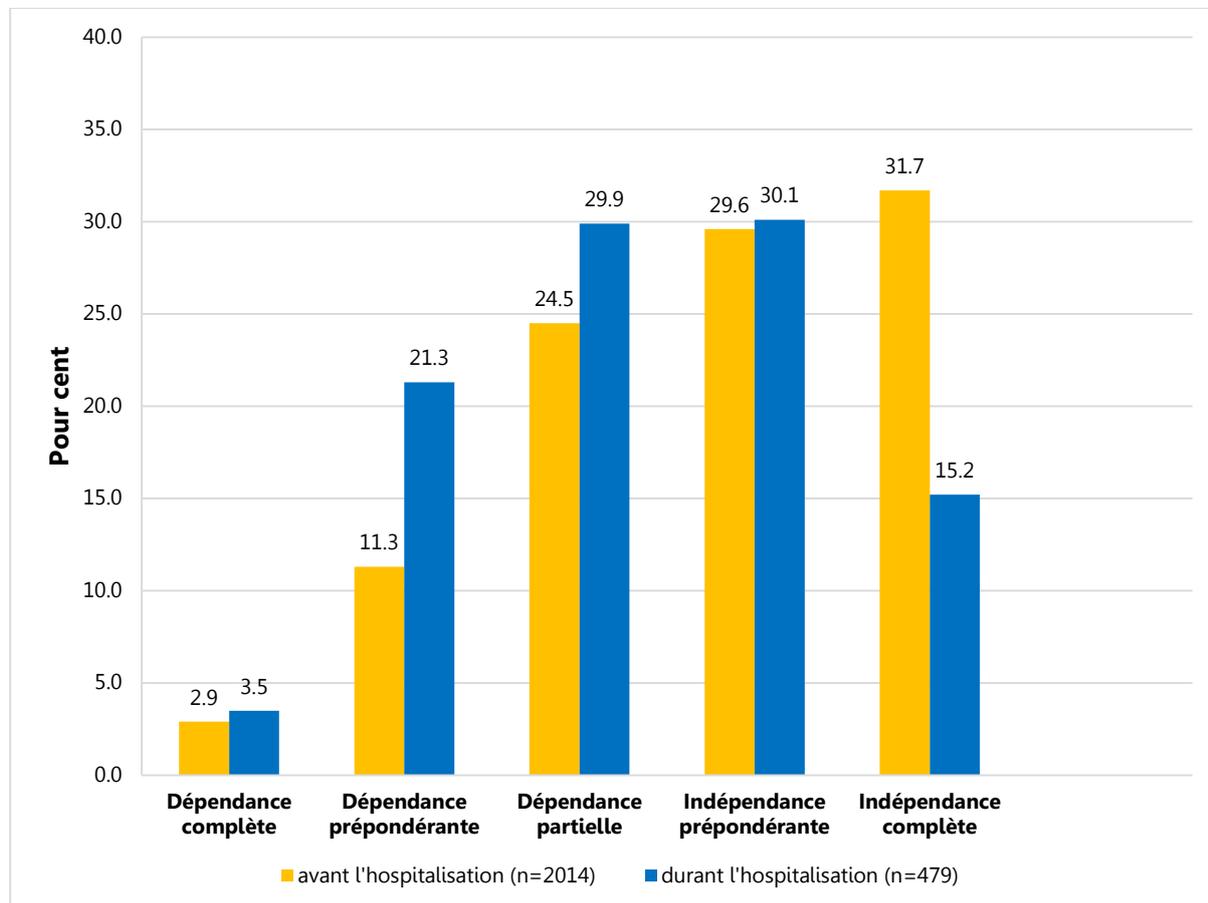
Figure 4: patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital) par groupe d'âge en années*



*Les chiffres indiqués entre parenthèses pour n se réfèrent au nombre de chutes avant/après l'hospitalisation.

La figure 5 montre que les patient-e-s participant-e-s ayant une moindre dépendance aux soins ont plus fréquemment chuté avant l'hospitalisation.

Figure 5 : dépendance aux soins des patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital)



À partir de 2013, la logique du questionnaire a été modifiée dans le module Chutes. Des informations complémentaires sur les conditions de la chute (moment, lieu, activité) ont été collectées exclusivement sur les chutes survenues à l'hôpital. Le questionnaire de l'année de mesure 2014 permettait en outre de cocher la réponse « inconnue », lorsque toutes les informations relatives aux circonstances de la chute n'étaient pas disponibles. Ainsi, dès la mesure 2014, des informations complètes seront disponibles pour tous/toutes les patient-e-s ayant fait une chute à l'hôpital. La question portant sur les conséquences de la chute, en revanche, concernait comme auparavant aussi bien les chutes avant qu'après l'entrée à l'hôpital.

Pour 100 % (479) des chutes survenues à l'hôpital, de plus amples informations sont fournies au sujet du contexte de la chute et de ses conséquences. Dans 28,4 % des cas, les données montrent que les chutes ont eu lieu pendant les horaires de l'équipe du matin entre 07h01 et 14h00 et 30,7 % entre 14h01 et 22h00. Les autres chutes ont eu lieu entre 22h01 et 07h00 (38,0 %).

Au sein de l'hôpital, les lieux de chute les plus fréquents sont : la chambre du ou de la patient-e (71,2 %, n = 341), la salle de bain ou les toilettes (20,5 %, n = 98).

Le tableau 18 indique que dans tous les types d'hôpitaux, l'activité indiquée le plus souvent en cas de chute était le fait de se déplacer ou de se tenir debout sans moyen auxiliaire/personne d'accompagnement.

Tableau 18 : activité au moment de la chute occasionnée 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
Nombre des participant-e-s tombé-e-s (n=479)	83 (100)	237 (100)	116 (100)	43 (100)
Activité au moment de la chute	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Inconnu	4 (4.8)	12 (5.1)	6 (5.2)	6 (14.0)
Déplacement ou position debout sans moyens auxiliaires / personne d'accompagnement	46 (55.4)	109 (46.0)	54 (46.6)	18 (41.9)
Déplacement ou position debout avec moyens auxiliaires / personne d'accompagnement	14 (16.9)	48 (20.3)	18 (15.5)	12 (27.9)
Position couchée ou assise au (bord du) lit	10 (12.0)	45 (19.0)	26 (22.4)	5 (11.6)
Position assise	8 (9.6)	18 (7.6)	10 (8.6)	1 (2.3)
Autre activité	1 (1.2)	5 (2.1)	2 (1.7)	1 (2.3)

En ce qui concerne les raisons de la chute, LPZ fait une différence entre les facteurs intrinsèques et extrinsèques. Les facteurs intrinsèques comprennent les troubles d'ordre somatique et psychique ainsi que les troubles comportementaux (par ex. dépression, limitations cognitives, 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 à l'hôpital, les problèmes de santé d'ordre somatique se trouvent en tête (61,0 %) (cf. tableau 19).

Tableau 19 : causes principales pour les chutes occasionnées dans 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
Nombres des participant-e-s tombé-e-s. (n=479)	83 (100)	237 (100)	116 (100)	43 (100)	479 (100)
Cause de la chute	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Problèmes de santé d'ordre somatique	48 (57.8)	141 (59.5)	78 (67.2)	25 (58.1)	292 (61.0)
Problèmes de santé d'ordre psychique	16 (19.3)	44 (18.6)	9 (7.8)	5 (11.6)	74 (15.4)
Conditions d'environnement (ou extrinsèques)	6 (7.2)	25 (10.5)	12 (10.3)	4 (9.3)	47 (9.8)
Inconnu	13 (15.7)	27(11.4)	17 (14.7)	9 (20.9)	66 (13.8)

Pour 64,5 % (n = 1'608) des 2'493 chutes enregistrées, il est indiqué que la chute a engendré des lésions ou des blessures. Pour 1'608 des cas, les blessures/lésions concrètes dues à la chute ont été décrites. Parmi les conséquences de la chute, 28,6 % sont des lésions minimales, 18,0 % des blessures de moyenne gravité et 41,9 % des blessures graves. Les fractures de la hanche ont représenté 11,5 % des conséquences d'une chute.

En ce qui concerne les chutes survenues à l'hôpital, les conséquences des chutes ont été indiquées pour 172 d'entre elles (10,7 % du total des chutes ; 35,9 % des chutes à l'hôpital). Parmi les conséquences de la chute, 58,1 % sont des lésions minimales, 25,6 % des blessures de moyenne gravité et 13,4 % des blessures graves. Dans 2,9 % des cas de chute à l'hôpital, une fracture de la hanche s'en est suivie.

Le tableau 20 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 de la hanche sont nettement plus fréquentes pour les chutes survenues avant l'hospitalisation. Un tel rapport explique très probablement la raison de l'hospitalisation.

Tableau 20 : conséquences des chutes par 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
conséquences de la chute	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Lésions mineures	48 (24.4)	15 (65.2)	177 (24.6)	55 (61.1)	122 (26.2)	24 (52.2)	13 (24.1)	6 (46.2)	360 (25.1)	100 (58.1)
Blessures de moyenne gravité	25 (12.7)	6 (26.1)	121 (16.8)	21 (23.3)	91 (19.6)	12 (26.1)	9 (16.7)	5 (38.5)	246 (17.1)	44 (25.6)
Blessures graves	97 (49.2)	2 (8.7)	334 (46.4)	12 (13.3)	192 (41.3)	7 (15.2)	27 (50.0)	2 (15.4)	650 (45.3)	23 (13.4)
Fracture de la hanche	27 (13.7)	0 (0.0)	88 (12.2)	2 (2.2)	60 (12.9)	3 (6.5)	5 (9.3)	0 (0.0)	180 (12.5)	5 (2.9)
Nombre de participant-e-s tombé-e-s avec des lésions (n=1608)	197 (89.5)	23 (10.5)	720 (88.9)	90 (11.1)	465 (91.0)	46 (9.0)	54 (80.6)	13 (19.4)	1436 (89.3)	172 (10.7)

Le tableau 21 montre le calcul de l'indice des blessures, c'est à dire la part des blessures pour tous les patient-e-s ayant fait une chute et la part des blessures chez les patient-e-s participant-e-s avec des conséquences, en application des recommandations et méthodologies de la littérature internationale (Currie, 2008; The University of Kansas School of Nursing, n.d.).

En raison de la logique modifiée du questionnaire, il a été possible de faire des calculs plus différenciés pour 2014. Désormais, les calculs de l'indice des blessures dans la première partie du tableau se rapportent à l'ensemble des patient-e-s ayant fait une chute avant et après l'entrée à l'hôpital (n = 2'493). Le calcul de l'indice des blessures dans la deuxième partie du tableau s'appuie, comme l'année précédente, sur la part des patient-e-s ayant fait une chute avec des conséquences (n=1'608). Il s'avère que parmi les patient-e-s ayant chuté après leur entrée à l'hôpital, 15,0 % ont subi des blessures de moyenne gravité, des blessures graves ou une fracture de la hanche. Rapporté au nombre de patient-e-s ayant fait une chute avec des conséquences, 41,9 % ont subi des blessures de moyenne gravité, des blessures graves ou une fracture de la hanche. Pour les blessures graves ou les fractures de la hanche, ces valeurs sont de 5,8 resp. 16,3 %. Il existe des différences entre les types d'hôpitaux concernant l'indice de blessure après une chute à l'hôpital.

Tableau 21 : indice des blessures par type d'hôpital pour les patient-e-s tombé-e-s (avant/après hospitalisation)

	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
Indice des blessures pour le total des pat. ayant chuté	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Blessures de gravité moyenne-ou grave ou fracture de la hanche (oui)	149 (51.7)	8 (9.6)	543 (54.5)	35 (14.8)	343 (52.9)	22 (19.0)	41 (50.0)	7 (16.3)	1076 (53.4)	72 (15.0)
Blessures graves ou fracture de la hanche (oui)	124 (43.1)	2 (2.4)	422 (42.4)	14 (5.9)	252 (38.9)	10 (8.6)	32 (39.0)	2 (4.7)	830 (41.2)	28 (5.8)
Total (n=2493)	288	83	996	237	648	116	82	43	2014	479
Indice des blessures pour les pat. avec conséquences d'une chute	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Blessures de gravité moyenne-ou grave ou fracture de la hanche (oui)	149 (75.6)	8 (34.8)	543 (75.4)	35 (38.9)	343 (73.8)	22 (47.8)	41 (75.9)	7 (53.8)	1076 (74.9)	72 (41.9)
Blessures graves ou fracture de la hanche (oui)	124 (62.9)	2 (8.7)	422 (58.6)	14 (15.6)	252 (54.2)	10 (21.7)	32 (59.3)	2 (15.4)	830 (57.8)	28 (16.3)
Total (n=1608)	197	23	720	90	465	46	54	13	1436	172

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

Parmi les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital, 39, % d'entre eux/elles en moyenne ont peur de tomber à nouveau. Comme le montre la figure 21 (en annexe), cette valeur varie selon les types d'hôpitaux entre 36,3 % et 44,6 %.

En moyenne, 39,2 % de tous les patient-e-s qui ont chuté, quel que soit le lieu de la chute, ont avoué avoir peur de tomber. En rapportant les indications sur la crainte de chute au groupe total des patient-e-s participant-e-s, 22,7 % des patient-e-s en moyenne indiquent une crainte de chute.

Parmi les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital, 28,4 % en moyenne déclarent éviter des activités. Comme

le montre la figure 22 (en annexe), cette valeur varie selon les types d'hôpitaux entre 25,3 % et 30,2 %.

3.4.5. Mesures de prévention

Le tableau 51 (cf. annexe) illustre les mesures de prévention contre les chutes et les blessures qui sont mises en œuvre chez les patient-e-s n'ayant pas fait de chute. Ces données donnent un aperçu de la prévention des chutes primaire, c'est à dire des mesures prises pour éviter des chutes et les blessures entraînées par une chute pour les patient-e-s participant à la mesure n'ayant pas fait de chute. On observe qu'aucune mesure de prévention des chutes n'a été prise chez 24,1 à 51,1 % et aucune mesure de prévention des blessures pour 77,1 à 89,9 % des participants. A noter toutefois que cette mesure ne contient pas de données relatives au risque de chute des patient-e-s. Les mesures primaires pour la prévention des chutes sont : l'information au/à la patient-e, les exercices et le training, ainsi que l'examen des chaussures utilisées. Pour ce qui est des autres mesures entreprises, des différences existaient selon les types d'hôpitaux.

Le tableau 52 en annexe indique les mesures de prévention des chutes et des blessures pour les patient-e-s participant à la mesure qui n'ont pas chuté. Les données fournissent un aperçu de la prévention secondaire des chutes. En d'autres termes, elles définissent les mesures qui ont été mises en place afin d'éviter d'autres cas. On remarque que plus de mesures de prévention ont été prises pour les patient-e-s qui ont chuté au moins une fois (avant/après l'entrée à l'hôpital). Les informations indiquées sous forme de pourcentages et relatives aux patient-e-s permettent de conclure que des mesures complexes sont souvent mises en place pour prévenir les chutes. Le choix ou la combinaison des mesures appliquées semble varier selon les types d'hôpitaux. Les mesures de prévention des blessures étaient plus rares. En effet, aucune mesure de prévention des blessures n'a été appliquée pour presque 75 % des patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital).

3.4.6. Indicateurs de structures Chutes

La disponibilité des indicateurs des structures au niveau des hôpitaux (cf. tableau 53 en annexe) montre parfois d'importantes différences entre les types d'hôpitaux. Globalement, les indicateurs disponibles en majorité étaient : la saisie (dé)centralisée des événements de chute et les informations standardisées lors de transfert. Les colloques multidisciplinaires concernant les chutes ainsi que la brochure d'information ont été cités le moins souvent comme étant disponibles par les patient-e-s.

De fortes différences ont été relevées entre les types d'hôpitaux quant à la présence d'indicateurs de structures relatifs aux chutes au niveau des unités de soins (cf. tableau 54 en annexe). Dans l'ensemble, les indicateurs liés à la disponibilité du matériel pour la prévention des chutes, la documentation des mesures dans le dossier de soins ainsi que la transmission d'informations standardisées lors de transfert étaient les plus fréquents. Les plus rares étaient les brochures d'information sur le thème des chutes.

D'un point de vue global, la disponibilité de certains indicateurs au niveau des unités de soins (notamment : le matériel pour la prévention des chutes toujours à disposition et le matériel pour la prévention des blessures toujours à disposition) s'est améliorée par rapport à l'année précédente. Mais il ne s'agit que de décalages de l'ordre de 0,4 à 2,8 %. Quant aux indicateurs Application du standard vérifié systématiquement, Colloques pluridisciplinaires et Brochure d'information concernant la prévention des chutes, on note un recul de 1,0 à 2,5%.

La disponibilité pour certains indicateurs au niveau des hôpitaux (contrairement à celle au niveau des unités de soins) s'est globalement détériorée avec des décalages entre 0,2 et 3,7 %. En revanche, les

chiffres pour les indicateurs Saisie (dé)centralisée des événements de chute ainsi que Brochure d'information se sont améliorés au niveau des hôpitaux.

3.5. Résultats ajustés au risque

Les résultats ajustés au risque pour les trois indicateurs Escarres nosocomiales de catégorie 1 – 4, Escarres nosocomiales de catégorie 2 – 4 ainsi que Chutes à l'hôpital sont rapportés ci-dessous. Dans le détail, il s'agit des résultats des modèles logistiques 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 tableau en annexe (cf. tableau 55). De plus, les variables des différents modèles et leurs rapports de cotes (résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % de tous les hôpitaux individuels et sites hospitaliers participants, voir aussi l'exemple de lecture à la page 55) y figurent.

3.5.1. Escarres - acquises à l'hôpital

Ce paragraphe présente les résultats ajustés aux risques pour les escarres de catégorie 1 – 4 contractées à l'hôpital. Selon le modèle de sélection, les variables relatives aux patient-e-s retenues pour le modèle hiérarchique sont les suivantes (cf. tableau 22) :

Tableau 22 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives - escarres nosocomiales toutes catégories (1 – 4) confondues

	OR	Ecart type	Valeur p	OR - intervalle de confiance à 95%	
Jusqu'à 54 ans	Référence				
55-74 ans	1.39	0.23	0.048	1.00	1.93
75 ans et plus	2.00	0.33	0.000	1.44	2.79
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 0-7 jours	Référence				
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 8-28 jours	1.59	0.16	0.000	1.30	1.94
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 29 jours et plus	3.11	0.45	0.000	2.33	4.15
EDS Indépendance complète	Référence				
EDS Indépendance prépondérante	1.19	0.19	0.291	0.86	1.64
EDS Dépendance partielle	1.81	0.31	0.001	1.29	2.54
EDS Dépendance prépondérante	3.41	0.63	0.000	2.37	4.91
EDS Dépendance complète	4.75	1.01	0.000	3.12	7.23
Score de Braden ≤20 (1/0)	2.96	0.47	0.000	2.16	4.03
Maladies infectieuses et parasitaires (1/0)	1.62	0.21	0.000	1.26	2.09
Tumeurs (1/0)	1.70	0.18	0.000	1.37	2.12
Troubles mentaux et du comportement (1/0)	1.92	0.71	0.077	0.93	3.97
Maladies du système nerveux (1/0)	1.20	0.16	0.154	0.93	1.56
Maladies de l'appareil respiratoire (1/0)	1.39	0.15	0.003	1.12	0.75
Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif (1/0)	1.42	0.21	0.001	1.16	1.75
Causes externes de morbidité (1/0)	1.33	0.21	0.078	0.97	1.83
Nombre de diagnostics = 1	Référence				
Nombre de diagnostics = 2-3	0.89	0.13	0.436	0.66	1.19
Nombre de diagnostics = 4-5	0.72	0.12	0.056	0.51	1.00
Nombre de diagnostics = 6 et plus	0.62	0.12	0.023	0.41	0.93
Besoin d'aide pour les tâches ménagères (HDL)	1.86	0.32	0.000	1.32	2.61
Intervention chirurgicale (1/0)	1.40	0.14	0.001	1.15	1.12
Interaction Troubles mentaux et du comportement - type d'hôpital	0.77	0.06	0.117	0.55	1.06

La principale valeur est le rapport des cotes en lien avec la valeur p du test de signification et avec les intervalles de confiance du rapport des cotes. Comme on pouvait s'y attendre, un score de Braden bas (risque élevé) constitue une variable prédictive pertinente. 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 près de trois fois plus élevé que ceux ayant plus de 20. L'échelle de dépendance aux soins montre une croissance presque linéaire du risque d'escarre avec l'augmentation de la dépendance. Comparé à l'indépendance complète, le degré « dépendance partielle » est déjà lié à un risque augmenté de 80 %, et pour la dépendance complète, ce risque est multiplié par un coefficient supérieur à 4,7.

Un autre indicateur pertinent est la durée de l'hospitalisation. Le risque de contracter une escarre augmente également parallèlement à la durée d'hospitalisation. Les patient-e-s hospitalisé-e-s depuis plus de 28 jours présentent un risque d'escarres trois fois plus élevé que ceux dont l'hospitalisation est inférieure à 7 jours. Un autre indicateur encore, toujours lié à l'hospitalisation, est celui d'une opération. Ce dernier augmente le risque d'escarre de 40 %.

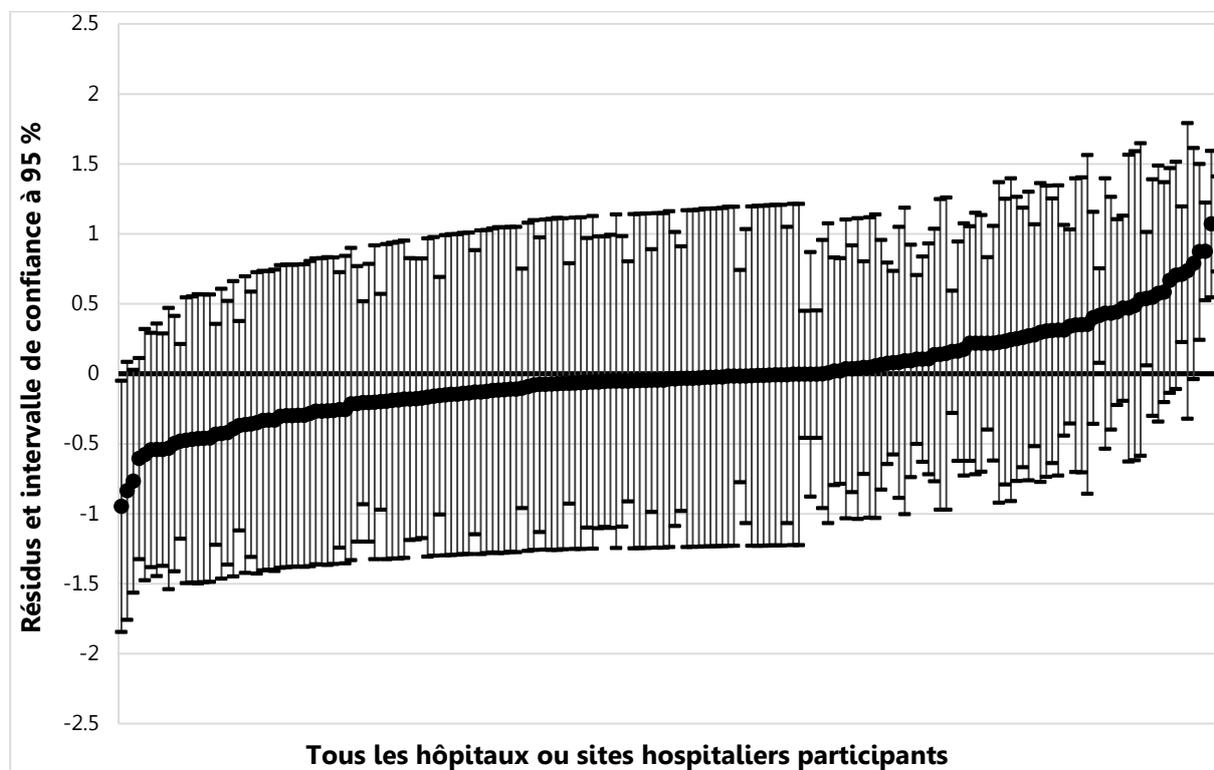
Une autre variable prédictive indépendante est l'âge. A partir d'un âge de 75 ans, le risque d'escarre double comparé à celui des personnes de moins de 55 ans. L'âge entraîne fréquemment des limitations des fonctions de la vie courante. Une personne dépendante d'une aide dans la vie courante aura aussi dans nos données un risque d'escarre augmenté d'une valeur proche de 90 %.

Divers diagnostics médicaux augmentent également, sans interdépendance, le risque d'escarre ; on notera ici surtout comme pertinentes les tumeurs, maladies infectieuses, de l'appareil respiratoire ou ostéo-articulaires. D'autres diagnostics médicaux (troubles mentaux, maladies du système nerveux) ont certes été intégrés au modèle, mais ne s'avèrent pas des variables prédictives significatives dans ce contexte.

Il est intéressant de noter que le risque d'escarre diminue avec le nombre de maladies diagnostiquées. Par rapport aux patient-e-s avec un seul diagnostic, les patient-e-s présentant 6 diagnostics ou plus présentent un risque d'escarre réduit de 38 %.

Compte tenu de ces variables de risque, l'évaluation des résidus des escarres toutes catégories (1 – 4) donne pour l'ensemble des hôpitaux les résultats suivants (cf. figure 6). L'axe X des graphiques suivants représente chaque hôpital ou site hospitalier, tandis que l'axe Y représente les résidus correspondants et l'intervalle de confiance à 95 %.

Figure 6 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 – 4) confondues



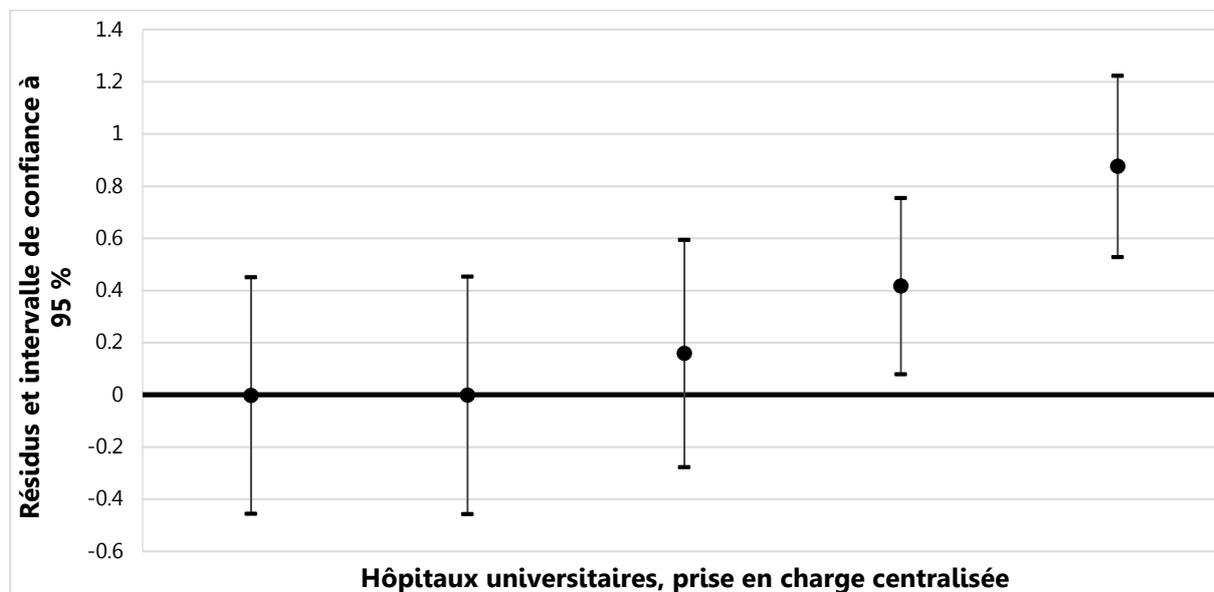
La référence est l'ensemble des hôpitaux participants. Par conséquent, comme la structure des risques se base sur un grand échantillon, les résultats sont statistiquement très significatifs.

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 résultats au risque dans l'hôpital concerné. Les chiffres situés dans la zone négative indiquent une fréquence des escarres plus faible que la moyenne. Ces résultats montrent que seuls neuf hôpitaux affichent un écart significatif sur le plan statistique par rapport à l'ensemble des hôpitaux suisses, de par le fait que leurs intervalles de confiance ne coupent pas la ligne du zéro, dont huit avec une fréquence d'escarres plus élevée. 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 beaucoup d'hôpitaux, 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.

Comment lire ce graphique correctement (exemple de lecture) ? Si l'on observe les points de données dans la marge de droite, huit hôpitaux affichent des points de données (résidus) au-dessus de la ligne du zéro. La différence par rapport à d'autres hôpitaux consiste en l'absence de coupure de la ligne du zéro par les intervalles de confiance de ces huit hôpitaux. Bien que de nombreux hôpitaux enregistrent des escarres plus fréquentes que la moyenne de tous les hôpitaux, le constat n'est statistiquement significatif que pour les 8 hôpitaux dont l'intervalle de confiance global est situé au-dessus de la ligne du zéro. Pour les autres hôpitaux, 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 6, réparties par type d'hôpital. Les hôpitaux universitaires sont représentés en premier dans la figure 7. Il est important de noter que la référence ne se limite pas aux hôpitaux universitaires.

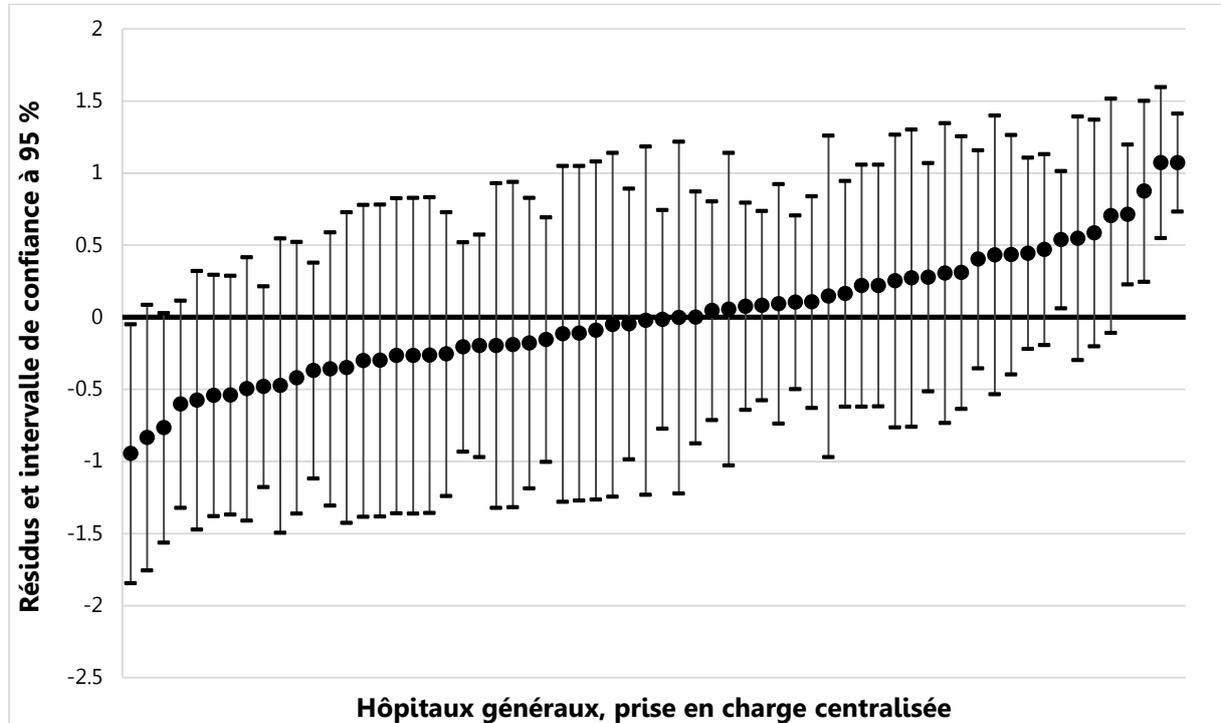
Figure 7 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux universitaires, prise en charge centralisée – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 – 4) confondues



On constate ici que deux des hôpitaux « négatifs » au sens clinique sont des hôpitaux universitaires. Ces hôpitaux s'écartent significativement de la plupart des autres hôpitaux participants.

Ils sont représentés en comparaison des hôpitaux de prise en charge centralisée-hôpitaux de soins généraux dans la figure 8.

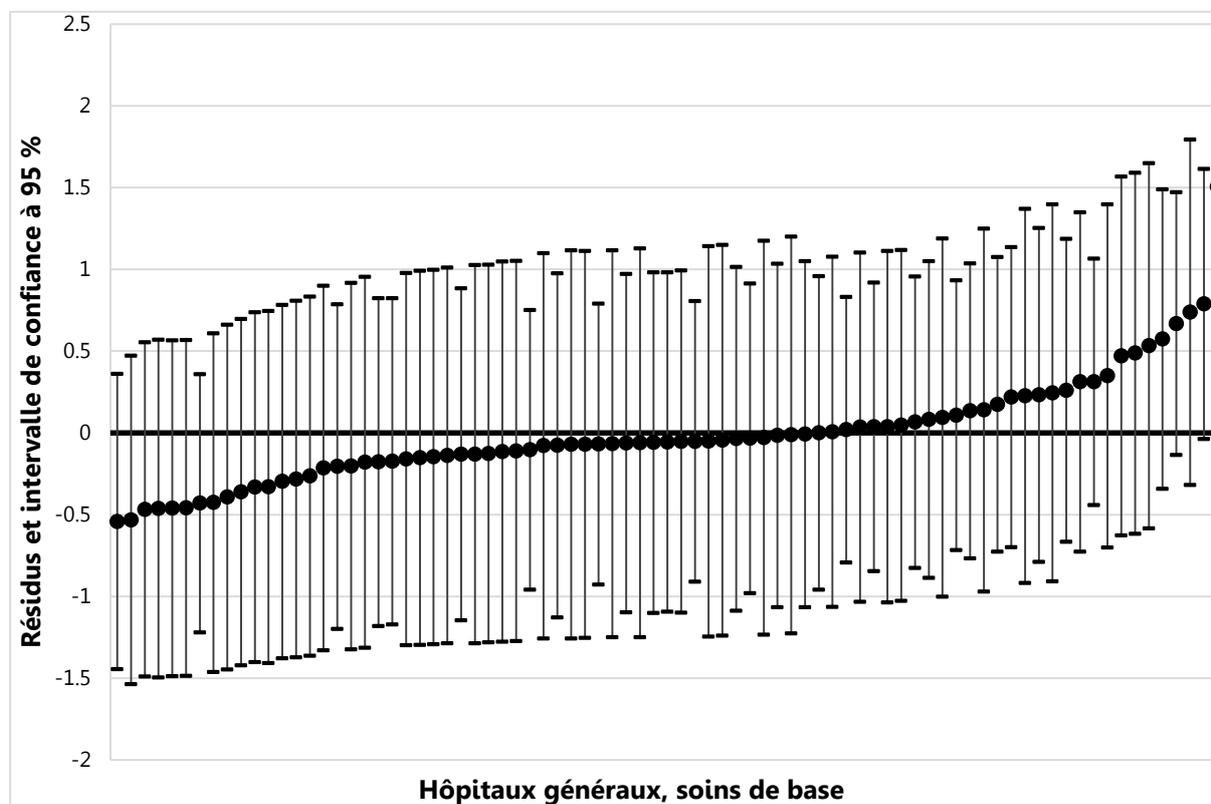
Figure 8 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, prise en charge centralisée – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 – 4) confondues



Pour les hôpitaux de prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux, cinq hôpitaux s'écartent « négativement » et un « positivement » au sens clinique de l'ensemble des hôpitaux.

Les hôpitaux de soins de base sont représentés dans la figure 9.

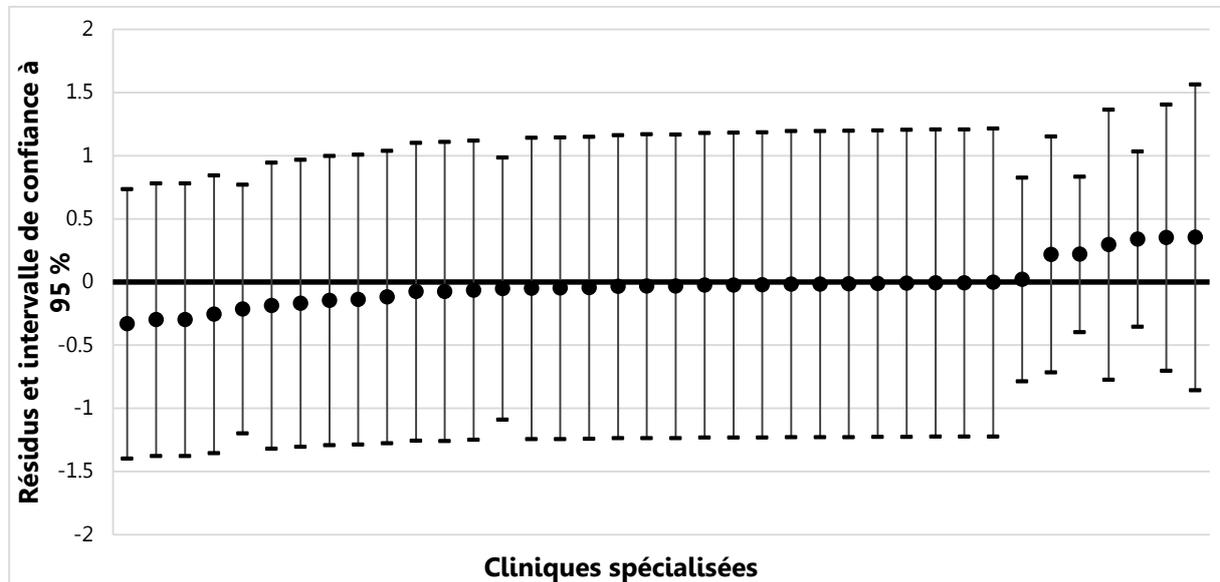
Figure 9 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, soins de base – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 – 4) confondues



Un hôpital de soins de base présente un écart significatif par rapport à l'ensemble.

Pour finir, les cliniques spécialisées sont comparées dans la figure 10.

Figure 10 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, cliniques spécialisées – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 – 4) confondues



Aucune clinique spécialisée ne s'écarte significativement de l'ensemble des hôpitaux. Les intervalles de confiance représentés montrent cependant que le nombre de cas pris en compte est très petit.

3.5.2. Escarres - acquises à l'hôpital, de catégorie 2 – 4

Comme décrit ci-dessus, le diagnostic explicite de l'escarre de catégorie 1 est difficile. Une bonne prévention permet pourtant largement d'éviter des lésions cutanées. C'est pourquoi les escarres de catégorie 2 – 4 contractées à l'hôpital font l'objet d'une analyse distincte.

Selon le modèle de sélection, les variables retenues pour le modèle hiérarchique sont les suivantes (cf. tableau 23) :

Tableau 23 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives – escarres nosocomiales catégorie 2 – 4

	OR	Ecart type	Valeur p	OR - intervalle de confiance à 95 %	
Jusqu'à 54 ans	Référence				
55-74 ans	1.46	0.36	0.136	0.89	2.39
75 ans et plus	2.04	0.52	0.005	1.23	3.37
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 0-7 jours	Référence				
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 8-28 jours.	2.16	0.34	0.000	1.59	2.94
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 29 jours et plus	5.05	1.04	0.000	3.36	7.56
EDS Indépendance complète	Référence				
EDS Indépendance prépondérante	1.12	0.42	0.673	0.66	2.33
EDS Dépendance partielle	1.45	0.40	0.176	0.84	2.49
EDS Dépendance prépondérante	3.86	1.08	0.000	2.32	6.67
EDS Dépendance complète	7.07	2.12	0.000	3.92	12.74
Score de Braden ≤ 20 (1/0)	2.67	0.66	0.000	1.64	4.36
Intervention chirurgicale (1/0)	1.99	0.66	0.000	1.64	2.65
Maladies infectieuses et parasitaires (1/0)	1.60	0.30	0.013	1.10	2.33
Tumeurs (1/0)	1.71	0.29	0.001	1.23	2.39
Maladies endocriniennes (1/0)	1.44	0.24	0.033	1.03	2.02
Maladie du sang et des organes hématopoïétiques (1/0)	1.52	0.28	0.024	1.05	2.19
Troubles mentaux et du comportement (1/0)	1.42	0.28	0.075	0.96	2.08
Maladies du système nerveux (1/0)	1.37	0.26	0.094	0.94	2.60
Maladies de l'appareil circulatoire (1/0)	1.45	0.25	0.032	1.03	2.04
Maladies de l'appareil respiratoire (1/0)	1.77	0.29	0.001	1.28	2.46
Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif (1/0)	1.53	0.23	0.006	1.13	2.07
Congénitales et anomalies chromosomiques (1/0)	5.02	2.56	0.002	1.84	13.67
Causes externes de morbidité (1/0)	1.59	0.37	0.051	0.99	2.52
Nombre de diagnostics = 1	Référence				
Nombre de diagnostics = 2-3	0.58	0.13	0.021	0.36	0.92
Nombre de diagnostics = 4-5	0.35	0.10	0.001	0.19	0.64
Nombre de diagnostics = 6 et plus	0.23	0.09	0.000	0.10	0.50
Besoin d'aide pour les tâches ménagères (HDL)	1.55	0.40	0.000	0.92	2.60

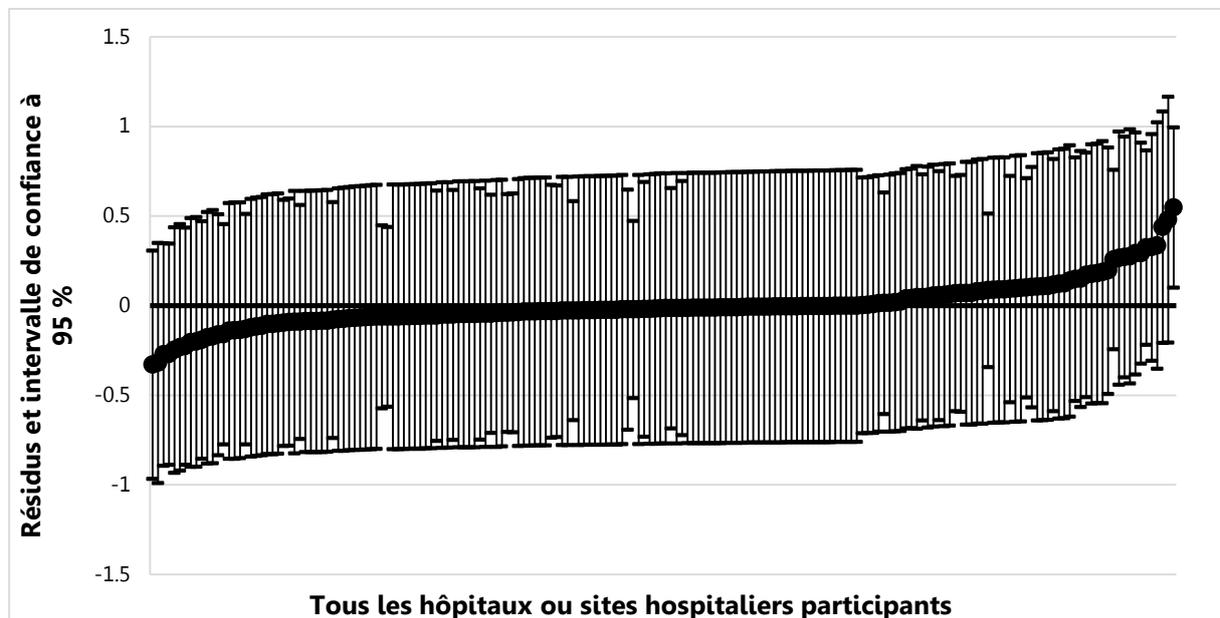
OR : odds-ratios ; valeur p : résultat du test de signification ; EDS : échelle de dépendance aux soins

Les facteurs de risques relatifs aux patient-e-s pour les catégories 2 – 4 correspondent pour l'essentiel à ceux des catégories 1 – 4. La durée de l'hospitalisation y est toutefois plus pertinente qu'en cas d'inclusion de la catégorie 1. Ceci signifie qu'avec l'augmentation de la durée d'hospitalisation, le risque d'escarre dans les catégories plus graves augmente aussi. La dépendance aux soins est aussi plus pertinente qu'en cas d'inclusion de la catégorie 1.

L'éventail des diagnostics pour un risque d'escarre de catégorie 2 – 4 s'est légèrement enrichi. Une fois de plus, il est intéressant de noter que le risque d'escarre diminue avec l'augmentation du nombre de diagnostics.

Compte tenu de ces variables, les résultats ajustés au risque pour les escarres acquises à l'hôpital de catégorie 2 – 4 sont les suivants : (cf. figure 11).

Figure 11 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants – escarres nosocomiales catégorie 2 – 4



L'évaluation de l'ensemble des hôpitaux montre qu'un hôpital s'écarte significativement de la moyenne. Là aussi, l'homogénéité est importante.

Cette homogénéité s'explique toutefois aussi par les nombres de cas encore plus faibles par rapport à la section 3.5.1. Comme précédemment, les différentes comparaisons par type d'hôpital sont détaillées ci-après. L'hôpital qui s'écarte de la moyenne est un hôpital universitaire. Comme il ne s'agit que d'un seul hôpital présentant un écart, les analyses par type d'hôpital sont présentées sans commentaire dans les figures 12 – 15 ci-après.

Figure 12 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux universitaires, prise en charge centralisée – escarres nosocomiales catégorie 2 – 4

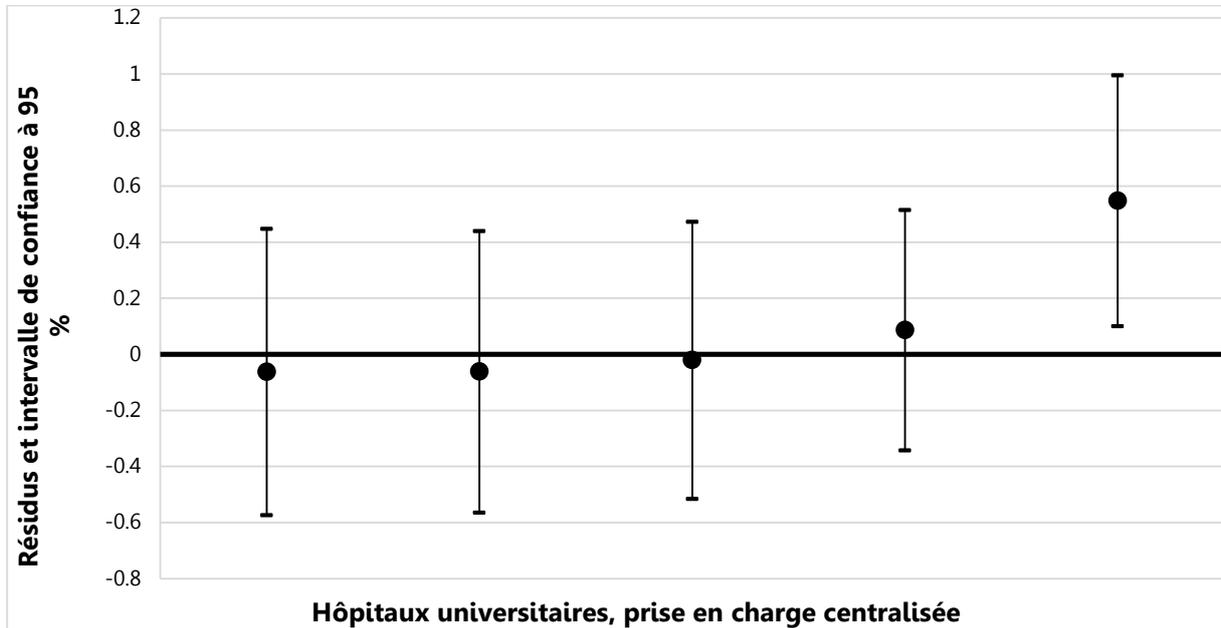


Figure 13 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux généraux, prise en charge centralisée – escarres nosocomiales catégorie 2 – 4

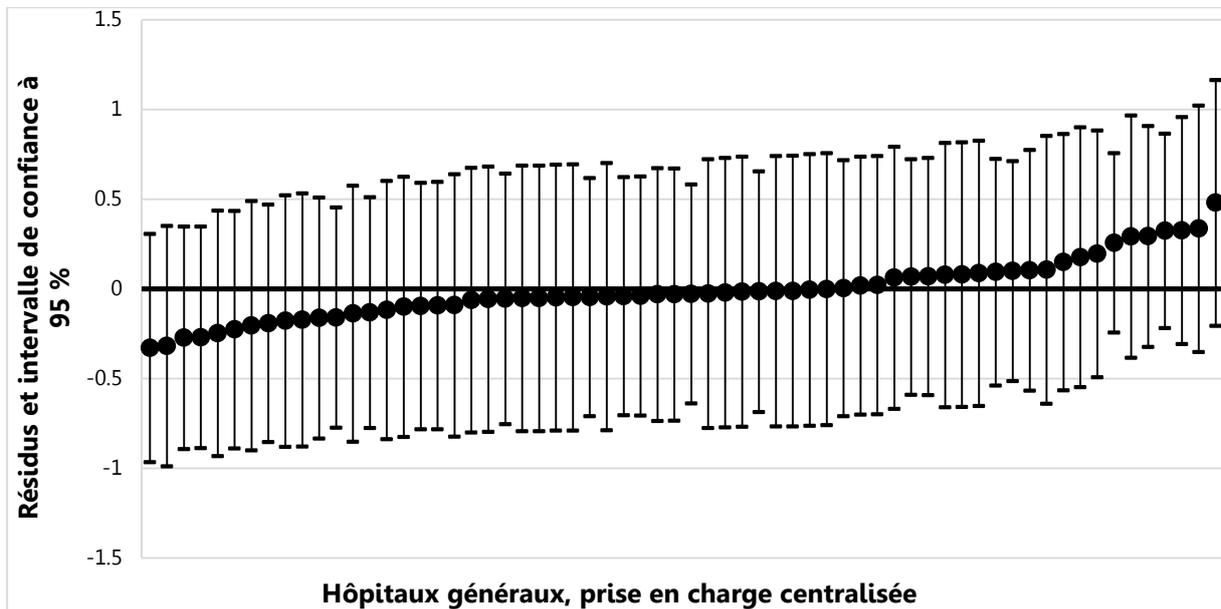


Figure 14 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux généraux, soins de base – escarres nosocomiales catégorie 2 – 4

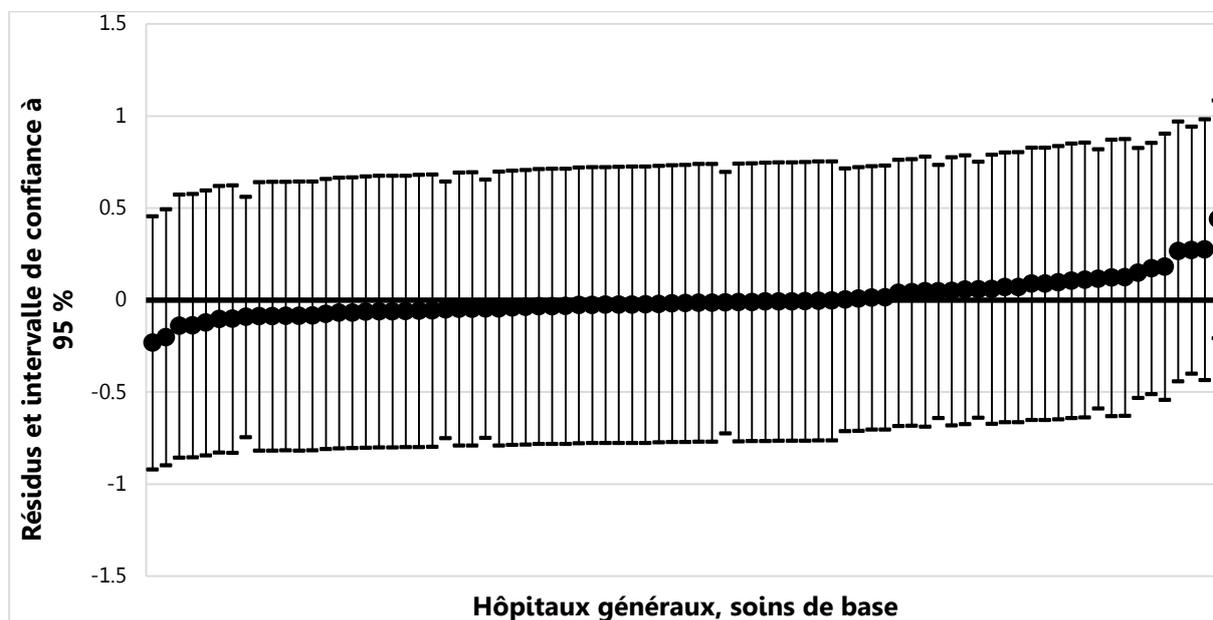
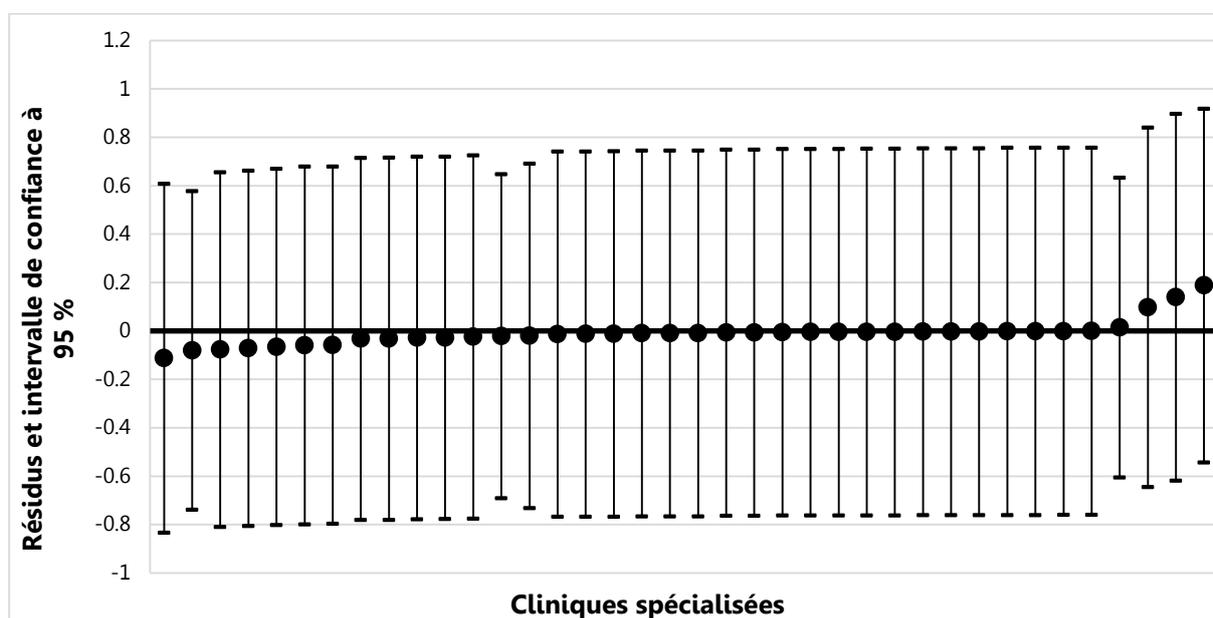


Figure 15 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – cliniques spécialisées – escarres nosocomiales catégorie 2 – 4



3.5.3. Chutes à l'hôpital

Selon le modèle de sélection, les variables retenues pour le modèle hiérarchique sont les suivantes (cf. tableau 24) :

Tableau 24 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives – chutes à l'hôpital

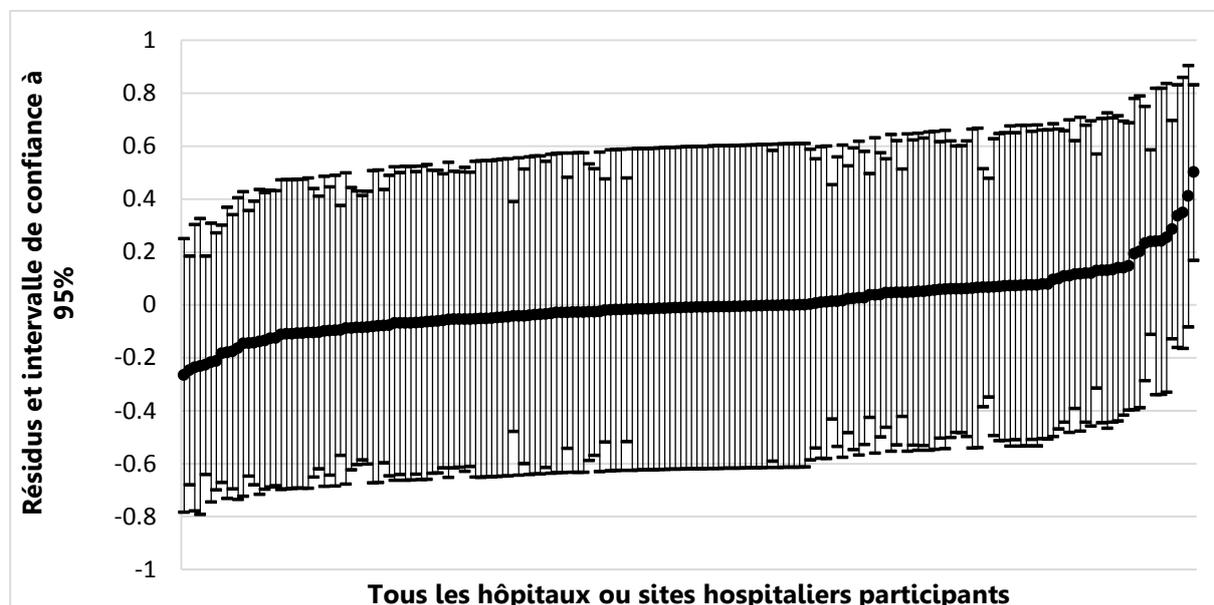
	OR	Ecart type	Valeur p	OR - intervalle de confiance à 95 %	
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 0-7 jours	Référence				
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 8-28 jours.	3.58	0.41	0.000	2.86	4.48
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 29 jours et plus	5.23	0.84	0.000	3.80	7.18
EDS Indépendance complète	Référence				
EDSI indépendance prépondérante	2.68	0.48	0.000	1.88	3.83
EDS dépendance partielle	3.49	0.72	0.000	2.32	5.25
EDS dépendance prépondérante	4.80	1.20	0.000	2.93	7.84
EDS dépendance complète	1.78	0.64	0.111	0.87	3.63
Intervention chirurgicale (1/0)	0.43	0.05	0.000	0.34	0.55
Tumeurs (1/0)	1.46	0.17	0.001	1.17	1.84
Démence (1/0)	2.97	1.19	0.007	1.35	6.55
Troubles mentaux et du comportement (1/0)	1.82	0.63	0.086	0.91	3.61
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métab. (1/0)	1.31	0.15	0.022	1.04	1.66
Maladies du système nerveux (1/0)	1.51	0.19	0.002	1.16	1.92
Lésions médullaires/paraplégie (1/0)	1.75	0.69	0.158	0.80	3.82
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (1/0)	1.29	0.22	0.140	0.91	1.82
Overdoses, abus/dépendance de/aux psychotropes (1/0)	1.38	0.27	0.108	0.93	2.05
Causes externes de morbidité (1/0)	0.44	0.23	0.126	0.16	1.25
Nombre de diagnostics = 1	Référence				
Nombre de diagnostics = 2-3	0.70	0.19	0.039	0.51	0.98
Nombre de diagnostics = 4-5	0.89	0.15	0.519	0.63	1.26
Nombre de diagnostics = 6 et plus	0.75	0.16	0.187	0.50	1.14
Besoin d'aide pour les tâches ménagères (1/0) (HDL)	1.99	0.36	0.000	1.39	2.84
Interaction type d'hôpital – EDS	1.02	0.23	0.311	0.97	1.07
Interaction type d'hôpital – diagnose démence	0.83	0.13	0.230	0.60	1.12
Interaction type d'hôpital – diagnose troubles mentaux et du comportement	1.00	.014	0.994	0.75	1.33

OR : odds-ratios ; valeur p : résultat du test de signification ; EDS : échelle de dépendance aux soins

La valeur déterminante est à nouveau le rapport des cotes en lien avec la valeur p significative au niveau 5 % et son intervalle de confiance à 95 %. Pour le formuler plus simplement : la durée de l'hospitalisation et la dépendance aux soins revêtent une importance particulière. Cependant, contrairement aux escarres, il n'y a pas d'augmentation linéaire avec l'augmentation de la dépendance aux soins. La présence des diagnostics médicaux cités augmente le risque de chute de manière indépendante. Les tumeurs, mais aussi la démence et les maladies du système nerveux s'y distinguent particulièrement comme facteur de risque. Une intervention chirurgicale fait par contre office de « facteur protecteur », car elle réduit le risque de plus de la moitié.

Compte tenu des variables influençant le risque de chute indiquées ci-dessus, les « effets » statistiques de chaque hôpital ou site hospitalier sont présentés comme suit dans la figure 16.

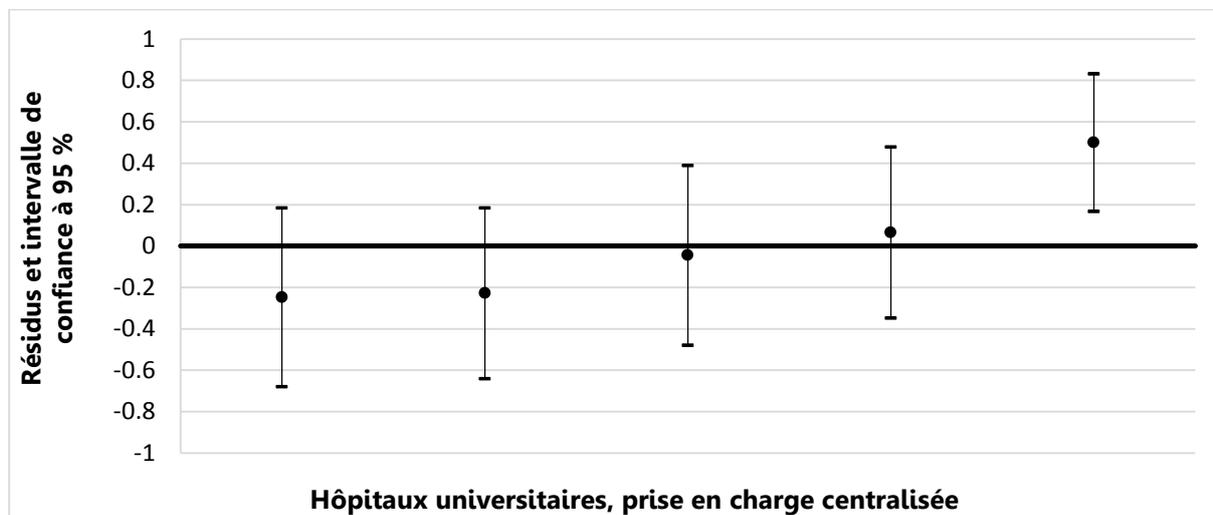
Figure 16 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants - chutes à l'hôpital



On constate (cf. également l'exemple de lecture à la page 55) qu'un hôpital s'écarte significativement (au sens « négatif » du point de vue clinique) de la moyenne, du fait que l'intervalle de confiance ne coupe pas la ligne du zéro. Par ailleurs, on note ici aussi une grande homogénéité des hôpitaux ou sites hospitaliers.

Les figures 17 – 20 ci-après permettent de faire des comparaisons en fonction des différents types d'hôpitaux.

Figure 17 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux universitaires, prise en charge centralisée – chutes à l'hôpital



En ce qui concerne les hôpitaux de soins généraux, prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires, il ne se trouve qu'un seul hôpital qui se distingue « négativement » au sens clinique de la moyenne des hôpitaux suisses. Les résultats des autres types d'hôpitaux ne seront pas davantage commentés puisqu'ils ne présentent pas d'éléments particuliers.

Figure 18 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, prise en charge centralisée – chutes à l'hôpital

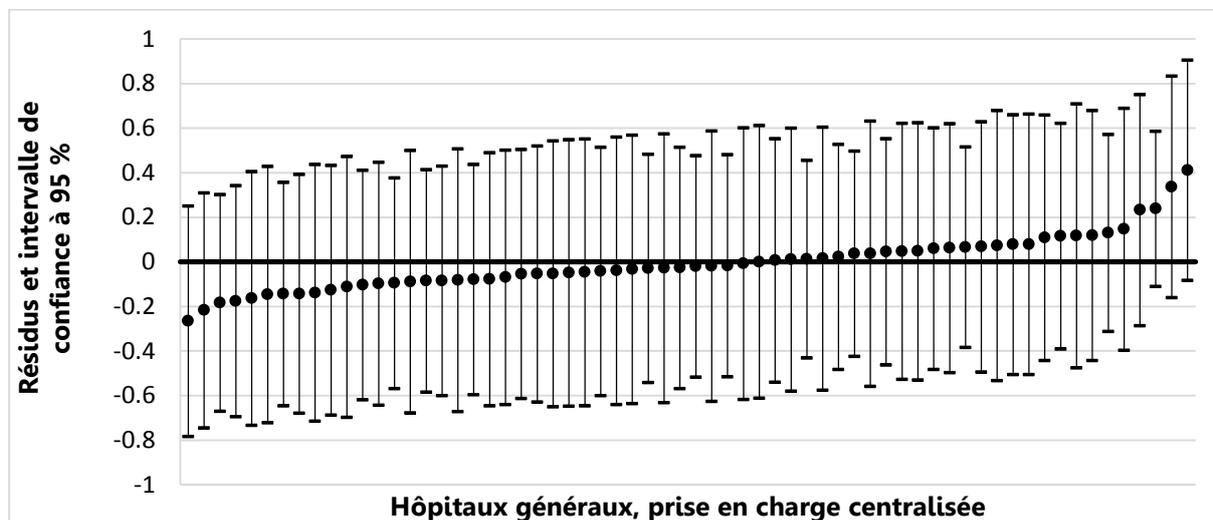


Figure 19 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, soins de base – chutes à l'hôpital

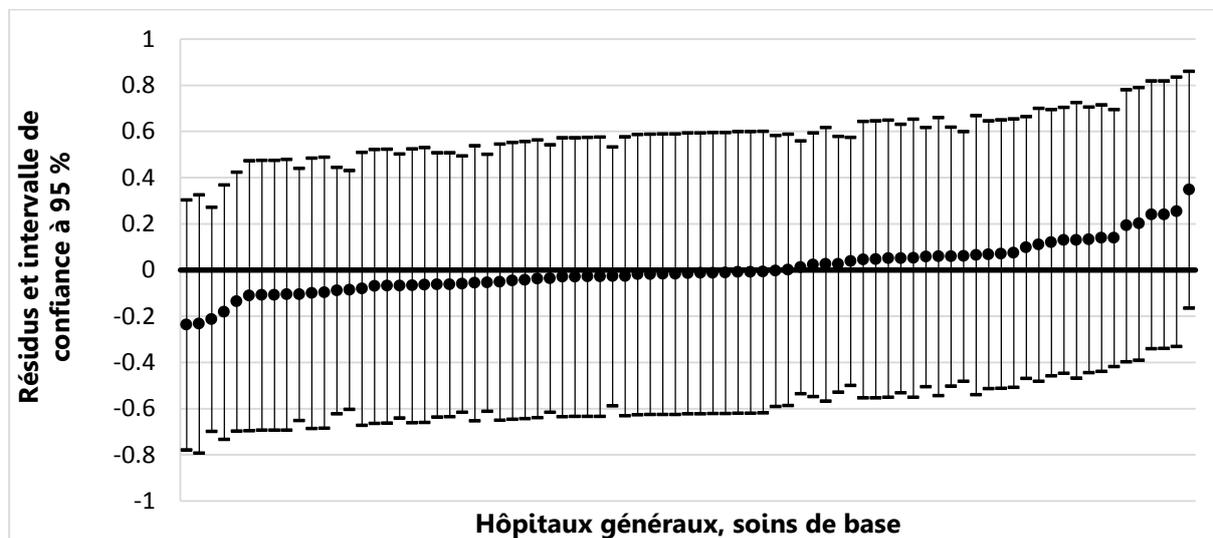
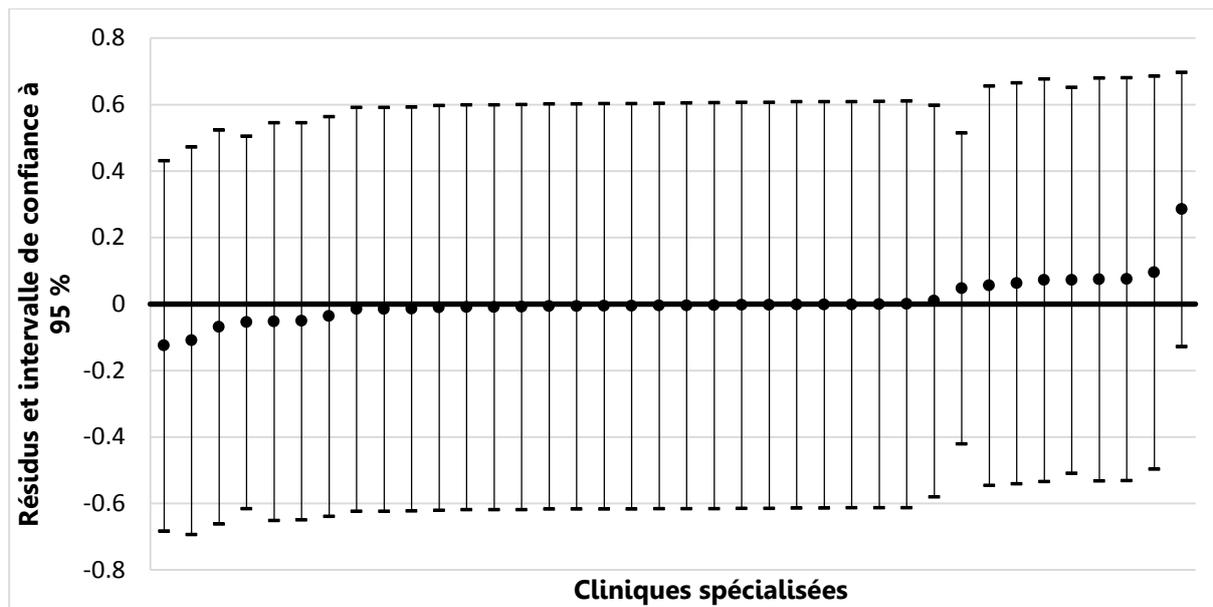


Figure 20 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, cliniques spécialisées – chutes à l'hôpital



4. Discussion

Avec les présents résultats de la mesure nationale 2014 de la prévalence des chutes et escarres, c'est la quatrième fois que sont présentées des données au niveau national sur la prévalence des indicateurs sensibles relatifs aux soins « Chutes » et « Escarres ». Les résultats présentés par type d'hôpital permettent aux responsables des hôpitaux de comparer les résultats de leur établissement par rapport aux résultats d'autres hôpitaux du même type. La comparaison doit permettre d'évaluer les structures, processus et résultats internes des établissements qui sont orientés sur les indicateurs et de montrer un potentiel d'optimisation. Le but visé est la création de bases pour améliorer les résultats et la qualité des soins (Amlung, Miller, & Bosley, 2001; Lovaglio, 2012; Stotts, Brown, Donaldson, Aydin, & Fridman, 2013).

4.1. Participants

Tout comme l'année précédente, 133 hôpitaux individuels et sites hospitaliers suisses (répartis sur 189 sites) ont récolté des données lors de la quatrième mesure nationale de la prévalence 2014 (participants 2013 : 133 établissements, répartis sur 187 sites). Cela correspond à environ 86,7 % des hôpitaux de soins aigus de Suisse ou 88,3 % des hôpitaux rattachés au contrat de qualité national de l'ANQ.

Des hôpitaux de tous les cantons ont participé à la mesure. Le jour de la mesure, 17'550 patient-e-s âgé-e-s d'au moins 18 ans étaient hospitalisé-e-s dans ces hôpitaux ; 13'317 personnes (taux de participation = 75,9 %) ont participé à la mesure. On peut donc partir du principe que les unités de soins participantes sont représentatives des hôpitaux de soins aigus de la Suisse. L'engagement à réaliser la mesure à travers un contrat de qualité national a contribué à cette forte participation souhaitée.

Le taux de participation à la mesure a pu être légèrement augmenté (de 2,1 %) par rapport à l'année précédente. On peut supposer que les réunions de formation pour les coordinatrices et coordinateurs des hôpitaux insistant sur les modalités de la déclaration de consentement ont contribué à cette légère hausse. Malheureusement, cette participation reste toujours inférieure au taux visé de 80 % pour améliorer encore la qualité des résultats de la mesure.

Aux Pays-Bas, le taux de participation aux trois dernières mesures (avec consentement oral) se situe en moyenne à 98,7 % (Halfens et al., 2014; Halfens et al., 2012; Halfens et al., 2013) et dépasse nettement la participation des patient-e-s en Suisse. Lors des trois dernières mesures en Autriche qui exigeaient un consentement écrit, le taux de participation se situait à 75,5 % en moyenne, et est donc analogue à celui en Suisse (Lohrman, 2012, 2013, 2014). Il faut cependant noter que, comparé à la Suisse, un plus petit nombre d'hôpitaux a participé volontairement à la mesure en Autriche (en moyenne 44 hôpitaux) et aux Pays-Bas (en moyenne 27 hôpitaux) par rapport à la population totale de ces pays.

Les facteurs influençant la participation à la mesure ne sont toujours pas bien connus. L'analyse des patient-e-s non-participant-e-s effectuée par la BFH n'a apporté que peu d'éléments nouveaux en comparant les participant-e-s et non-participant-e-s. Contrairement à l'année de mesure 2013, où les taux élevés de refus émanaient principalement des unités de soins Gériatrie aiguë, Soins continus/soins continus de la chirurgie cardiaque et Réadaptation, en 2014 ce sont principalement les unités de soins chirurgicale et non chirurgicale qui sont concernées par les refus. L'enquête de la BFH a seulement permis de connaître le motif exact du refus pour 9,5 % des non-participant-e-s. Le principal motif du refus qui y était cité était un problème de langue, un point éventuellement à considérer pour les prochaines mesures.

Les données sociodémographiques des patient-e-s participant-e-s correspondent à la population des patient-e-s hospitalisé-e-s dans les hôpitaux suisses. En ce qui concerne la durée de l'hospitalisation, il faut noter que les données de la mesure ne concernent que la durée jusqu'au jour de la mesure et non la durée totale de l'hospitalisation. La durée d'hospitalisation moyenne dans la mesure 2014 s'approche, avec 8,5 jours (2013 : 8,6 jours) de la moyenne suisse de 9,4 jours selon les statistiques des hôpitaux de 2013 (Office fédéral de la statistique [OFS], 2015a). Une durée supérieure n'a été notée que pour un faible nombre de patient-e-s.

Dans cette mesure, les diagnostics médicaux les plus fréquents sont les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies ostéo-articulaires, des muscles et tissu conjonctif, les maladies de l'appareil génito-urinaire, les maladies de l'appareil digestif, les maladies de l'appareil respiratoire ainsi que des maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques. Dans les statistiques médicales des hôpitaux de 2013 (Office fédéral de la statistique [OFS], 2015b), les groupes de diagnostic Maladies ostéo-articulaires, des muscles et tissu conjonctif, Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, Maladies de l'appareil circulatoire, Maladies du système digestif ainsi que les néoformations (= tumeurs) étaient placés en tête. Les données de la mesure 2014 concordent sur certains points, mais pas sur tous avec ces statistiques.

Un petit quart des participant-e-s est au moins partiellement dépendant aux soins. Ces indications relatives à la dépendance aux soins sont comparables aux mesures LPZ aux Pays-Bas et en Autriche. Les valeurs enregistrées pour les trois dernières années correspondent à une moyenne de 22,3 % (PB) resp. 17,0 % (AUT) de patient-e-s dépendant-e-s aux soins.

4.2. Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital :

4.2.1. Caractéristiques des patient-e-s souffrant d'escarres nosocomiales

Dans l'analyse descriptive, les patient-e-s souffrant d'escarres nosocomiales sont en moyenne un peu plus souvent de sexe féminin (51,7 % contre 50,9 % dans l'échantillon global) et ont environ 9 ans de plus que l'échantillon global. Parmi ces patient-e-s, environ 35,1 % ont été opéré-e-s dans les deux dernières semaines, c'est-à-dire 6,4 % de moins que l'échantillon global.

En comparant les diagnostics médicaux des patient-e-s participant-e-s hospitalisé-e-s en général avec les patient-e-s souffrant d'escarres nosocomiales, il ressort que ces derniers/dernières présentent beaucoup plus de diagnostics médicaux (nombre moyen 4,2) que l'échantillon global (nombre moyen de diagnostics médicaux 3,0). Ainsi par exemple, la part de patient-e-s souffrant de maladies de l'appareil circulatoire (13,4 %), de maladies infectieuses et parasitaires (11,6 %), de maladies ostéo-articulaires, muscles et tissu conjonctif (7,0 %), de diabète mellitus (3,9 %) et de maladies endocriniennes, nutritionnelles, métaboliques (8,8 %) est plus élevée. Il en est de même pour la dépendance aux soins. Parmi les patient-e-s souffrant d'escarres nosocomiales de catégorie 2 – 4, le nombre de personnes entièrement dépendantes aux soins est nettement plus élevé (18,4 % par rapport à 2,4 %) et 20,9 % des personnes concernées sont considérées comme au moins partiellement dépendantes aux soins. Cela constitue une différence importante avec l'échantillon global, dans lequel cette part est de 14,4 %.

Dans l'analyse multivariée, l'influence de l'âge sur le risque d'escarre s'est confirmée dans les deux analyses, aussi bien pour les catégories 1 – 4 que pour les catégories 2 – 4. Ces résultats sont en accord avec la recherche internationale sur les facteurs de risques pour les escarres survenues à l'hôpital (Fogerty et al., 2008; Wann-Hanson, Hagell, & Willman, 2008). Il semblerait que, pour les escarres à

partir de la catégorie 2, la trajectoire de la maladie en tant que telle (durée d'hospitalisation, dépendance aux soins, etc.) dépasse les autres facteurs de risque. Ces deux variables sont nettement plus prononcées lorsque l'on analyse uniquement les formes sévères d'escarre.

Comme déjà évoqué dans la discussion de l'analyse descriptive, la dépendance aux soins est particulièrement remarquable pour les deux analyses multivariées des escarres. Le risque augmente de façon linéaire avec l'augmentation de la dépendance aux soins. Même si cela était prévisible du point de vue des soins cliniques, ce résultat n'était pas encore publié dans la littérature jusqu'au présent. L'interprétation des données de l'année 2014 confirme les résultats de l'année précédente. L'augmentation du risque est prévisible en raison de l'immobilité accrue, du besoin d'aide croissant dans les ADL, ainsi que de l'état général souvent moins bon, allant de pair avec une augmentation de la dépendance aux soins. La valeur prédictive de l'EDS pour les escarres a déjà été étudiée et confirmée à plusieurs reprises (Mertens, Halfens, Dietz, Scheufele, & Dassen, 2008; Tannen et al., 2010).

Comparés à des risques relativement élevés liés à une dépendance aux soins, certains diagnostics tels que les tumeurs ou maladies infectieuses ont nettement moins d'incidence. Ce constat vaut également pour les deux analyses. Seules les maladies congénitales font exception pour les escarres de catégorie 2 – 4 avec un risque relativement élevé.

La recherche actuelle des facteurs de risque d'escarre va principalement dans la même direction. Sur la base des caractéristiques collectées spécifiquement pour les escarres ainsi que pour les analyses multivariées, la mobilité/l'activité réduite, et les problèmes d'irrigation sanguine en particulier, sont identifiés comme des facteurs pertinents en parallèle à l'état de santé général, à l'état de nutrition, ainsi que d'autres caractéristiques cutanées (Coleman et al., 2013). Les thèmes particuliers discutés sont également la charge mécanique sur la peau ainsi que la perception sensorielle réduite des patient-e-s à risque (Coleman, Nixon, et al., 2014). Le développement intéressant d'un nouveau cadre conceptuel pour l'évaluation des risques s'appuie sur une revue systématique de la littérature, suivie par une procédure menée par des experts (Coleman et al., 2013; Coleman, Nelson, et al., 2014), ainsi que sur une nouvelle approche en matière de dépistage et d'évaluation approfondie des risques qui en découlent (Coleman, Nixon, et al., 2014).

4.2.2. Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital :

Si l'on se réfère aux taux de prévalence, les résultats des hôpitaux sont répartis de manière relativement égale. Avec une prévalence nosocomiale de 4,3 %, les données de la Suisse dans la comparaison internationale (fourchette entre 5,0 % et 11,6 %) présentent aussi des valeurs plus faibles dans la mesure 2014. Concernant les taux de prévalence nosocomiale de catégorie 2 – 4, les soins intensifs présentent les prévalences d'escarres nosocomiales les plus élevées parmi tous les types d'unités de soins. Pour le domaine nosocomial de catégorie 2 – 4, la mesure nationale de la Suisse indique de nouveau, avec une valeur moyenne de 1,8 % pour tous les types d'hôpitaux, un taux inférieur aux valeurs communiquées dans les publications internationales, soit entre 3,1 % et 6,3 % (Vangeloooven, Richter, & Hahn, 2012). Une comparaison avec les trois dernières mesures LPZ aux Pays-Bas (Halfens et al., 2014; Halfens et al., 2012; Halfens et al., 2013) confirme cette affirmation (cf. tableau 25). La comparaison avec l'Autriche fait exception. Les taux de prévalence nosocomiale de catégorie 1 – 4 y sont nettement plus bas qu'en Suisse (Lohrman, 2012, 2013, 2014).

Tableau 25: comparaison des taux de prévalence des escarres entre la Suisse, les Pays-Bas et l'Autriche (médecine somatique aiguë)

Taux de prévalence	Suisse			Autriche			LPZ Pays-Bas		
	2014	2013	2012	2014	2013	2012	2014**	2013**	2012
Prévalence des escarres catégorie 1 – 4	7.2	7.6	6.9	3.0	3.2	2.9	9.6	8.7	10.2
Prévalence des escarres catégorie 2 – 4	3.7	3.8	3.3	1.9	2.2	1.7	4.7	4.7	7.7*
Prévalence nosocomiale des escarres catégorie 1 – 4	4.3	4.6	4.4	1.1*	0.9*	1.2*	6.6	5.0	9.8*
Prévalence nosocomiale des escarres catégorie 2 – 4	1.8	2.0	1.7	---	---	---	2.8	2.4	8.7*
Prévalence totale catégories 2 – 4 patient-e-s à risques	7.0	7.1	6.4	5.9	6.5	6.0	9.1	8.7	6.9*
Prévalence nosocomiale catégories 2 – 4 patient-e-s à risques	3.4	3.6	3.3	---	---	---	5.4	4.7	8.3*

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

**aucun hôpital universitaire (non-participation)

Concernant la prévalence des escarres de catégorie 2 – 4 chez les patient-e-s à risque (cf. tableau 25), les résultats de la prévalence globale dans les hôpitaux suisses (7,0 %), comparés à la prévalence indiquée dans les publications internationales (entre 6,1 % et 27,6 %), se trouvent dans la partie inférieure de la fourchette (Vangelooven et al., 2012). Comparé aux trois dernières mesures LPZ aux Pays-Bas et en Autriche, ce résultat est légèrement supérieur à celui de l'Autriche et un peu inférieur à celui des Pays-Bas. Les résultats des taux de prévalence nosocomiale de catégorie 2 – 4 pour les patient-e-s à risque dans les hôpitaux suisses (3,4 %) sont inférieurs aux résultats LPZ aux Pays-Bas (5,4 %).

Quant aux taux de prévalence nosocomiale de catégorie 2 – 4 au niveau des unités de soins (cf. tableau 11), le taux le plus élevé est relevé dans les unités de soins intensifs, avec un taux supérieur à l'année précédente dans les hôpitaux universitaires. Par rapport à l'année précédente, le taux de prévalence dans les unités de soins de type gériatrie aiguë a également doublé. Ceci pourrait s'expliquer par une plus grande participation à la mesure (plus de patient-e-s à risque et moins de personnes non-participantes) ou par le sous-groupe de taille plutôt réduite de personnes participantes dans ce type d'unité de soins. La littérature décrit aussi les soins intensifs comme présentant en général les taux d'escarres les plus élevés, la plupart du temps en raison de la part plus élevée de patient-e-s à risque (Vangelooven et al., 2012). Les comparaisons de données internationales relatives aux taux de prévalence dans les soins intensifs indiquent des taux de prévalence nosocomiale inférieurs à ceux de la Suisse (17,9 %). Dans une analyse allemande de données de routine (n = 246'162), la prévalence absolue se situe à 4,8 % (Eberlein-Gonska, Petzold, Helass, Albrecht, & Schmitt, 2013). Dans une enquête chinoise par échantillonnage transversal incluant un hôpital universitaire et 11 hôpitaux de soins généraux (n = 1'094), le taux de prévalence nosocomiale dans les soins intensifs s'élevait à 4,5 % (Jiang et al., 2014).

Avec une proportion 56,9 %, les escarres de catégorie 1 sont les plus représentées par rapport à la prévalence nosocomiale. En deuxième place se trouve la catégorie 2 avec 33,0 %. Ces résultats correspondent aux données des publications internationales (Defloor et al., 2008; Eberlein-Gonska et al., 2013; Gallagher et al., 2008). 10,1 % des escarres nosocomiales (15,2 % dans les hôpitaux universitaires) tombent dans les catégories 3 et 4. Des données comparatives pour hôpitaux universitaires se

trouvent dans une petite étude (population > 65 ans ; n = 209) où 10 % de la prévalence globale concernait les catégories 3 et 4 (Aygor et al., 2014).

Comme l'année précédente, le sacrum et le talon sont les localisations des escarres citées le plus fréquemment. Ces résultats correspondent aux données des publications internationales (Baath, Idvall, Gunningberg, & Hommel, 2014; Eberlein-Gonska et al., 2013; Jenkins & O'Neal, 2010) ainsi qu'aux résultats LPZ aux Pays-Bas (Halfens et al., 2014). En Autriche, il s'agissait de la tubérosité ischiatique, du sacrum et des talons (Lohrman, 2014). Aygor et al. (2014) ont observé une répartition légèrement différente dans leur étude portant sur des patient-e-s de plus de 65 ans. On y trouve à la première place la tubérosité ischiatique (40 %), ensuite la hanche (18 %), puis le sacrum ou les talons avec 12 %.

En ce qui concerne les taux de prévalence nosocomiale descriptive, la comparaison des résultats par rapport à ceux de l'année précédente permet d'observer une légère diminution, néanmoins non significative sur le plan statistique, de la prévalence des escarres dans tous les types d'hôpitaux de 0,3 % (catégories 1 – 4) et de 0,2 % (catégories 2 – 4). La comparaison avec la première année de mesure montre une diminution globale de la prévalence des escarres nosocomiales de 1,5 % (catégories 1 – 4) et de 0,3 % (catégories 1 – 4). Or, considérées globalement, ces variations sont plutôt mineures et, mise à part la baisse du taux de prévalence pour les catégories 1 – 4 entre 2011 et 2012, aléatoires (cf. tableau 26). Le taux de prévalence nosocomiale de catégorie 2 – 4, notamment, s'est montré relativement stable, tous types d'hôpitaux confondus, dans les quatre cycles de mesure. Il s'agit là d'un résultat réjouissant si l'on considère que les taux de la prévalence en Suisse étaient relativement faibles dans la comparaison internationale.

Tableau 26 : Comparaison des taux de prévalence d'escarres nosocomiales de toutes les mesures effectuées jusqu'à présent

Taux de prévalence	2014	2013	2012	2011
Prévalence des escarres nosocomiales 1 – 4 (95 %-intervalle de confiance)	4.3 (3.96-4.64)	4.6 (4.24-4.96)	4.4 (4.06-4.74)	5.8 (5.36-6.24)
Prévalence des escarres nosocomiales 2 – 4 (95 %-intervalle de confiance)	1.8 (1.57-2.03)	2.0 (1.76-2.24)	1.7 (1.48-1.92)	2.1 (1.83-2.37)

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

4.3.1. Caractéristiques des patient-e-s qui ont chuté

La répartition par sexe des patient-e-s participant-e-s victimes d'une chute diffère légèrement de l'échantillon global. La part des femmes est supérieure de 5,1 %. Les patient-e-s victimes d'une chute sont en moyenne plus âgé-e-s de 7,8 ans que l'échantillon global. La part des participant-e-s victimes d'une chute qui ont subi une opération dans les deux semaines précédant la mesure, est plus faible d'environ 9,9 % par rapport à l'échantillon global.

Chez les patient-e-s concerné-e-s par un événement de chute, il s'est avéré que la part des personnes atteintes d'une maladie de l'appareil circulatoire était supérieure de 10,1 % et celle des personnes atteintes de démence supérieure de 6,2 % comparée aux diagnostics médicaux de toutes les personnes participantes. La fréquence des maladies du système nerveux (supérieure de 4,8 %) et du diabète mellitus (supérieure de 2,6 %) est aussi légèrement plus élevée. Les participants concernés par des événements de chute sont davantage dépendants aux soins que l'échantillon global (dépendance prépondérante aux soins 21,3 % contre 6,4 % ; dépendance partielle aux soins 29,9 % contre 14,4 %).

Ces résultats de l'analyse descriptive s'avèrent en partie différents dans l'analyse multivariée. Après ajustement pour de nombreux autres facteurs, le sexe se révèle ne plus présenter un plus grand

risque de chute. Comme pour l'escarre, la dépendance aux soins joue un rôle relativement important. Mais ici, seul un rapport linéaire partiel est visible. Le risque de chute augmente jusqu'à la dépendance prépondérante, puis il retombe avec la dépendance complète. Cela est probablement dû à la faible mobilité des patient-e-s entièrement dépendant-e-s aux soins. Il y a également une forte corrélation avec la durée d'hospitalisation. Le risque de chute augmente particulièrement chez les personnes hospitalisées plus de 28 jours. De même, de nombreux diagnostics médicaux présentent une corrélation significative avec le risque de chute, un risque particulièrement élevé concerne par exemple le diagnostic de démence. L'effet « positif » d'une intervention chirurgicale s'est également retrouvé dans toutes les années de la mesure. Comme il y a de plus grande probabilités d'immobilité du/de la patient-e après l'opération, cette dernière agit comme facteur protecteur des chutes. Les variables prédictives de la présente analyse coïncident à quelques détails près avec les facteurs de risque connus des publications internationales (Cameron et al., 2010; Oliver, Daly, Martin, & McMurdo, 2004).

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

Si l'on compare le taux suisse de prévalence des chutes survenues en hôpital de 3,6 % avec celui de l'année précédente, les taux de prévalence descriptive montrent une légère diminution de l'ordre de 0,5 %. Par rapport à la première année de mesure en 2011, les taux de prévalence quel que soit le type d'hôpital ont été inférieurs de 0,7 % lors de la mesure de 2014. Dans les hôpitaux de prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux, ainsi que dans les hôpitaux de soins de base, on peut observer une baisse légère mais constante des taux de prévalence depuis le début des mesures de la prévalence. Ceci est également le cas dans les cliniques spécialisées qui présentent toutefois une population plutôt hétérogène. Mais dans l'ensemble, ces décalages sont plutôt minimes et aléatoires (cf. tableau 27).

Tableau 27 : Comparaison des taux de chute à l'hôpital de toutes les mesures effectuées jusqu'à présent

Taux de prévalence	2014	2013	2012	2011
Taux de chute à l'hôpital (intervalle de confiance à 95 %)	3.6 (3.28-3.92)	4.1 (3.76-4.44)	3.8 (3.48-4.12)	4.3 (3.91-4.69)

Le taux de prévalence des chutes survenues dans les hôpitaux suisses pour toutes les années de mesure est relativement élevé dans la comparaison internationale (Vangeloooven et al., 2012). Les valeurs internationales des mesures réalisées le jour fixé se situent entre 1,5 et 3,8 %. Cela vaut aussi pour la comparaison avec les mesures selon la méthode LPZ. Alors que dans les hôpitaux suisses, le taux de prévalence des chutes survenues à l'hôpital est de 3,6 % pour tous les types d'hôpitaux, les derniers résultats disponibles pour les Pays-Bas vont de 0,4 à 1,6 % (Halfens et al., 2014; Halfens et al., 2012; Halfens et al., 2013). En Autriche, les taux de chute à l'hôpital, de l'ordre de 2,7 à 3,0 % (Lohrman, 2012, 2013, 2014), sont inférieurs à ceux de la Suisse (cf. tableau 28). Etant donné que les mesures aux Pays-Bas et en Autriche ont été effectuées selon la même méthode, on peut en conclure que des améliorations qualitatives restent toujours nécessaires pour l'indicateur « Chute ».

Tableau 28 : Valeurs comparatives des taux de chutes en Suisse, aux Pays-Bas et en Autriche (médecine somatique aiguë)

Mesures LPZ	Suisse			Autriche			LPZ Pays-Bas		
Taux de prévalence	2014	2013	2012	2014	2013	2012	2014 **	2013*	2012
Prévalence des chutes totale	18.7	19.5	18.2	14.0	14.3	15.2	---	11.8	17.8
Prévalence des chutes après l'entrée à l'hôpital	3.6	4.1	3.8	2.9	3.0	2.7	---	0.4	1.6

* sans hôpitaux universitaires (non-participation) ; sans hôpitaux de soins aigus (non-participation) ;

** aucune analyse des chutes par type d'hôpital

En ce qui concerne les taux de prévalence nosocomiale des chutes à l'hôpital, les unités de soins non chirurgicales affichent les taux les plus élevés ; ces taux ont néanmoins légèrement augmenté dans tous les types d'hôpitaux par rapport à l'année précédente. Le résultat pour ce type d'unité de soins concorde avec la littérature (Bouldin et al., 2013; Quigley et al., 2009). Le taux élevé d'événements de chute peut s'expliquer par le fait que ces unités de soins accueillent en général aussi plus de patient-e-s à risque.

Les données relatives aux conséquences de la chute chez tous les patient-e-s ayant subi une chute dans la mesure suisse sont réparties différemment que lors des mesures LPZ aux Pays-Bas et en Autriche pendant les trois dernières années de mesure. On remarque que les conséquences de chutes minimales (29,7 %) et de gravité moyenne (18,6 %) sont plus fréquentes que dans la mesure LPZ (respectivement environ 16,5 % et 14,0 %). En revanche, les valeurs sont plus élevées pour les blessures graves (40,1 %) et nettement inférieures pour les fractures de la hanche (11,6 %) que dans les mesures LPZ (respectivement 35,9 % et 33,6 %). Comparée à l'Autriche (37,8 %), la part de blessures graves en Suisse est similaire. En revanche, la part des fractures de la hanche en Autriche est inférieure avec une fourchette de valeurs entre 5,2 et 8,6 % à celle en Suisse.

4.3.3. Comparaison des hôpitaux avec ajustement au risque

Pour résumer, on peut constater que les résultats de la comparaison ajustée aux risques montrent une grande homogénéité pour les trois indicateurs. Seuls quelques hôpitaux se démarquent significativement de la moyenne globale des hôpitaux. Plusieurs raisons peuvent expliquer le faible nombre de ces hôpitaux. Une de ces causes peut être liée 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 cette méthode à trouver moins d'écart statistiques en raison de l'ajustement global.

Une autre explication pourrait résider dans le faible nombre de cas dans chaque hôpital. Comme le suggère par exemple la comparaison des graphiques des hôpitaux universitaires avec les autres trois types d'hôpitaux, les intervalles de confiance à 95 % des résidus représentés sont influencés par le nombre de cas chez les patient-e-s participant-e-s. Les hôpitaux universitaires avec des nombres de cas relativement élevés ont, comme il fallait s'y attendre, des intervalles de confiance plus étroits que les hôpitaux des autres types.

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, les hôpitaux qui s'écartent négativement au sens clinique présentent non seulement les taux de prévalence non ajustés les plus élevés, mais également le plus grand nombre de cas. Cette association des taux de prévalence et du nombre de cas conduit vraisemblablement à un écart statistique. Pour le formuler plus simplement : avec cette méthode, les petits hôpitaux n'ont 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 de la collecte le jour fixé (Krumholz et al., 2006). Si cette situation n'est pas prise en compte, la comparabilité est considérablement limitée.

Par rapport aux années précédentes, seules de faibles différences sont visibles. Le nombre d'hôpitaux identifiés comme « hors norme » varie uniquement pour les escarres des catégories 1 – 4. Quant aux escarres de catégorie 2 – 4, le nombre des institutions qualifiées hors norme se situait entre 0 et 1. Les résultats observés pour les chutes survenues à l'hôpital sont similaires, avec un nombre d'hôpitaux présentant un écart significatif variant entre zéro et deux. En 2014, seul un hôpital était concerné. Dans l'ensemble, les raisons à cela sont probablement plutôt liées à la méthodologie. Pour les chutes, le problème susmentionné de la convergence difficile du modèle statistique doit aussi être pris en compte. Au fil des années, les hôpitaux « ayant des valeurs aberrantes » ne sont généralement pas les mêmes institutions, mais ils changent d'une année de mesure à l'autre (à quelques exceptions près).

Les caractéristiques des patients ayant servi pour l'ajustement au risque diffèrent en partie de celles des années précédentes. Ceci s'explique par le fait qu'une nouvelle sélection des variables est réalisée tous les ans, et qu'elle tient compte par conséquent du contexte de chaque jeu de données. Cette méthodologie suit le procédé statistique de la sélection et non le procédé clinico-théorique.

4.4. Limites, appréciation critique

La présente mesure est la quatrième mesure concernant toute la Suisse. D'après les expériences des partenaires internationaux LPZ, cela peut avoir une influence positive sur la qualité des données, en raison de la routine croissante au cours de la collecte des données. Comme chaque année, des formations identiques ont été proposées en 2014 par la BFH et ses partenaires de coopération aux personnes chargées de la coordination dans les hôpitaux, et ce dans les trois langues du pays, afin d'améliorer la qualité des données. A partir de la mesure 2014, la participation à ces réunions de formation n'était plus rendue obligatoire de la part de l'ANQ pour ces coordinatrices et coordonnateurs. La participation aux réunions de formation était vivement recommandée pour les nouvelles coordinatrices et les nouveaux coordonnateurs des hôpitaux, ainsi que pour les responsables ID qui réalisaient pour la première fois la mesure. En 2014, les réunions de formation se présentaient pour la première fois sous forme de modules individuels auxquels les personnes chargées de la coordination dans les hôpitaux pouvaient assister selon leur choix. Pour garantir la transmission des informations relatives aux adaptations méthodologiques, les personnes qui n'avaient encore assisté à aucune de ces réunions de formation plus particulièrement ont été informées par des lettres électroniques de type newsletter.

Tout le contenu des documents de formation des équipes de mesure a été prescrit et structuré, et le dossier d'informations/manuel suisse de la mesure élaboré en détails. La veille et le jour même de la mesure, un service d'assistance téléphonique en allemand, français et italien était disponible.

La qualité des données mesurées est renforcée par la saisie directe en ligne, une méthode permettant au personnel soignant dans les équipes de mesure de perdre moins de temps. Suite à la mise en place de l'importation automatique des données de routine du système d'information hospitalier lors de l'année de mesure 2013, la qualité des données s'est encore améliorée grâce aux nouveaux procédés de contrôle de la plausibilité des données.

Un atout de cette mesure réside dans l'utilisation d'outils de mesure comparables à l'échelle internationale ; les outils LPZ, notamment, ont pu être encore perfectionnés pour la Suisse grâce à des procédés de validation complémentaires (techniques d'entretien cognitives et procédés psychométriques) (Thomas, 2013; Zürcher, 2012).

L'enregistrement des données cliniques au lit du/de la patient-e par des personnes compétentes formées augmente la fiabilité des résultats par rapport aux données basées sur les données des dossiers des patient-e-s ou les données de routine. Les données des dossiers patients et les données de routine sous-estiment souvent la problématique. Ceci est confirmé par exemple par l'évaluation d'un programme de prévention relatif aux « adverse events » escarres et chutes (van Gaal et al., 2011). Lors d'une comparaison directe des données administratives et cliniques, on constate des différences nettes entre la prévalence nosocomiale des escarres des catégories 2 – 4 (Meddings, Reichert, Hofer, & McMahon, 2013). L'utilisation de données administratives a provoqué des erreurs d'évaluation (surestimations et sous-estimations) de la prévalence des escarres et du niveau de performance de plusieurs hôpitaux. Les auteurs en concluent que les données administratives ne sont pas adéquates aux analyses comparatives des hôpitaux. Si de telles données étaient utilisées, les hôpitaux ayant une documentation de meilleure qualité seraient « punis ».

La participation plutôt faible des patient-e-s peut nuire à la représentativité de l'échantillon. Il faut en tenir compte lors de l'interprétation de tous les résultats de la mesure. Elle peut entraîner une sous-estimation

des taux de prévalence (Kottner, Wilborn, Dassen, & Lahmann, 2009), puisqu'il faut supposer qu'une partie des patient-e-s à risque n'a pas participé à la mesure.

Depuis la deuxième mesure, la suppression du consentement écrit a diminué un facteur d'influence sur la faible participation. Cependant, les taux de participation n'ont augmenté que légèrement et restent très différents d'une institution à l'autre.

Un autre point fort de cette méthode est la procédure d'évaluation mise en place après chaque cycle de mesure. Les résultats amènent à des adaptations au niveau de l'organisation de la mesure et des instruments de récolte des résultats en accord avec le groupe de recherche international LPZ. D'un point de vue global, pour la mesure 2014, l'institut d'analyse BFH et la mesure par les participants à l'évaluation ont reçu un écho positif.

L'analyse par site hospitalier selon la typologie hospitalière de l'office fédéral de la statistique (Office fédéral de la statistique [OFS], 2006) signifie que les établissements, dont le mandat de prestations est varié, ont pu se voir attribuer des types d'hôpitaux différents en fonction du site. Pour l'évaluation, cela signifie que ces résultats d'analyse ont également été affectés à plusieurs types d'hôpitaux. Par conséquent, les différents mandats de prestations ont pu être pris en compte au niveau des sites hospitaliers, mais pas au niveau de la totalité de l'institution. Ce phénomène a un impact négatif sur le benchmarking et empêche, de plus, celui-ci de se réaliser au niveau de la totalité de l'institution. Cette imprécision ne peut pas être évitée en raison de la typologie de l'OFS. Elle doit être acceptée en tant que conséquence inévitable de l'utilisation de cette typologie.

Concernant les forces et les faiblesses de l'approche de l'ajustement des résultats au risque et après désormais quatre mesures, il faut se demander si l'approche purement statistique utilisée ici contribue davantage à la modélisation. Au cours des mesures, on constate que le nombre d'hôpitaux divergeant de l'ensemble des hôpitaux ayant pu être identifiés est très faible, voire nul. Les raisons à cela peuvent être d'ordre méthodique, notamment la procédure de base de la modélisation et, en lien avec elle, le grand nombre de variables intégrées au modèle.

Commençons par l'approche de base : dans la littérature relative à la modélisation des ajustements des résultats au risque, on distingue deux procédures différentes, à savoir la procédure statistique et la théorie clinique (Iezzoni, 2013). La procédure de théorie clinique implique, en tenant compte des résultats de recherche empiriques, d'identifier un ensemble adapté de variables de risque d'après les évaluations cliniques, utilisées à plusieurs moments de mesure. La procédure statistique identifie de nouveau les variables de risque à chaque mesure et s'adapte le cas échéant aux caractéristiques de risque modifiées.

La procédure statistique implique le risque de suradaptation du modèle (Babyak, 2004). Selon ce risque, le modèle statistique est « adapté excessivement », c'est-à-dire qu'il comprend trop de variables et que le résultat est « trop bien » prévu dans une certaine mesure. Ce risque devrait être annulé par la procédure de sélection utilisée (AIC), car elle exclut de nombreuses variables. Une étude pour savoir si une telle procédure donnerait d'autres voire de « meilleurs » résultats est en cours. Les résultats de cette étude seront présentés dans un rapport indépendant.

5. Conclusions et recommandations

Ci-après sont formulées des conclusions et recommandations relatives à la participation à la mesure, à la prévalence des escarres nosocomiales, aux chutes à l'hôpital ainsi qu'au développement de la qualité et à la mesure en général.

5.1. Participation à la mesure

Il convient de cibler comme auparavant une participation à la mesure d'au moins 80 % puisque ceci augmenterait la comparabilité avec les données des mesures LPZ et d'autres mesures internationales. Une politique d'information publique plus dynamique pourrait éventuellement s'avérer utile dans ce contexte afin d'informer les patient-e-s ainsi que leurs représentant-e-s sur l'importance de la mesure et les motiver à y participer. On pourrait en outre adapter les modalités du consentement oral à celles pratiquées aux Pays-Bas. Pour cela, il faudrait envisager de demander aux patient-e-s aptes à prendre une décision de donner leur consentement directement le jour de la mesure, au moment où celle-ci est effectuée. Il faudrait aussi réfléchir de manière générale à la façon dont on pourrait inciter à l'avenir les patient-e-s qui ne maîtrisent pas la langue allemande, française ou italienne à participer à la mesure.

5.2. Prévalence des escarres nosocomiales

En Suisse aussi, les mesures passées (2011 – 2014) ont indiqué globalement une évolution vers une légère diminution des taux de prévalence. Mais dans l'ensemble, ces décalages sont faibles et pour la plupart non significatifs d'un point de vue statistique. Une telle évolution à la baisse pourrait continuer à l'avenir également. Il s'agit là d'un résultat très positif si l'on considère que les taux de la prévalence des escarres étaient relativement bas dans la comparaison internationale.

Il est admis que toutes les escarres ne peuvent pas être évitées (Black et al., 2011), mais il pourrait encore y avoir une marge d'amélioration. Concernant la souffrance et les coûts (Chan, Ieraci, Mitsakakis, Pham, & Krahn, 2013; Spetz, Brown, Aydin, & Donaldson, 2013) causés toute l'année par les escarres nosocomiales, cela vaudrait sûrement le coup de se demander à quel point et comment atteindre une diminution des cas d'escarres des catégories 3 et 4. Des analyses de coût récentes montrent que des programmes de prévention efficaces restent toujours plus économiques que le financement des soins liés aux escarres (Demarré et al., 2015; Mathiesen, Nørgaard, Andersen, Møller, & Ehlers, 2013).

Par ailleurs, en s'appuyant sur les données de cette mesure, il serait également possible d'identifier d'autres points d'approche en vue d'optimiser la détection et la mise en place de mesures de prévention pour les patient-e-s à risque en général. Des indicateurs de processus tels que l'évaluation des risques et les mesures de prévention ont été identifiés récemment, aux côtés d'autres facteurs tels que la charge de travail et l'expertise, comme variables prédictives pertinentes pour réduire le taux d'escarres nosocomiales. Ces informations s'appuient sur des données de 798 unités de soins de médecine et de chirurgie dans 215 hôpitaux recueillies dans le cadre des enquêtes CALNOC aux Etats-Unis (Aydin, Donaldson, Stotts, Fridman, & Brown, 2015). Il est intéressant de noter que des aspects organisationnels semblent également jouer un rôle essentiel dans le domaine de la prévention d'escarres. Une analyse de séries chronologiques comparant des hôpitaux sur une durée de 5 ans (n = 55 hôpitaux) a analysé l'efficacité des interventions en matière de qualité (notamment la réduction d'escarres des catégories 3 et 4) et a identifié, à côté de quatre interventions basées sur des données probantes (moyens auxiliaires visuels tels que des check-lists, documentation des stades des escarres, soins cutanés et nutrition), également des initiatives de types leadership comme facteur de réussite, plus particulièrement lors de la phase de la mise en œuvre (Padula et al., 2015).

En ciblant aussi davantage les taux de prévalence et les stratégies de prévention spécifiques aux soins intensifs, des résultats encore meilleurs pourraient être atteints. Des approches multi-interventionnelles spécifiques aux unités de soins, cf. recommandations relatives à la prévalence d'escarres sous 5.4, pourraient être appropriées à cet égard.

En ce qui concerne le traitement des escarres, les résultats de 2014 sont également comparables à ceux de l'année précédente. Barbut et al. (2006) ont également constaté 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 se pose de savoir à quel point les mesures préventives et le traitement des escarres correspondent à l'état actuel de la science (« State of the Art »). De plus, comme l'année précédente, un éventail particulièrement large de produits de traitement des plaies est utilisé pour les escarres de catégorie 1. Comme la peau est intacte pour les escarres de catégorie 1, les directives/recommandations internationales recommandent un soulagement de la pression et des soins de peau immédiats en tant que premières mesures (Defloor et al., 2004; European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009; Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland, 2011). En revanche, assez souvent aucun pansement n'est utilisé pour les escarres de catégories 2, 3 et 4. Cette procédure ne correspond pas non plus aux connaissances actuelles. En ce qui concerne l'amélioration de la qualité, il y a certainement aussi besoin d'agir.

5.3. Chutes à l'hôpital

La situation en matière de chutes survenues à l'hôpital (mesures 2011 – 2014) diffère encore de celle de l'indicateur escarres. Les résultats ajustés au risque pour l'indicateur « chute » sont répartis de manière très homogène entre les hôpitaux suisses, mais ils sont élevés par rapport au niveau international. Étant donné les taux de prévalence des chutes trop élevés sur désormais quatre ans par rapport au niveau international, des interventions doivent être considérées comme une priorité dans ce domaine pour le processus de développement de la qualité des hôpitaux suisses. Il existe un net besoin d'agir à cet égard. Il est conseillé d'analyser la situation dans les hôpitaux (par ex. les raisons telles qu'un manque de ressources, des déficits de connaissances, etc.), afin d'initier des mesures d'amélioration de la qualité ciblées.

Compte tenu de l'opposition entre l'homogénéité des résultats ajustés au risque dans la comparaison des hôpitaux d'une part, et les différences concernant les mesures introduites et les indicateurs de structures utilisés d'autre part, la question se pose de savoir à quel point les mesures de prévention et de traitement existantes ou introduites sont effectives et efficaces. Les indicateurs de structures et de processus collectés dans les mesures de la prévalence 2011 – 2014 peuvent être considérés comme une bonne approche pour des programmes d'amélioration de la qualité futurs.

Dans les résultats de la 2014, on remarque aussi qu'aucune mesure de prévention des chutes n'a été prise chez 24,1 à 51,1 % et aucune mesure de prévention des blessures pour 77,1 à 89,9 % des participant-e-s. Les dernières revues scientifiques indiquent qu'une approche d'intervention multiple est efficace pour la prévention des chutes à l'hôpital (Cameron et al., 2010; Miake-Lye, Hempel, Ganz, & Shekelle, 2013). Miake-Ly et al. (2013) en particulier ont constaté l'importance de la culture organisationnelle (interlocuteurs et moyens auxiliaires spécialisés, etc.) pour une mise en œuvre réussie d'un programme d'intervention contre les chutes. En tenant en compte qu'une chute en cours d'anamnèse est considérée comme la variable prédictive la plus importante pour les autres chutes (Frank & Schwendimann, 2008; Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004; Tiedemann et al., 2013; Victorian Government Department of Human Services, 2004), un important potentiel existe donc pour le développement de la qualité. Dans une étude prospective menée auprès de personnes ayant fait une chute avec des conséquences dans leur environnement domestique (âge entre 75 et 93 ans ; n = 230) le suivi sur cinq ans confirmait également un risque plus élevé en

matière d'événement de chute avec des conséquences des chutes (Pohl, Nordin, Lundquist, Bergstrom, & Lundin-Olsson, 2014).

Des indicateurs de processus tels qu'une faible part de patient-e-s à risque ainsi que la mise en œuvre d'une directive de prévention des chutes ont récemment été identifiés comme variables prédictives pour la réduction du taux de chutes. (Aydin, Donaldson, Aronow, Fridman, & Brown, 2015).

5.4. Autres recommandations sur le développement de la qualité et la mesure de la prévalence

Le déroulement des mesures répétées dans le contexte international suggère que les taux de prévalence tendent à (continuer à) baisser (Brown, Donaldson, Burnes Bolton, & Aydin, 2010; Ketelaar et al., 2011; Stotts et al., 2013; Totten et al., 2012), tandis que la sensibilisation aux indicateurs mesurés et l'utilisation ciblée de traitements et de mesures préventives gagnent du poids (Gunningberg, Donaldson, Aydin, & Idvall, 2011; Power et al., 2014). Il est possible d'observer une amélioration des résultats en optimisant sur le plan du processus la pratique clinique (Gunningberg et al., 2011; McBride & Richardson, 2015).

La mesure nationale de la prévalence donne de nouveau aux hôpitaux la possibilité de revoir ou de perfectionner à la fois les éléments d'assurance qualité sur le plan structurel, mais aussi l'évidence et l'efficacité des mesures et stratégies de prévention introduites sur le plan du processus. Cette mesure permet une comparaison concrète de l'état théorique/réel avec le niveau de qualité défini en interne, permettant d'acquiescer des indications importantes pour la priorisation des processus internes de développement de la qualité.

Même si les données de la mesure nationale de la prévalence sont en premier lieu collectées afin de pouvoir comparer les résultats au niveau des hôpitaux, de plus en plus de publications internationales font état d'interventions en matière de qualité qui se concentrent sur le développement de la qualité orienté sur les données au niveau des unités de soins. Ces résultats pourraient éventuellement impacter positivement les résultats globaux au niveau des hôpitaux. Une série de mesures combinées d'amélioration (« care bundles ») sont fréquemment mises en œuvre, souvent accompagnées de mesures de soutien telles que le coaching des collaborateur-trice-s, des procédures d'audit, la désignation d'interlocuteur-trice-s spécifiques selon les domaines au sein de l'équipe soignante, la formation continue, la participation à la récolte des données et le feedback sur les données/résultats. Dans le domaine des escarres, on trouve dans ce contexte, entre autres, des exemples dans les soins intensifs, où des mesure de la prévalence combinées avec des procédures d'audit, un coaching clinique, des évaluations par des pairs ainsi que le feed-back des résultats ou le benchmarking ont été appliqués avec succès et dans la durée (Elliott, McKinley, & Fox, 2008; Kelleher, Moorer, & Makic, 2012; Sving, Högman, Mamhidir, & Gunningberg, 2014). En ce qui concerne le domaine de la prévention des chutes, des mesures similaires (analyse des causes des événements de chute, adaptation des directives, feedback sur les résultats, implication de la gestion de soins infirmiers) mises en place sur quatre ans dans deux unités de soins médico-chirurgicales mixtes ont permis d'atteindre une réduction du taux des chutes de 63,9 % ainsi qu'une diminution significative des blessures légères et modérées (Weinberg et al., 2011).

Eu égard aux taux de prévalence légèrement fluctuants dans les années 2011 – 2014, et étant donné les influences positives avérées des mesures répétées à un rythme annuel sur le développement de la qualité, il serait utile de conserver cet intervalle annuel des mesures aussi à l'avenir. De plus, ceci permettrait de mettre à disposition des données constantes pour la discussion du DRG (par ex. risque de baisse de la qualité des soins).



De plus, la contribution de cette mesure peut aussi être vue sous l'angle des domaines d'action trois (garantir et renforcer la qualité des soins) et quatre (garantir la transparence, améliorer le pilotage et la coordination) des priorités de la politique de santé du Conseil fédéral « Santé 2020 » (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2013). L'enregistrement systématique et unifié des données des mesures nationales de la prévalence des chutes et escarres contribue à améliorer la base de données relative à la qualité des soins au niveau national et apporte une transparence au vu d'un accès public.

Bibliographie

- Amlung, S. R., Miller, W. L., & Bosley, L. M. (2001). The 1999 National Pressure Ulcer Prevalence Survey: a benchmarking approach. *Advances in skin and wound care*, 14(6), 297-301.
- Aydin, C., Donaldson, N., Aronow, H. U., Fridman, M., & Brown, D. S. (2015). Improving hospital patient falls: leveraging staffing characteristics and processes of care. *The Journal of nursing administration*, 45(5), 254-262. doi: 10.1097/nna.0000000000000195
- Aydin, C., Donaldson, N., Stotts, N. A., Fridman, M., & Brown, D. S. (2015). Modeling Hospital-Acquired Pressure Ulcer Prevalence on Medical-Surgical Units: Nurse Workload, Expertise, and Clinical Processes of Care. *Health Services Research*, 50(2), 351-373. doi: 10.1111/1475-6773.12244
- Aygor, H. E., Sahin, S., Sozen, E., Baydal, B., Aykar, F. S., & Akcicek, F. (2014). Features of pressure ulcers in hospitalized older adults. *Advances in Skin & Wound Care*, 27(3), 122-126. doi: 10.1097/01.ASW.0000442874.86708.5e
- Baath, C., Idvall, E., Gunningberg, L., & Hommel, A. (2014). Pressure-reducing interventions among persons with pressure ulcers: results from the first three national pressure ulcer prevalence surveys in Sweden. *J Eval Clin Pract*, 20(1), 58-65. doi: 10.1111/jep.12079
- Babyak, M. A. (2004). What you see may not be what you get: a brief, nontechnical introduction to overfitting in regression-type models. *Psychosom Med*, 66(3), 411-421.
- Barbut, F., Parzybut, B., Boelle, P. Y., Neyme, D., Farid, R., Kosmann, M. J., & Luquel, L. (2006). [Pressure sores in a university hospital]. *La Presse médicale*, 35(5 Pt 1), 769-778. doi: S0755-4982(06)74688-7 [pii]
- Black, J. M., Edsberg, L. E., Baharestani, M. M., Langemo, D., Goldberg, M., McNichol, L., & Cuddigan, J. (2011). Pressure ulcers: avoidable or unavoidable? Results of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference. *Ostomy/wound management*, 57(2), 24-37.
- Bouldin, E. L., Andresen, E. M., Dunton, N. E., Simon, M., Waters, T. M., Liu, M., . . . Shorr, R. I. (2013). Falls among adult patients hospitalized in the United States: prevalence and trends. *J Patient Saf*, 9(1), 13-17. doi: 10.1097/PTS.0b013e3182699b64
- 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. doi: 10.1111/j.1945-1474.2010.00083.x
- Cameron, I., Murray, G., Gillespie, L., Robertson, M., Hill, K., Cumming, R., & Kerse, N. (2010). Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. *Cochrane database of systematic reviews*, (1).
<http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD005465/frame.html?systemMessage=Due+to+system+maintenance%2C+Usage+reports+are+currently+unavailable>.
- Chan, B., Ieraci, L., Mitsakakis, N., Pham, B., & Krahn, M. (2013). Net costs of hospital-acquired and pre-admission PUs among older people hospitalised in Ontario. *Journal of Wound Care*, 22(7), 341-346.
- Coleman, S., Gorecki, C., Nelson, E. A., Closs, S. J., Defloor, T., Halfens, R. J. G., . . . Nixon, J. (2013). Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(7), 974-1003. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.019>
- Coleman, S., Nelson, E. A., Keen, J., Wilson, L., McGinnis, E., Dealey, C., . . . Nixon, J. (2014). Developing a pressure ulcer risk factor minimum data set and risk assessment framework. *Journal of advanced nursing*, n/a-n/a. doi: 10.1111/jan.12444
- Coleman, S., Nixon, J., Keen, J., Wilson, L., McGinnis, E., Dealey, C., . . . Nelson, E. A. (2014). A new pressure ulcer conceptual framework. *Journal of advanced nursing*, n/a-n/a. doi: 10.1111/jan.12405
- Currie, L. (2008). Fall and Injury Prevention. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Vol. 1). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2653/>.
- 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, Universiteit Gent, Université Catholique de Louvain.

- Defloor, T., Herremans, A., Grypdonck, M., De Schuijmer, J., Paquay, L., Schoonhoven, L., . . . Weststraete, J. (2004). *Recommandation belge pour la prévention des escarres* (Vol. 2). Bruxelles: Santé publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement.
- Demarré, L., Verhaeghe, S., Annemans, L., Van Hecke, A., Grypdonck, M., & Beeckman, D. (2015). The cost of pressure ulcer prevention and treatment in hospitals and nursing homes in Flanders: A cost-of-illness study. *International Journal of Nursing Studies*, *52*(7), 1166-1179. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.005>
- Eberlein-Gonska, M., Petzold, T., Helass, G., Albrecht, D. M., & Schmitt, J. (2013). The incidence and determinants of decubitus ulcers in hospital care: an analysis of routine quality management data at a university hospital. *Deutsches Arzteblatt international*, *110*(33-34), 550-556. doi: 10.3238/arztebl.2013.0550
- Elliott, R., McKinley, S., & Fox, V. (2008). Quality improvement program to reduce the prevalence of pressure ulcers in an intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, *17*(4), 328-335.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Prévention des escarres. Guide de référence abrégé développé par EPUAP et NPUAP*. Washinton DC: National Pressure Ulcer Advisory Pannel.
- 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). *Prévention des chutes. Guide et recommandations à l'attention des hôpitaux, établissements de long séjour, institutions sanitaires de premier recours (services d'aide et de soins à domicile et médecins traitants)*. Zürich: Fondation pour la Sécurité des Patients
- 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. doi: S0268-0009(08)00002-4 [pii] 10.1016/j.jtv.2007.12.001 [doi]
- Gordis, L. (2009). *Epidemiology* (4th ed.). Philadelphia: Saunders.
- 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*. doi: 10.1111/j.1365-2753.2011.01702.x
- 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. *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., & Schols, J. M. G. A. (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., Meesterberends, E., Neyens, J. C. L., Rondas, A. A. L. M., Rijcken, S., . . . Schols, J. M. G. A. (2014). *Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Rapportage resultaten 2014*. In C. s. f. P. H. a. P. c. Universiteit Maastricht, Department of Health Services Research (Ed.). Maastricht.
- Halfens, R. J. G., Meijers, J. M. M., Meesterberends, E., van Nie, N. C., Neyens, J. C. L., Rondas, A. A. L. M., & Schols, J. M. G. A. (2012). *Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Rapportage resultaten 2012*. In C. s. f. P. H. a. P. c. Universiteit Maastricht, Department of Health Services Research (Ed.). Maastricht.
- 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. *International Journal of Nursing Studies*, *37*(4), 313-319.
- Halfens, R. J. G., van Nie, N. C., Meijers, J. M. M., Meesterberends, E., Neyens, J. C. L., Rondas, A. A. L. M., . . . Schols, J. M. G. A. (2013). *Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Rapportage resultaten 2013*. In C. s. f. P. H. a. P. c. Universiteit Maastricht, Department of Health Services Research (Ed.). Maastricht.
- Iezzoni, L. I. (2013). Conceptual and practical issues in developing risk adjustment methods. In L. I. Iezzoni (Ed.), *Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes* (4 ed., pp. 195-223). Chicago: Health Administration Press.
- Jenkins, M. L., & O'Neal, E. (2010). Pressure ulcer prevalence and incidence in acute care. *Advances in skin and wound care*, *23*(12), 556-559. doi: 10.1097/01.ASW.0000391184.43845.c1 [doi] 00129334-201012000-00011 [pii]

- Jiang, Q., Li, X., Qu, X., Liu, Y., Zhang, L., Su, C., . . . Wang, J. (2014). The incidence, risk factors and characteristics of pressure ulcers in hospitalized patients in China. *Int J Clin Exp Pathol*, 7(5), 2587-2594.
- Kelleher, A. D., Moorer, A., & Makic, M. F. (2012). Peer-to-Peer Nursing Rounds and Hospital-Acquired Pressure Ulcer Prevalence in a Surgical Intensive Care Unit: A Quality Improvement Project. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 39(2), 152-157. doi: 10.1097/won.0b013e3182435409
- Ketelaar, N. A., Faber, M. J., Flottorp, S., Rygh, L. H., Deane, K. H., & Eccles, M. P. (2011). Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. *Cochrane database of systematic reviews*(11), CD004538. doi: 10.1002/14651858.CD004538.pub2
- 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. doi: S0965-206X(09)00007-2 [pii] 10.1016/j.jtv.2009.02.002 [doi]
- Krumholz, H. M., Brindis, R. G., Brush, J. E., Cohen, D. J., Epstein, A. J., Furie, K., . . . Normand, S. L. (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. *Circulation*, 113(3), 456-462. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.170769
- Kuster, B. (2009). Literaturarbeit und Expertinnen/Experten-Bewertung für relevante Qualitätsindikatoren Pflege. Bern: Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (2004). Richtlijn: Preventie van valincidenten bij ouderen. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.
- Lohrman, C. (2012). Europäische Pflegequalitätserhebung: 17. April 2012. Graz: Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft.
- Lohrman, C. (2013). Europäische Pflegequalitätserhebung: 9. April 2013. Graz: Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft.
- Lohrman, C. (2014). Europäische Pflegequalitätserhebung: 8. April 2014. Graz: Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft.
- Lovaglio, P. G. (2012). Benchmarking strategies for measuring the quality of healthcare: problems and prospects. *TheScientificWorldJournal*, 2012, 606154. doi: 10.1100/2012/606154
- LPZ Maastricht. (2012). Messhandbuch und Begleitdokumente LPZ, Messzyklus 2011 Maastricht: Universiteit Maastricht, CAPHRI school for Public Health and Primary care, Department of Health Services Research.
- Mathiesen, A. S. M., Nørgaard, K., Andersen, M. F. B., Møller, K. M., & Ehlers, L. H. (2013). Are labour-intensive efforts to prevent pressure ulcers cost-effective? *Journal of Medical Economics*, 16(10), 1238-1245. doi: doi:10.3111/13696998.2013.832256
- McBride, J., & Richardson, A. (2015). A critical care network pressure ulcer prevention quality improvement project. *Nursing in critical care*. doi: 10.1111/nicc.12174
- Meddings, J. A., Reichert, H., Hofer, T., & McMahan, L. F., Jr. (2013). Hospital report cards for hospital-acquired pressure ulcers: how good are the grades? *Annals of internal medicine*, 159(8), 505-513. doi: 10.7326/0003-4819-159-8-201310150-00003
- Mertens, E. I., Halfens, R. J. G., Dietz, E., Scheufele, R., & Dassen, T. (2008). Pressure ulcer risk screening in hospitals and nursing homes with a general nursing assessment tool: evaluation of the care dependency scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(6), 1018-1025. doi: 10.1111/j.1365-2753.2007.00935.x
- Miake-Lye, I. M., Hempel, S., Ganz, D. A., & Shekelle, P. G. (2013). Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158(5 Pt 2), 390-396. doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005
- Neyens, J. (2007). *Fall prevention in psychogeriatric nursing home residents*. (PhD), Maastricht University, Maastricht.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2013). Santé2020. Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP), Unité de direction Politique de la santé.
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2006). Typologie des hôpitaux. Statistique des établissements de santé (soins intra-muros). Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, Section de la santé.

- Office fédéral de la statistique (OFS). (2015a). Hôpitaux - Indicateurs: Hospitalisations. Retrieved 11 Septembre, 2015, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/01/key/inanspruchnahme.html>
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2015b). Statistique médicale des hôpitaux 2013 - Tableaux standard. Résultats définitifs. Neuchâtel.
- 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.
- Padula, W. V., Makic, M. B. F., Mishra, M. K., Campbell, J. D., Nair, K. V., Wald, H. L., & Valuck, R. J. (2015). Comparative Effectiveness of Quality Improvement Interventions for Pressure Ulcer Prevention in Academic Medical Centers in the United States. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *41*(6).
- Pohl, P., Nordin, E., Lundquist, A., Bergstrom, U., & Lundin-Olsson, L. (2014). Community-dwelling older people with an injurious fall are likely to sustain new injurious falls within 5 years--a prospective long-term follow-up study. *BMC geriatrics*, *14*, 120. doi: 10.1186/1471-2318-14-120
- Power, M., Fogarty, M., Madsen, J., Fenton, K., Stewart, K., Brotherton, A., . . . Provost, L. (2014). Learning from the design and development of the NHS Safety Thermometer. *Int J Qual Health Care*, *26*(3), 287-297. doi: 10.1093/intqhc/mzu043
- Quigley, P. A., Hahm, B., Collazo, S., Gibson, W., Janzen, S., Powell-Cope, G., . . . White, S. V. (2009). Reducing serious injury from falls in two veterans' hospital medical-surgical units. *Journal of Nursing Care Quality*, *24*(1), 33-41. doi: 10.1097/NCQ.0b013e31818f528e
- 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. *International Journal of Nursing Studies*, *46*(7), 884-893. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.10.008
- Spetz, J., Brown, D. S., Aydin, C., & Donaldson, N. (2013). The value of reducing hospital-acquired pressure ulcer prevalence: an illustrative analysis. *The Journal of nursing administration*, *43*(4), 235-241. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182895a3c
- Stotts, N. A., Brown, D. S., Donaldson, N. E., Aydin, C., & Fridman, M. (2013). Eliminating Hospital-Acquired Pressure Ulcers: Within Our Reach. *Advances in Skin & Wound Care*, *26*(1), 13-18. doi: Doi 10.1097/01.Asw.0000425935.94874.41
- Sving, E., Högman, M., Mamhidir, A.-G., & Gunningberg, L. (2014). Getting evidence-based pressure ulcer prevention into practice: a multi-faceted unit-tailored intervention in a hospital setting. *International wound journal*, n/a-n/a. doi: 10.1111/iwj.12337
- Tannen, A., Balzer, K., Kottner, J., Dassen, T., Halfens, R. J. G., & Mertens, E. (2010). Diagnostic accuracy of two pressure ulcer risk scales and a generic nursing assessment tool. A psychometric comparison. *Journal of Clinical nursing*, *19*(11-12), 1510-1518. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03005.x
- 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
- The University of Kansas School of Nursing. (n.d.). *Guidelines for Data Collection and Submission on Quarterly Indicators: Nursing-Sensitive Quality Indicator (NSQI): User's Manual* Retrieved from <http://www.wsha.org/files/127/NSQI%20Binder.pdf>
- Thomas, K. (2013). *Schweizer Prävalenzerhebung in Gesundheitsinstitutionen: Inhaltsvalidierung des Fragebogens Sturz der Messmethode LPZ in den drei Landessprachen Deutsch, Italienisch und Französisch*. (Master Thesis Berner Fachhochschule, 2013), Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Pflege Bern.
- Tiedemann, A., Mikolaizak, A. S., Sherrington, C., Segin, K., Lord, S. R., & Close, J. C. (2013). Older fallers attended to by an ambulance but not transported to hospital: a vulnerable population at high risk of future falls. *Aust N Z J Public Health*, *37*(2), 179-185. doi: 10.1111/1753-6405.12037
- Totten, A. M., Wagner, J., Tiwari, A., O'Haire, C., Griffin, J., & Walker, M. (2012). 5. Public Reporting as a Quality Improvement Strategy. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

- van Gaal, B. G., Schoonhoven, L., Mintjes, J. A., Borm, G. F., Koopmans, R. T., & van Achterberg, T. (2011). The SAFE or SORRY? programme. part II: effect on preventive care. *International Journal of Nursing Studies*, 48(9), 1049-1057. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.018
- van Nie, N. C., Schols, J. M. G. A., Meesterberends, E., Lohrmann, C., Meijers, J. M. M., & Halfens, R. J. G. (2013). An international prevalence measurement of care problems: study protocol. *Journal of advanced nursing*, 69(9), e18-29. doi: 10.1111/jan.12190
- Vangeloooven, C., Richter, D., & Hahn, S. (2012). Mesure nationale de la prévalence chutes et escarres. Rapport final de la mesure 2011. Berne: Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), Haute école spécialisée bernoise (BFH), Section Santé, recherche appliquée et développement Soins.
- Vangeloooven, C., Richter, D., Kunz, S., & Hahn, S. (2015). Concept d'évaluation ANQ. Mesure nationale de la prévalence chutes & escarres (adultes) et escarres enfants, à partir de 2013 (2.2 ed.). Berne: Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques ANQ; Haute école spécialisée bernoise, domaine Santé, Département Recherche appliquée et développement, prestations de service.
- Vangeloooven, C., Schwarze, T., Richter, D., Liechti, N., Lapanik, Z., Moser, R., . . . Hahn, S. (2015). Mesure nationale de la prévalence, Module escarres enfants: Rapport Comparatif National de la mesure 2014. Bern: Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), Haute école spécialisée bernoise (BFH), Section Santé, recherche appliquée et développement Soins.
- Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland. (2011). Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling. 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 Siebenthal, D., & Baum, S. (2012). Dekubitus: Epidemiologie, Definition und Prävention. *Wundmanagement, Supplement*(3), 20-27.
- 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.
- Weinberg, J., Proske, D., Szerszen, A., Lefkovic, K., Cline, C., El-Sayegh, S., . . . Weiserbs, K. F. (2011). An inpatient fall prevention initiative in a tertiary care hospital. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, 37(7), 317-325.
- 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.
- Zürcher, S. (2012). *Psychometrische Überprüfung der Pflegeabhängigkeitsskala (CDS)*. (Bachelor-Thesis), Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit, Pflege, Bern

Liste des figures

Figure 1 :	risque d'escarre selon la répartition LPZ pour tous les patient-e-s	29
Figure 2 :	patient-e-s* avec escarre nosocomiale, catégorie 2 – 4 selon les catégories de risque	32
Figure 3 :	patient-e-s qui ont chuté (avant et après l'entrée à l'hôpital) par type d'unités de soins*	43
Figure 4 :	patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital) par groupe d'âge en années*	45
Figure 5 :	dépendance aux soins des patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital)	46
Figure 6 :	résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 – 4) confondues	55
Figure 7 :	résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux universitaires, prise en charge centralisée – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 – 4) confondues	56
Figure 8 :	résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, prise en charge centralisée – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 – 4) confondues	57
Figure 9 :	résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, soins de base – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 – 4) confondues	58
Figure 10 :	résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, cliniques spécialisées – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 – 4) confondues	59
Figure 11 :	résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants – escarres nosocomiales catégorie 2 – 4.....	61
Figure 12 :	résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux universitaires, prise en charge centralisée – escarres nosocomiales catégorie 2 – 4.....	62
Figure 13 :	résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux généraux, prise en charge centralisée – escarres nosocomiales catégorie 2 – 4.....	62
Figure 14 :	résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux généraux, soins de base – escarres nosocomiales catégorie 2 – 4.....	63
Figure 15 :	résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – cliniques spécialisées – escarres nosocomiales catégorie 2 – 4.....	63
Figure 16 :	résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants - chutes à l'hôpital.....	65
Figure 17 :	résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux universitaires, prise en charge centralisée – chutes à l'hôpital.....	66
Figure 18 :	résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, prise en charge centralisée – chutes à l'hôpital.....	66
Figure 19 :	résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, soins de base – chutes à l'hôpital	67
Figure 20 :	résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, cliniques spécialisées – chutes à l'hôpital.....	67
Figure 21 :	peur de chuter chez les patient-e-s qui ont chuté à l'hôpital (oui).....	89
Figure 22 :	renoncement des activités pour les patient-e-s qui ont chuté-e-s à l'hôpital par type d'hôpital (oui).....	89

Liste des tableaux

Tableau 1 : Calcul de la prévalence des escarres (en %) au moment de la mesure	16
Tableau 2 : hôpitaux et patient-e-s participants, et motifs de non-participation.....	21
Tableau 3 : hôpitaux et patient-e-s participants	22
Tableau 4 : types d'unités de soins selon le type d'hôpital	24
Tableau 5 : Diagnostic(s) médical/médicaux selon les types d'hôpitaux	26
Tableau 6 : dépendance aux soins selon le type d'hôpital*.....	27
Tableau 7 : description de tous/toutes les participant-e-s avec une escarre de catégorie 1 – 4	28
Tableau 8 : risque d'escarre selon les catégories du risque de l'échelle de Braden pour tous les patient-e-s	29
Tableau 9 : différentes formes de prévalence des escarres	30
Tableau 10 : catégorie d'escarre la plus élevée indiquée selon le risque d'escarre d'après Braden*	33
Tableau 11 : prévalence nosocomiale, catégorie 2 – 4, par unité de soins dans les types d'hôpitaux....	34
Tableau 12 : dépendance aux soins des patient-e-s avec une escarre nosocomiale, catégorie 2 – 4	35
Tableau 13 : escarres nosocomiales selon la catégorie d'escarre la plus élevée et le type d'hôpital * ...	36
Tableau 14 : description des patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital*	40
Tableau 15 : taux de prévalence des chutes par type d'hôpital*.....	41
Tableau 16 : chutes répétées par type d'hôpital et lieu de la chute.....	42
Tableau 17 : répartition des chutes avant et après l'entrée à l'hôpital par type d'unité de soins et par types d'hôpitaux.....	44
Tableau 18 : activité au moment de la chute occasionnée à l'hôpital par type d'hôpital.....	47
Tableau 19 : causes principales pour les chutes occasionnées dans l'hôpital par type d'hôpital	48
Tableau 20 : conséquences des chutes par type d'hôpital pour les patient-e-s ayant chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital)	49
Tableau 21 : indice des blessures par type d'hôpital pour les patient-e-s tombé-e-s (avant/après hospitalisation)	50
Tableau 22 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives - escarres nosocomiales toutes catégories (1 – 4) confondues.....	53
Tableau 23 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives – escarres nosocomiales catégorie 2 – 4	60
Tableau 24 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives – chutes à l'hôpital.....	64
Tableau 25 : comparaison des taux de prévalence des escarres entre la Suisse, les Pays-Bas et l'Autriche (médecine somatique aiguë)	71
Tableau 26 : Comparaison des taux de prévalence d'escarres nosocomiales de toutes les mesures effectuées jusqu'à présent	72
Tableau 27 : Comparaison des taux de chute à l'hôpital de toutes les mesures effectuées jusqu'à présent	73
Tableau 28 : Valeurs comparatives des taux de chutes en Suisse, aux Pays-Bas et en Autriche (médecine somatique aiguë).....	73
Tableau 29 : comparaison des participant-e-s et non-participant-e-s adultes en termes d'âge, de sexe et de type d'unité de soins.....	90
Tableau 30 : taux de réponse au niveau des sites hospitaliers*	91
Tableau 31 : besoin d'aide par type d'hôpital.....	95
Tableau 32 : prévalence nosocomiale, catégorie 1 – 4, par unité de soins dans les types d'hôpitaux....	96
Tableau 33 : diagnostic(s) médical/médicaux des patient-e-s avec une escarre nosocomiale, catégorie 2 – 4	96

Tableau 34 : nombre total d'escarres selon la catégorie d'escarre la plus élevée et le type d'hôpital....	98
Tableau 35 : localisation des plaies sur le corps selon le type d'hôpital	98
Tableau 36 : durée de l'escarre	99
Tableau 37 : patient-e-s avec des douleurs dues à une escarre par type d'hôpital*	99
Tableau 38 : mesures de prévention et moyens auxiliaires chez les patient-e-s ayant un risque d'escarre par type d'hôpital.....	100
Tableau 39 : matelas/surmatelas de prévention des escarres comme mesure de prévention chez les patient-e-s ayant un risque d'escarre par type d'hôpital.....	101
Tableau 40 : mesures préventives en position assise chez les patient-e-s à risque avec escarre par type d'hôpital	101
Tableau 41 : mesures préventives générales et moyens auxiliaires chez les patient-e-s avec escarres par type d'hôpital.....	102
Tableau 42 : matelas et surmatelas de prévention des escarres comme mesure préventive chez les patient-e-s avec escarre par type d'hôpital	103
Tableau 43 : mesures de prévention en position assise chez les patient-e-s ayant un risque d'escarre par type d'hôpital.....	103
Tableau 44 : pansements pour escarres de catégorie 1 par type d'hôpital.....	104
Tableau 45 : traitement des plaies d'escarres de catégorie 2 par type d'hôpital.....	105
Tableau 46 : traitement des plaies d'escarres de catégorie 3 par type d'hôpital.....	106
Tableau 47 : traitement des plaies d'escarres de catégorie 4 par type d'hôpital.....	107
Tableau 48 : indicateurs de structure pour les escarres au niveau des hôpitaux	108
Tableau 49 : indicateurs de structure pour les escarres au niveau des unités de soins.....	108
Tableau 50 : Diagnostic(s) médical/médicaux pour les patient-e-s qui ont chuté (avant/après hospitalisation) par type d'hôpital.....	109
Tableau 51 : mesures de prévention des chutes et des blessures chez les patient-e-s qui ne sont pas tombé-e-s par type d'hôpital	111
Tableau 52 : 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.....	112
Tableau 53 : indicateurs de structures pour les chutes au niveau des hôpitaux par type d'hôpital.....	114
Tableau 54 : indicateurs de structure « Chute » au niveau de l'unité de soins par type d'hôpital.....	115
Tableau 55 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %*	116

Annexe/Annexes

Figure 21 : peur de chuter chez les patient-e-s qui ont chuté à l'hôpital (oui)

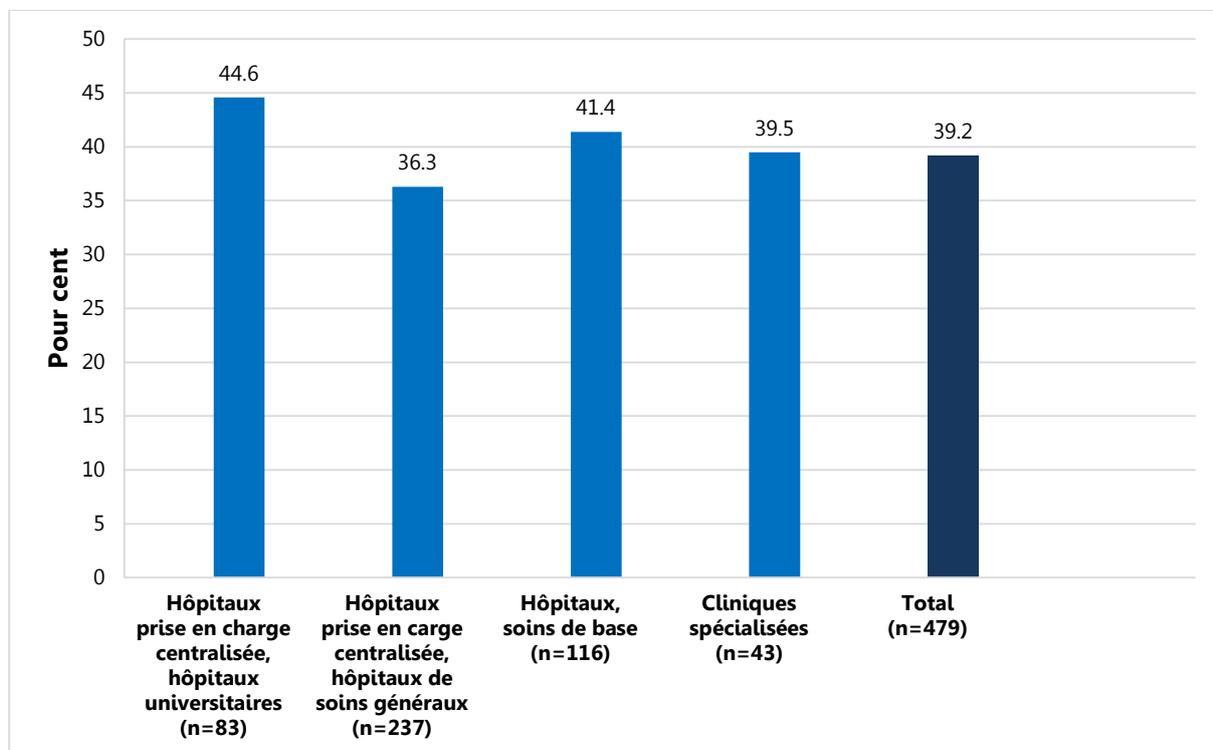


Figure 22 : renoncement des activités pour les patient-e-s qui ont chuté-e-s à l'hôpital par type d'hôpital (oui)

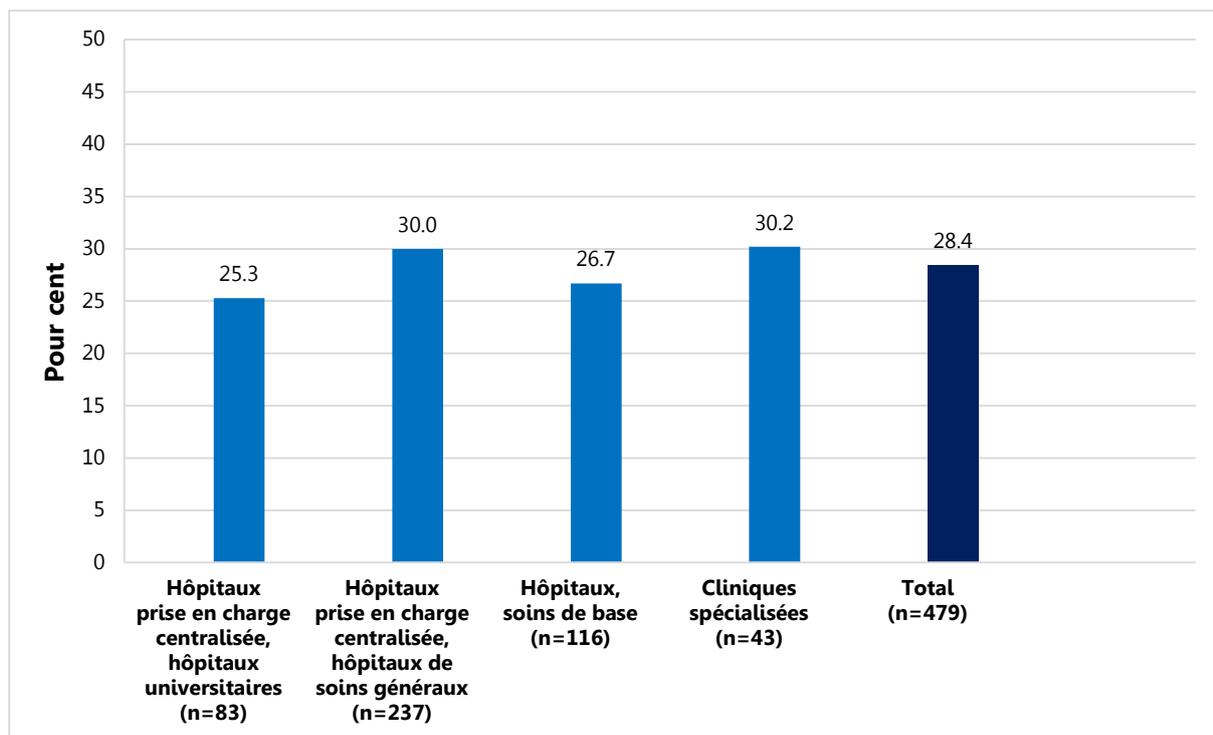


Tableau 29 : comparaison des participant-e-s et non-participant-e-s adultes en termes d'âge, de sexe et de type d'unité de soins

		Type d'unité de soins								Total n (%)
		Non chirurgicale n (%)	Soins intensifs n (%)	Soins continus/soins continus de la chirurgie cardiaque n (%)	Gériatrie aiguë n (%)	Psychiatrie/Court séjour n (%)	Chirurgicale n (%)	Divers n (%)	Réadaptation n (%)	
Participant-e-s LPZ	Classe d'âge									
	18-24 ans	67 (0.5)	6 (0.0)	3 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.0)	189 (1.4)	10 (0.1)	0 (0.0)	278 (2.1)
	25-34 ans	136 (1.0)	17 (0.1)	10 (0.1)	2 (0.0)	6 (0.0)	356 (2.7)	56 (0.4)	2 (0.0)	585 (4.4)
	35-44 ans	189 (1.4)	22 (0.2)	14 (0.1)	1 (0.0)	6 (0.0)	501 (3.8)	44 (0.3)	6 (0.0)	783 (5.9)
	45-54 ans	400 (3.0)	31 (0.2)	23 (0.2)	3 (0.0)	19 (0.1)	880 (6.6)	47 (0.4)	9 (0.1)	1412 (10.6)
	55-64 ans	704 (5.3)	79 (0.6)	40 (0.3)	12 (0.1)	15 (0.1)	1213 (9.1)	56 (0.4)	8 (0.1)	2127 (16.0)
	65-74 ans	1113 (8.4)	113 (0.8)	47 (0.4)	70 (0.5)	15 (0.1)	1631 (12.2)	78 (0.6)	12 (0.1)	3079 (23.1)
	75-84 ans	1322 (9.9)	94 (0.7)	53 (0.4)	252 (1.9)	10 (0.1)	1331 (10.0)	94 (0.7)	28 (0.2)	3184 (23.9)
	≥ 85 ans	855 (6.4)	22 (0.2)	18 (0.1)	311 (2.3)	5 (0.0)	588 (4.4)	51 (0.4)	19 (0.1)	1869 (14.0)
	Total	4786 (35.9)	384 (2.9)	208 (1.6)	651 (4.9)	79 (0.6)	6689 (50.2)	436 (3.3)	84 (0.6)	13317 (100)
Sexe	Féminin	2368 (17.8)	140 (1.1)	90 (0.7)	425 (3.2)	37 (0.3)	3383 (25.4)	284 (2.1)	49 (0.4)	6776 (50.9)
	Masculin	2418 (18.2)	244 (1.8)	118 (0.9)	226 (1.7)	42 (0.3)	3306 (24.8)	152 (1.1)	35 (0.3)	6541 (49.1)
	Total	4786 (35.9)	384 (2.9)	208 (1.6)	651 (4.9)	79 (0.6)	6689 (50.2)	436 (3.3)	84 (0.6)	13317 (100)
Non-participant-e-s LPZ	Raison de non-participation									
	Non Accessible	162 (3.8)	5 (0.1)	8 (0.2)	13 (0.3)	4 (0.1)	509 (12.0)	20 (0.5)	2 (0.0)	723 (17.1)
	Coma ou état critique	130 (3.1)	71 (1.7)	16 (0.4)	7 (0.2)	0 (0.0)	59 (1.4)	1 (0.0)	0 (0.0)	284 (6.7)
	Autre raison	202 (4.8)	22 (0.5)	18 (0.4)	25 (0.6)	5 (0.1)	236 (5.6)	21 (0.5)	0 (0.0)	529 (12.5)
	État cognitif trop mauvais	302 (7.1)	50 (1.2)	19 (0.4)	34 (0.8)	2 (0.0)	193 (4.6)	9 (0.2)	2 (0.0)	611 (14.4)
	Phase terminale	60 (1.4)	6 (0.1)	1 (0.0)	2 (0.0)	0 (0.0)	11 (0.3)	3 (0.1)	0 (0.0)	83 (2.0)
	Refus de participer	783 (18.5)	47 (1.1)	28 (0.7)	96 (2.3)	10 (0.2)	942 (22.3)	54 (1.3)	43 (1.0)	2003 (47.3)
	Total	1639 (38.7)	201 (4.7)	90 (2.1)	177 (4.2)	21 (0.5)	1950 (46.1)	108 (2.6)	47 (1.1)	4233 (100)
Non-participant-e-s BFH	Classe d'âge									
	18-24 ans	9 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.1)	13 (0.9)	2 (0.1)	0 (0.0)	25 (1.7)
	25-34 ans	14 (0.9)	2 (0.1)	1 (0.1)	0 (0.0)	2 (0.1)	31 (2.1)	2 (0.1)	1 (0.1)	53 (3.5)
	35-44 ans	24 (1.6)	2 (0.1)	3 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.1)	52 (3.5)	10 (0.7)	1 (0.1)	93 (6.2)
	45-54 ans	51 (3.4)	9 (0.6)	5 (0.3)	1 (0.1)	1 (0.1)	77 (5.1)	11 (0.7)	1 (0.1)	156 (10.4)
	55-64 ans	70 (4.7)	9 (0.6)	5 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	104 (6.9)	9 (0.6)	2 (0.1)	199 (13.3)
	65-74 ans	111 (7.4)	18 (1.2)	5 (0.3)	5 (0.3)	0 (0.0)	150 (10.0)	15 (1.0)	12 (0.8)	316 (21.1)
	75-84 ans	188 (12.6)	12 (0.8)	5 (0.3)	19 (1.3)	1 (0.1)	147 (9.8)	12 (0.8)	12 (0.8)	396 (26.5)
	≥ 85 ans	137 (9.2)	1 (0.1)	2 (0.1)	21 (1.4)	0 (0.0)	87 (5.8)	8 (0.5)	3 (0.2)	259 (17.3)
	Total	604 (40.3)	53 (3.5)	26 (1.7)	46 (3.1)	6 (0.4)	661 (44.2)	69 (4.6)	32 (2.1)	1497 (100)
Sexe	Féminin	305 (20.4)	23 (1.5)	11 (0.7)	27 (1.8)	5 (0.3)	335 (22.4)	51 (3.4)	22 (1.5)	779 (52.0)
	Masculin	300 (20.0)	29 (1.9)	15 (1.0)	19 (1.3)	1 (0.1)	327 (21.8)	18 (1.2)	10 (0.7)	719 (48.0)
	Total	605 (40.4)	52 (3.5)	26 (1.7)	46 (3.1)	6 (0.4)	662 (44.2)	69 (4.6)	32 (2.1)	1498 (100)
Non-participant-e-s BFH	Raison de non-participation									
	Non Accessible	78 (5.5)	4 (0.3)	6 (0.4)	2 (0.1)	1 (0.1)	195 (13.7)	21 (1.5)	2 (0.1)	309 (21.7)
	Coma ou état critique	55 (3.9)	24 (1.7)	3 (0.2)	1 (0.1)	1 (0.1)	13 (0.9)	1 (0.1)	0 (0.0)	98 (6.9)
	Autre raison	19 (1.3)	2 (0.1)	3 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	20 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	44 (3.1)
	État cognitif trop mauvais	112 (7.9)	7 (0.5)	6 (0.4)	8 (0.6)	0 (0.0)	77 (5.4)	5 (0.4)	3 (0.2)	218 (15.3)
	Phase terminale	21 (1.5)	2 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.1)	0 (0.0)	7 (0.5)	6 (0.4)	1 (0.1)	38 (2.7)
	Refus de participer	303 (21.3)	12 (0.8)	8 (0.6)	24 (1.7)	2 (0.1)	328 (23.1)	27 (1.9)	10 (0.7)	714 (50.2)
	Total	588 (41.4)	51 (3.6)	26 (1.8)	36 (2.5)	4 (0.3)	640 (45.0)	60 (4.2)	16 (1.1)	1421 (100)
Informations complémentaires Raison de non-participation	Langue	19 (13.4)	2 (1.4)	0 (0.0)	1 (0.7)	-	28 (19.7)	3 (2.1)	2 (1.4)	55 (38.7)
	Faiblesse/Fatigue	18 (12.7)	2 (1.4)	0 (0.0)	3 (2.1)	-	16 (11.3)	0 (0.0)	3 (2.1)	42 (29.6)
	Phase pré/post-opératoire	1 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)	-	14 (9.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (11.3)
	Sortie	6 (4.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	9 (6.3)	2 (1.4)	1 (0.7)	18 (12.7)
	Refus membres de la famille	2 (1.4)	0 (0.0)	1 (0.7)	0 (0.0)	-	3 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (4.2)
	Membres de la famille non joignables	4 (2.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)	-	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (3.5)
	Total	50 (35.2)	4 (2.8)	1 (0.7)	6 (4.2)	-	70 (49.3)	6 (4.2)	5 (3.5)	142 (100)

Tableau 30 : taux de réponse au niveau des sites hospitaliers*

Hôpital	Participation non	Participation oui
Numéro	n (%)	n (%)
1	63 (26.7)	173 (73.3)
2	24 (26.4)	67 (73.6)
3	0 (0)	43 (100)
4	7 (21.2)	26 (78.8)
5	2 (10)	18 (90)
6	148 (41.2)	211 (58.8)
7	0 (0)	12 (100)
8	16 (32.7)	33 (67.3)
9	42 (35.9)	75 (64.1)
10	23 (17.6)	108 (82.4)
11	8 (23.5)	26 (76.5)
12	36 (32.4)	75 (67.6)
13	11 (30.6)	25 (69.4)
14	26 (29.2)	63 (70.8)
15	22 (11.3)	172 (88.7)
16	56 (23.4)	183 (76.6)
17	56 (25.6)	163 (74.4)
18	18 (40.9)	26 (59.1)
19	18 (32.1)	38 (67.9)
20	4 (6.5)	58 (93.5)
21	21 (26.9)	57 (73.1)
22	13 (33.3)	26 (66.7)
23	0 (0.0)	6 (100)
24	21 (21.2)	78 (78.8)
25	98 (27.1)	263 (72.9)
26	17 (16.8)	84 (83.2)
27	11 (13.8)	69 (86.3)
28	26 (15.5)	142 (84.5)
29	43 (26.9)	117 (73.1)
30	14 (23.7)	45 (76.3)
31	46 (23.8)	147 (76.2)
32	0 (0.0)	23 (100)
33	3 (6.3)	45 (93.8)
34	3 (5.8)	49 (94.2)
35	32 (35.2)	59 (64.8)
36	7 (35)	13 (65)
37	17 (26.6)	47 (73.4)
38	118 (20.5)	459 (79.5)
39	13 (21.3)	48 (78.7)
40	30 (17.8)	139 (82.2)
41	1 (3.7)	26 (96.3)
42	1 (7.1)	13 (92.9)
43	29 (35.8)	52 (64.2)
44	35 (25.2)	104 (74.8)

Hôpital	Participation non	Participation oui
Numéro	n (%)	n (%)
45	9 (22)	32 (78)
46	35 (16.2)	181 (83.8)
47	25 (40.3)	37 (59.7)
48	14 (10.1)	125 (89.9)
49	38 (19.7)	155 (80.3)
50	32 (26.9)	87 (73.1)
51	6 (15.8)	32 (84.2)
52	7 (16.7)	35 (83.3)
53	14 (23)	47 (77)
54	19 (30.6)	43 (69.4)
55	8 (22.9)	27 (77.1)
56	3 (20)	12 (80)
57	1 (10)	9 (90)
58	8 (18.2)	36 (81.8)
59	143 (22.1)	504 (77.9)
60	53 (23.1)	176 (76.9)
61	83 (22.8)	281 (77.2)
62	23 (27.7)	60 (72.3)
63	3 (10.7)	25 (89.3)
64	3 (8.1)	34 (91.9)
65	14 (19.2)	59 (80.8)
66	4 (16)	21 (84)
67	1 (14.3)	6 (85.7)
68	146 (32.4)	304 (67.6)
69	18 (39.1)	28 (60.9)
70	22 (35.5)	40 (64.5)
71	57 (31.3)	125 (68.7)
72	74 (32.3)	155 (67.7)
73	4 (16.7)	20 (83.3)
74	14 (16.7)	70 (83.3)
75	26 (41.3)	37 (58.7)
76	8 (57.1)	6 (42.9)
77	4 (30.8)	9 (69.2)
78	17 (15.6)	92 (84.4)
79	12 (15.4)	66 (84.6)
80	4 (9.3)	39 (90.7)
81	7 (58.3)	5 (41.7)
82	40 (24)	127 (76)
83	121 (25.7)	350 (74.3)
84	21 (28.8)	52 (71.2)
85	15 (20.3)	59 (79.7)
86	7 (13.5)	45 (86.5)
87	2 (15.4)	11 (84.6)
88	16 (19.3)	67 (80.7)
89	15 (15)	85 (85)

Hôpital	Participation non	Participation oui
Numéro	n (%)	n (%)
90	47 (35.6)	85 (64.4)
91	37 (21.4)	136 (78.6)
92	6 (9.7)	56 (90.3)
93	9 (32.1)	19 (67.9)
94	46 (36.2)	81 (63.8)
95	7 (43.8)	9 (56.3)
96	21 (20.8)	80 (79.2)
97	3 (18.8)	13 (81.3)
98	9 (18)	41 (82)
99	12 (34.3)	23 (65.7)
100	16 (21.3)	59 (78.7)
101	31 (32)	66 (68)
102	17 (34)	33 (66)
103	4 (16)	21 (84)
104	29 (27.9)	75 (72.1)
105	8 (14.3)	48 (85.7)
106	3 (25)	9 (75)
107	75 (37.3)	126 (62.7)
108	26 (32.1)	55 (67.9)
109	21 (31.8)	45 (68.2)
110	5 (16.1)	26 (83.9)
111	12 (13.3)	78 (86.7)
112	34 (46.6)	39 (53.4)
113	1 (4.5)	21 (95.5)
114	0 (0)	35 (100)
115	2 (12.5)	14 (87.5)
116	7 (15.2)	39 (84.8)
117	25 (40.3)	37 (59.7)
118	15 (40.5)	22 (59.5)
119	2 (50)	2 (50)
120	2 (6.1)	31 (93.9)
121	35 (45.5)	42 (54.5)
122	8 (42.1)	11 (57.9)
123	1 (3.7)	26 (96.3)
124	76 (33.6)	150 (66.4)
125	12 (22.2)	42 (77.8)
126	18 (27.3)	48 (72.7)
127	0 (0)	20 (100)
128	20 (23.5)	65 (76.5)
129	124 (20.1)	492 (79.9)
130	23 (45.1)	28 (54.9)
131	19 (21.6)	69 (78.4)
132	74 (31.6)	160 (68.4)
133	13 (40.6)	19 (59.4)
134	74 (25)	222 (75)

Hôpital	Participation non	Participation oui
Numéro	n (%)	n (%)
135	2 (13.3)	13 (86.7)
136	2 (33.3)	4 (66.7)
137	42 (21)	158 (79)
138	7 (13.2)	46 (86.8)
139	24 (15.8)	128 (84.2)
140	13 (43.3)	17 (56.7)
141	12 (27.9)	31 (72.1)
142	20 (16.1)	104 (83.9)
143	8 (7.1)	104 (92.9)
144	0 (0)	1 (100)
145	32 (28.8)	79 (71.2)
146	1 (7.7)	12 (92.3)
147	66 (50.8)	64 (49.2)
148	0 (0)	41 (100)
149	37 (36.3)	65 (63.7)
150	1 (20)	4 (80)
151	0 (0)	17 (100)
152	23 (22.1)	81 (77.9)
153	6 (9.5)	57 (90.5)
154	14 (50)	14 (50)
155	130 (21.3)	480 (78.7)
156	0 (0)	9 (100)
157	5 (62.5)	3 (37.5)
158	31 (27.4)	82 (72.6)
159	15 (24.2)	47 (75.8)
160	32 (20.1)	127 (79.9)
161	0 (0)	3 (100)
162	20 (25)	60 (75)
163	2 (14.3)	12 (85.7)
164	0 (0)	7 (100)
165	3 (12.5)	21 (87.5)
166	15 (15.6)	81 (84.4)
167	1 (4.8)	20 (95.2)
168	5 (5)	96 (95)
169	4 (44.4)	5 (55.6)
170	3 (9.7)	28 (90.3)
171	0 (0)	4 (100)
172	13 (27.7)	34 (72.3)
173	6 (17.1)	29 (82.9)
174	5 (55.6)	4 (44.4)
175	0 (0)	9 (100)
176	38 (23.8)	122 (76.3)
177	0 (0)	4 (100)
178	27 (50.9)	26 (49.1)
179	1 (3.3)	29 (96.7)

Hôpital	Participation non	Participation oui
Numéro	n (%)	n (%)
180	0 (0)	7 (100)
181	121 (19.2)	508 (80.8)
182	10 (50)	10 (50)
183	0 (0)	1 (100)
184	0 (0)	4 (100)
185	10 (21.7)	36 (78.3)
186	7 (46.7)	8 (53.3)
187	0 (0)	3 (100)
188	13 (41.9)	18 (58.1)
189	2 (100)	0 (0)

* Aucune donnée de patient-e fournie pour un des hôpitaux ayant participé (non-participation)

Tableau 31 : besoin d'aide par type d'hôpital

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires (n=2443)	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=6243)	Hôpitaux soins de base (n=3667)	Cliniques spécialisées (n=964)	Total hôpitaux (n=13317)
Besoin d'aide*	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Non	1044 (27.8)	2461 (23.8)	1593 (27.6)	376 (25.2)	5474 (41.1)
Besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (ADL)	1314 (35.0)	3620 (35.1)	1910 (33.1)	556 (37.3)	7400 (55.6)
Besoin d'aide pour les tâches ménagères (HDL)	738 (19.7)	2201 (21.3)	1212 (21.0)	295 (19.8)	4446 (33.4)
ADL + HDL	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Besoin d'aide ADL et HDL	653 (17.4)	2039 (19.8)	1048 (18.2)	263 (17.7)	4003 (30.1)

*Afin de pouvoir distinguer clairement les données de l'échelle de dépendance aux soins de celles du domaine ADL/HDL, le terme « besoin d'aide » sera utilisé en matière d'ADL/HDL à la place du terme « besoin de soins ».

Tableau 32 : prévalence nosocomiale, catégorie 1 – 4, par unité de soins dans les types d'hôpitaux

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires (n=2443)	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=6243)	Hôpitaux soins de base (n=3667)	Cliniques spécialisées (n=964)	Total hôpitaux (n=13317)
Type d'unité de soins n	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Non chirurgicale	45 (4.7)	101 (4.2)	41 (2.9)	0 (0.0)	187 (3.9)
Chirurgicale	61 (5.2)	116 (3.9)	61 (3.2)	7 (1.1)	245 (3.7)
Soins intensifs	33 (26.8)	14 (7.8)	6 (7.5)	0 (0.0)	53 (13.8)
Soins continus/soins continus de la chirurgie cardiaque	2 (3.0)	4 (4.4)	2 (4.3)	1 (20.0)	9 (4.3)
Gériatrie aiguë	0 (0.0)	41 (10.1)	9 (9.3)	14 (9.5)	64 (9.8)
Réadaptation	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (8.3)	7 (8.3)
Court séjour	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Psychiatrie	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Divers	4 (3.9)	3 (1.7)	1 (1.1)	3 (4.3)	11 (2.5)
Total	145 (5.9)	279 (4.5)	120 (3.3)	32 (3.3)	576 (4.3)

Tableau 33 : diagnostic(s) médical/médicaux des patient-e-s avec une escarre nosocomiale, catégorie 2 – 4

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires (n=2443)	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=6243)	Hôpitaux soins de base (n=3667)	Cliniques spécialisées (n=964)	Total hôpitaux (n=13317)
Diagnostic(s) médical/médicaux *	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Maladies de l'appareil circulatoire	44 (65.7)	71 (64.5)	30 (55.6)	7 (53.8)	152 (62.3)
Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	20 (29.9)	52 (47.3)	30 (55.6)	6 (46.2)	108 (44.3)
Maladies de l'appareil respiratoire	28 (41.8)	41 (37.3)	14 (25.9)	4 (30.8)	87 (35.7)
Maladies de l'appareil génito-urinaire	21 (31.1)	37 (33.6)	22 (40.7)	1 (7.7)	81 (33.2)
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métab.	15 (22.4)	37 (33.6)	12 (22.2)	5 (38.5)	69 (28.3)
Maladies de l'appareil digestif	22 (32.8)	27 (24.5)	12 (22.2)	2 (15.4)	63 (25.8)
Tumeurs	18 (26.9)	28 (25.5)	12 (22.2)	5 (38.5)	63 (25.8)
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	11 (16.4)	30 (27.3)	11 (20.4)	3 (23.1)	55 (22.5)

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires (n=2443)	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=6243)	Hôpitaux soins de base (n=3667)	Cliniques spécialisées (n=964)	Total hôpitaux (n=13317)
Diagnostic(s) médical/médicaux *	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Maladies infectieuses et parasitaires	20 (29.9)	24 (21.8)	8 (14.8)	2 (15.4)	54 (22.1)
Maladies du système nerveux	13 (19.4)	20 (18.2)	9 (16.7)	2 (15.4)	44 (18.0)
Diabète mellitus	9 (13.4)	25 (22.7)	7 (13.0)	2 (15.4)	43 (17.6)
Troubles mentaux et du comportement	11 (16.4)	21 (19.1)	7 (13.0)	2 (15.4)	41 (16.8)
Maladies de peau/tissu cellulaire sous-cutané	8 (11.9)	14 (12.7)	5 (9.3)	0 (0.0)	27 (11.1)
Lésions traumatiques et autres conséquences de causes externes	11 (16.4)	13 (11.8)	1 (1.9)	0 (0.0)	25 (10.2)
Démence	5 (7.5)	13 (11.8)	4 (7.4)	3 (23.1)	25 (10.2)
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	6 (9.0)	9 (8.2)	5 (9.3)	2 (15.4)	22 (9.0)
Symptômes et résultats anormaux (ex. clinique et labo) non classés	1 (1.5)	10 (9.1)	3 (5.6)	2 (15.4)	16 (6.6)
AVC/hémiparésie	5 (7.5)	6 (5.5)	3 (5.6)	1 (7.7)	15 (6.1)
Maladies de l'œil et de ses annexes	3 (4.5)	8 (7.3)	2 (3.7)	0 (0.0)	13 (5.3)
Overdoses, abus/dépendance de/aux psychotropes	4 (6.0)	4 (3.6)	1 (1.9)	1 (7.7)	10 (4.1)
Malform. congénitales et anomalies chromosomiques	1 (1.5)	1 (0.9)	2 (3.7)	1 (7.7)	5 (2.0)
Lésions médullaires/paraplégie	1 (1.5)	3 (2.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (1.6)
Causes externes de morbidité	2 (3.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.7)	3 (1.2)
Nombre de diagnostics (moyenne) par participant-e	4.2	4.5	3.7	4.0	4.2
Total	67 (27.5)	110 (45.1)	54 (22.1)	13 (5.3)	244 (100)

*plusieurs mentions

Tableau 34 : nombre total d'escarres selon la catégorie d'escarre la plus élevée et 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
Total	202 (100)	461 (100)	232 (100)	60 (100)	955 (100)
Escarres	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Catégorie 1	96 (47.5)	226 (49.0)	111 (47.8)	30 (50.0)	463 (48.5)
Catégorie 2	65 (32.2)	146 (31.7)	86 (37.1)	16 (26.7)	313 (32.8)
Catégorie 3	23 (11.4)	58 (12.6)	23 (9.9)	11 (18.3)	115 (12.0)
Catégorie 4	18 (8.9)	31 (6.7)	12 (5.2)	3 (5.0)	64 (6.7)

Tableau 35 : 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
Total patient-e-s	202 (100)	461 (100)	232 (100)	60 (100)	955* (100)
Localisation des parties du corps	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)**
Occiput	3 (1.5)	2 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (0.5)
Visage	7 (3.5)	8 (1.7)	1 (0.4)	0 (0.0)	16 (1.7)
Oreille ga (gauche)	6 (3.0)	14 (3.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	21 (2.2)
Oreille dr (droite)	5 (2.5)	17 (3.7)	3 (1.3)	0 (0.0)	25 (2.6)
Coude ga	4 (2.0)	26 (5.6)	8 (3.5)	1 (1.7)	39 (4.1)
Coude dr	5 (2.5)	19 (4.1)	11 (4.8)	1 (1.7)	36 (3.8)
Sacrum	95 (47.0)	197 (42.6)	107 (46.5)	26 (43.3)	425 (44.5)
Tubérosité ischiatique ga	4 (2.0)	9 (1.9)	13 (5.7)	1 (1.7)	27 (2.8)
Tubérosité ischiatique dr	4 (2.0)	7 (1.5)	11 (4.8)	3 (5.0)	25 (2.6)
Hanche ga	3 (1.5)	7 (1.5)	2 (0.9)	0 (0.0)	12 (1.3)
Hanche dr	1 (0.5)	7 (1.5)	5 (2.2)	0 (0.0)	13 (1.4)
Cheville ga	4 (2.0)	9 (1.9)	4 (1.7)	2 (3.3)	19 (2.0)
Cheville dr	6 (3.0)	20 (4.3)	4 (1.7)	2 (3.3)	32 (3.4)
Talon ga	44 (21.8)	103 (22.3)	44 (19.1)	12 (20.0)	203 (21.3)
Talon dr	54 (26.7)	95 (20.6)	37 (16.1)	13 (21.7)	199 (20.9)
Autre localisation ga	20 (9.9)	45 (9.7)	27 (11.7)	10 (16.7)	102 (10.7)
Autre localisation dr	23 (11.4)	54 (11.7)	38 (16.5)	11 (18.3)	126 (13.2)
Total lésions	288	639	316	82	1325

* Il n'y a aucune donnée pour 1 patient-e

**Les chiffres absolus des localisations sur les parties du corps font référence au nombre d'escarres. La valeur exprimée en pour-

centage 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.

Tableau 36 : durée de l'escarre

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires (n=2443)	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=6243)	Hôpitaux soins de base (n=3667)	Cliniques spécialisées (n=964)	Total hôpitaux (n=13317)
Total patient-e-s avec des escarres	202 (100)	462 (100)	230 (100)	60 (100)	954 (100)
Durée des escarres	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Escarres depuis ≤ 2 semaines	122 (60.4)	265 (57.4)	137 (59.6)	30 (50.0)	554 (58.1)
Escarres depuis > 2 semaines et ≤ 3 mois	70 (34.7)	158 (34.2)	68 (29.6)	24 (40.0)	320 (33.5)
Escarres depuis > 3 mois et ≤ 6 mois	5 (2.5)	23 (5.0)	13 (5.7)	2 (3.3)	43 (4.5)
Escarres depuis > 6 mois et ≤ 12 mois	8 (4.0)	13 (2.8)	8 (3.5)	1 (1.7)	30 (3.1)
Escarres depuis > 1 année	7 (3.5)	19 (4.1)	11 (4.8)	4 (6.7)	41 (4.3)

*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. Pour 1 cas, aucune information n'est disponible à ce sujet.

Tableau 37 : patient-e-s avec des douleurs dues à une escarre par type d'hôpital*

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires (n=2443)	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=6243)	Hôpitaux soins de base (n=3667)	Cliniques spécialisées (n=964)	Total hôpitaux (n=13317)
Nombres de patient-e-s					
Total des patient-e-s avec escarres n (%)	202 (100)	459 (100)	230 (100)	60 (100)	951 (100)
Douleurs (oui) n (%)	54 (26.7)	102 (22.2)	58 (25.2)	15 (25.0)	229 (24.1)
Valeur moyenne relative aux douleurs (SD)	3.9 (2.2)	3.5 (1.8)	3.7 (1.6)	3.8 (2.3)	3.7 (1.9)
Intensité des douleurs ≥ 7 patient-e-s avec douleurs n (%)	7 (3.5)	7 (1.5)	4 (1.7)	2 (3.3)	20 (2.1)

* Pour 4 patient-e-s, il n'y a aucune donnée concernant la douleur.

Tableau 38 : mesures de prévention et moyens auxiliaires chez les patient-e-s ayant un risque d'escarre 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 (n=6319)	1288 (100)	3103 (100)	1559 (100)	369 (100)
Mesures de prévention	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Changement de position en étant couché-e suivant un horaire indiv. préétabli	411 (31.9)	1032 (33.3)	383 (24.6)	93 (25.2)
Changement de position en étant assis-e suivant un horaire indiv. préétabli	126 (9.8)	237 (7.6)	112 (7.2)	18 (4.9)
Stimuler la mobilisation	697 (54.1)	2139 (68.9)	983 (63.1)	294 (79.7)
Prév./correct. déficits nutrition ou liquid.	335 (26.0)	957 (30.8)	388 (24.9)	131 (35.5)
Info patient-e/proches assumant des soins	205 (15.9)	854 (27.5)	415 (26.6)	109 (29.5)
Réduction de la pression sur d'autres emplacements du corps à risque	190 (14.8)	463 (14.9)	228 (14.6)	63 (17.1)
Réduction de la pression sur les talons	397 (30.8)	1104 (35.6)	481 (30.9)	175 (47.4)
Pommades ou crèmes pour la protection de la peau	646 (50.2)	1585 (51.1)	730 (46.8)	192 (52.0)
Autre mesure	48 (3.7)	149 (4.8)	67 (4.3)	16 (4.3)
Aucune mesure	268 (20.8)	430 (13.9)	292 (18.7)	26 (7.0)
Patient-e refuse toutes les mesures proposées	1 (0.1)	3 (0.1)	8 (0.5)	1 (0.3)
Autres moyens auxiliaires	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Protection du coude	20 (1.6)	21 (0.7)	14 (0.9)	3 (0.8)
Protection des talons	70 (5.4)	113 (3.6)	66 (4.2)	52 (14.1)
Peaux de mouton	1 (0.1)	4 (0.1)	4 (0.3)	2 (0.5)
Peaux de mouton synthétique	8 (0.6)	7 (0.2)	8 (0.5)	0 (0.0)
Autre moyen	53 (4.1)	222 (7.2)	108 (6.9)	71 (19.2)
Aucun	1143 (88.7)	2757 (88.8)	1369 (87.8)	273 (74.0)
Patient-e refuse toutes les mesures proposées	1 (0.1)	7 (0.2)	9 (0.6)	0 (0.0)

Tableau 39 : matelas/surmatelas de prévention des escarres comme mesure de prévention chez les patient-e-s ayant un risque d'escarre 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
Patient-e-s à risque d'escarres Total (n=6319)	1288 (100)	3103 (100)	1559 (100)	369 (100)
Matelas/Surmatelas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Matelas dynamique à basse pression alternée	142 (11.0)	170 (5.5)	66 (4.2)	20 (5.4)
Lit à air	22 (1.7)	30 (1.0)	23 (1.5)	4 (1.1)
Matelas en mousse latex refroidie	525 (40.8)	579 (18.7)	361 (23.2)	79 (21.4)
Matelas en mousse visco-élastique	219 (17.0)	833 (26.8)	347 (22.3)	57 (15.4)
Autres	28 (2.2)	404 (13.0)	88 (5.6)	27 (7.3)
Pas de matelas ou surmatelas de prévention des escarres	352 (27.3)	1085 (35.0)	668 (42.8)	181 (49.1)
Patient-e refuse toutes les mesures proposées	0 (0.0)	2 (0.1)	6 (0.4)	1 (0.3)

Tableau 40 : mesures préventives en position assise chez les patient-e-s à risque avec escarre 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 des patient-e-s avec escarres (n=987)	194 (100)	445 (100)	281 (100)	67 (100)
Coussins	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Coussin de gel	7 (3.7)	13 (3.2)	8 (4.1)	5 (10.0)
Coussin d'air/ en coquille d'œuf	3 (1.6)	10 (2.4)	5 (2.6)	1 (2.0)
Coussin à mousse	37 (19.5)	58 (14.1)	37 (19.1)	7 (14.0)
Autre coussin	6 (3.2)	34 (8.3)	16 (8.2)	5 (10.0)
Pas de coussin de prévention des escarres	111 (58.4)	262 (63.9)	117 (60.3)	25 (50.0)
Non pertinent	25 (13.2)	32 (7.8)	11 (5.7)	7 (14.0)
Patient-e refuse toutes les mesures proposées	1 (0.5)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)

Tableau 41 : mesures préventives générales et moyens auxiliaires chez les patient-e-s avec escarres 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 des patient-e-s avec escarres (n=955)	202 (100)	461 (100)	232 (100)	60 (100)
Mesures générales	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Changement de position en étant couché-e suivant un horaire indiv. préétabli	101 (50.0)	245 (53.1)	96 (41.4)	23 (38.3)
Changement de position en étant assis-e suivant un horaire indiv. préétabli	35 (17.3)	62 (13.4)	29 (12.5)	5 (8.3)
Stimuler la mobilisation	97 (48.0)	333 (72.2)	157 (67.7)	46 (76.7)
Prév./correct. déficits nutrition ou liquid.	87 (43.1)	202 (43.8)	78 (33.6)	30 (50.0)
Info patient-e/proches assumant des soins	37 (18.3)	163 (35.4)	68 (29.3)	24 (40.0)
Réduction de la pression sur d'autres emplacements du corps à risque	51 (25.2)	136 (29.5)	80 (34.5)	15 (25.0)
Réduction de la pression sur les talons	103 (51.0)	255 (55.3)	110 (47.4)	32 (53.3)
Pommades ou crèmes pour la protection de la peau	137 (67.8)	297 (64.4)	163 (70.3)	37 (61.7)
Autre mesure	12 (5.9)	41 (8.9)	24 (10.3)	3 (5.0)
Aucune mesure	21 (10.4)	27 (5.9)	21 (9.1)	2 (3.3)
Patient-e refuse toutes les mesures proposées	0 (0.0)	1 (0.2)	2 (0.9)	1 (1.7)
Autres moyens auxiliaires	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Protection du coude	9 (4.5)	4 (0.9)	9 (3.9)	0 (0.0)
Protection des talons	29 (14.4)	47 (10.2)	22 (9.5)	6 (10.0)
Peaux de mouton	0 (0.0)	2 (0.4)	2 (0.9)	1 (1.7)
Peaux de mouton synthétique	1 (0.5)	3 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
Autre moyen	13 (6.4)	65 (14.1)	30 (12.9)	13 (21.7)
Aucun	153 (75.7)	344 (74.6)	175 (75.4)	42 (70.0)
Patient-e refuse toutes les mesures proposées	0 (0.0)	1 (0.2)	2 (0.9)	0 (0.0)

Tableau 42 : matelas et surmatelas de prévention des escarres comme mesure préventive chez les patient-e-s avec escarre 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 (%)
Total des patient-e-s avec escarres (n=955)	202 (100)	461 (100)	232 (100)	60 (100)
Matelas dynamique à basse pression alternée	63 (31.2)	86 (18.7)	35 (15.1)	9 (15.0)
Lit à air	13 (6.4)	13 (2.8)	8 (3.4)	0 (0.0)
Matelas en mousse latex refroidie	69 (34.2)	67 (14.5)	55 (23.7)	22 (36.7)
Matelas en mousse visco-élastique	26 (12.9)	150 (32.5)	53 (22.8)	7 (11.7)
Autres	8 (4.0)	36 (7.8)	6 (2.6)	7 (11.7)
Pas de matelas ou surmatelas de prévention des escarres	23 (11.4)	108 (23.4)	75 (32.3)	15 (25.0)
Patient-e refuse toutes les mesures proposées	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)

Tableau 43 : mesures de prévention en position assise chez les patient-e-s ayant un risque d'escarre 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 des patient-e-s avec risque d'escarres Total (n=6319)	1288 (100)	3103 (100)	1559 (100)	369 (100)
Coussins	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Coussin de gel	26 (2.0)	41 (1.3)	24 (1.5)	9 (2.4)
Coussin d'air/ en coquille d'œuf	7 (0.5)	27 (0.9)	8 (0.5)	6 (1.6)
Coussin à mousse	124 (9.6)	231 (7.4)	108 (6.9)	29 (7.9)
Autre coussin	45 (3.5)	168 (5.4)	95 (6.1)	25 (6.8)
Pas de coussin de prévention des escarres	944 (73.3)	2464 (79.4)	1244 (79.8)	279 (75.6)
Non pertinent (position assise pas possible)	140 (10.9)	166 (5.3)	76 (4.9)	21 (5.7)
Patient-e refuse toutes les mesures proposées	2 (0.2)	6 (0.2)	4 (0.3)	0 (0.0)

Tableau 44 : pansements pour escarres de catégorie 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
Total des patient-e-s avec des escarres de catégorie 1	108 (100)	245 (100)	121 (100)	34 (100)
Matériel de pansement	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Alginates	0 (0.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
Pansement sec	2 (1.9)	13 (5.3)	12 (9.9)	1 (2.9)
Pansement humide	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Pansement transparent	10 (9.3)	3 (1.2)	4 (3.3)	0 (0.0)
Compresses pommadées et pommades antibactériennes	4 (3.7)	11 (4.5)	16 (13.2)	1 (2.9)
Pansements antibactériens	0 (0.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
Pansement imprégné gras	3 (2.8)	3 (1.2)	0 (0.0)	1 (2.9)
Hydrocolloïdes	5 (4.6)	15 (6.1)	4 (3.3)	4 (11.8)
Pansement autoadhésif en mousse	6 (5.6)	18 (7.3)	4 (3.3)	0 (0.0)
Hydrogel	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Hydrofibre	1 (0.9)	2 (0.8)	1 (0.8)	1 (2.9)
Thérapie par pression négative	1 (0.9)	3 (1.2)	1 (0.8)	1 (2.9)
Autres traitements des plaies	8 (7.4)	26 (10.6)	14 (11.6)	1 (2.9)
Aucun	109 (100.9)	251 (102.4)	104 (86.0)	31 (91.2)

* Les chiffres en valeur absolue se rapportent au nombre d'escarres. Les valeurs en pourcentage se rapportent au total des adultes avec une escarre de catégorie 1.

Tableau 45 : traitement des plaies d'escarres de catégorie 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
Total des patient-e-s avec des escarres de catégorie 2	74 (100)	153 (100)	89 (100)	19 (100)
Matériel de pansement	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Alginates	2 (2.7)	4 (2.6)	5 (5.6)	1 (5.3)
Pansement sec	11 (14.9)	21 (13.7)	11 (12.4)	4 (21.1)
Pansement humide	0 (0.0)	1 (0.7)	3 (3.4)	0 (0.0)
Pansement transparent	3 (4.1)	4 (2.6)	0 (0.0)	2 (10.5)
Compresses pommadées et pommades antibactériennes	6 (8.1)	3 (2.0)	6 (6.7)	3 (15.8)
Pansements antibactériens	0 (0.0)	1 (0.7)	1 (1.1)	0 (0.0)
Pansement imprégné gras	8 (10.8)	5 (3.3)	3 (3.4)	2 (10.5)
Hydrocolloïdes	16 (21.6)	34 (22.2)	23 (25.8)	1 (5.3)
Pansement autoadhésif en mousse	5 (6.8)	34 (22.2)	7 (7.9)	2 (10.5)
Hydrogel	1 (1.4)	3 (2.0)	3 (3.4)	0 (0.0)
Hydrofibre	3 (4.1)	10 (6.5)	4 (4.5)	1 (5.3)
Thérapie par pression négative	0 (0.0)	1 (0.7)	0 (0.0)	1 (5.3)
Autres traitements des plaies	5 (6.8)	11 (7.2)	14 (15.7)	0 (0.0)
Aucun	26 (35.1)	50 (32.7)	27 (30.3)	10 (52.6)

* Les chiffres absolus se rapportent au nombre d'escarres. Les valeurs en pourcentage se rapportent au total des adultes avec une escarre de catégorie 2.

Tableau 46 : traitement des plaies d'escarres de catégorie 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
Total des patient-e-s avec des escarres de catégorie 3	28 (100)	60 (100)	25 (100)	11 (100)
Matériel de pansement	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Alginates	2 (7.1)	4 (6.7)	3 (12.0)	3 (27.3)
Pansement sec	0 (0.0)	5 (8.3)	2 (8.0)	1 (9.1)
Pansement humide	3 (10.7)	2 (3.3)	1 (4.0)	0 (0.0)
Pansement transparent	2 (7.1)	2 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
Compresses pommadées et pommades antibactériennes	5 (17.9)	0 (0.0)	4 (16.0)	0 (0.0)
Pansements antibactériens	0 (0.0)	3 (5.0)	2 (8.0)	0 (0.0)
Pansement imprégné gras	0 (0.0)	2 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
Hydrocolloïdes	3 (10.7)	7 (11.7)	10 (40.0)	1 (9.1)
Pansement autoadhésif en mousse	3 (10.7)	17 (28.3)	1 (4.0)	1 (9.1)
Hydrogel	3 (10.7)	6 (10.0)	3 (12.0)	1 (9.1)
Hydrofibre	3 (10.7)	6 (10.0)	1 (4.0)	2 (18.2)
Thérapie par pression négative	1 (3.6)	3 (5.0)	3 (12.0)	0 (0.0)
Autres traitements des plaies	0 (0.0)	2 (3.3)	2 (8.0)	0 (0.0)
Aucun	6 (21.4)	14 (23.3)	3 (12.0)	2 (18.2)

* Les chiffres absolus se rapportent au nombre d'escarres. Les valeurs en pourcentage se rapportent au total des adultes avec une escarre de catégorie 3.

Tableau 47 : traitement des plaies d'escarres de catégorie 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
Total des patient-e-s avec des escarres de catégorie 4	18 (100)	33 (100)	13 (100)	3 (100)
Matériel de pansement	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Alginates	0 (0.0)	2 (6.1)	1 (7.7)	0 (0.0)
Pansement sec	2 (11.1)	7 (21.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
Pansement humide	0 (0.0)	2 (6.1)	2 (15.4)	1 (33.3)
Pansement transparent	2 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Compresses pommadées et pommades antibactériennes	5 (27.8)	0 (0.0)	1 (7.7)	0 (0.0)
Pansements antibactériens	4 (22.2)	0 (0.0)	1 (7.7)	0 (0.0)
Pansement imprégné gras	2 (11.1)	0 (0.0)	2 (15.4)	0 (0.0)
Hydrocolloïdes	0 (0.0)	1 (3.0)	2 (15.4)	0 (0.0)
Pansement autoadhésif en mousse	1 (5.6)	3 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
Hydrogel	1 (5.6)	3 (9.1)	1 (7.7)	0 (0.0)
Hydrofibre	0 (0.0)	3 (9.1)	1 (7.7)	1 (33.3)
Thérapie par pression négative	0 (0.0)	5 (15.2)	1 (7.7)	0 (0.0)
Autres traitements des plaies	0 (0.0)	2 (6.1)	1 (7.7)	0 (0.0)
Aucun	5 (27.8)	9 (27.3)	1 (7.7)	1 (33.3)

* Les chiffres absolus se rapportent au nombre d'escarres. Les valeurs en pourcentage se rapportent au total des adultes avec une escarre de catégorie 4.

Tableau 48 : 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	5 (100)	58 (90.6)	75 (92.6)	31 (79.5)	169 (89.4)
Standard/directive pour la prévention et le traitement des escarres	5 (100)	60 (93.8)	68 (84.0)	17 (43.6)	150 (79.4)
Personne désignée à vérifier et actualiser le standard	5 (100)	61 (95.3)	68 (84.0)	16 (41.0)	150 (79.4)
Standard/directive pour la gestion du matériel de prévention	3 (60.0)	57 (89.1)	63 (77.8)	23 (59.0)	146 (77.2)
Formation continue durant les 2 dernières années	4 (80.0)	40 (62.5)	35 (43.2)	13 (33.3)	92 (48.7)
Groupe multidisciplinaire spécialisé dans le domaine des escarres	4 (80.0)	39 (60.9)	28 (34.6)	9 (23.1)	80 (42.3)
Brochure d'informations	1 (20.0)	5 (7.8)	20 (24.7)	3 (7.7)	29 (15.3)
Total hôpitaux (sites)	5 (100)	64 (100)	81 (100)	39 (100)	189 (100)

Tableau 49 : 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 (%)
Mise à disposition du matériel de prévention et traitement (24h)	193 (96.5)	535 (99.1)	372 (99.7)	88 (97.8)	1188 (98.8)
Documentation des mesures appliquées	194 (97.0)	533 (98.7)	355 (95.2)	78 (86.7)	1160 (96.4)
Informations standardisées lors de transfert	187 (93.5)	508 (94.1)	347 (93.0)	72 (80.0)	1114 (92.6)
Saisie et documentation du risque d'escarre.	186 (93.0)	495 (91.7)	351 (94.1)	59 (65.6)	1091 (90.7)
Application du standard vérifié systématiquement	152 (76.0)	446 (82.6)	222 (59.5)	52 (57.8)	872 (72.5)
Personne spécialisée pour la prise en charge des escarres	150 (75.0)	339 (62.8)	162 (43.4)	19 (21.1)	670 (55.7)
Colloques multidisciplinaires	55 (27.5)	283 (52.4)	144 (38.6)	51 (56.7)	533 (44.3)
Brochure d'informations	1 (0.5)	38 (7.0)	62 (16.6)	6 (6.7)	107 (8.9)

Total unités de soins	200 (100)	540 (100)	373 (100)	90 (100)	1203 (100)
------------------------------	------------------	------------------	------------------	-----------------	-------------------

Tableau 50 : Diagnostic(s) médical/médicaux pour les patient-e-s qui ont chuté (avant/après hospitalisation) par type d'hôpital

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires n=2443		Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux n=6243		Hôpitaux soins de base n=3667		Cliniques spécialisées n=964		Total hôpitaux n=13317	
	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée t	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée
Total des patient-e-s avec une chute	288	83	996	237	648	116	82	43	2014	479
Diagnostic(s) médical/médicaux*	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée t	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée
Dont maladies	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Maladies de l'appareil circulatoire	150 (52.1)	39 (47.0)	615 (61.7)	165 (69.6)	361 (55.7)	69 (59.5)	39 (47.6)	34 (79.1)	1165 (57.8)	307 (64.1)
Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	107 (37.2)	24 (28.9)	461 (46.3)	87 (36.7)	355 (54.8)	50 (43.1)	52 (63.4)	16 (37.2)	975 (48.4)	177 (37.0)
Maladies de l'appareil génito-urinaire	75 (26.0)	16 (19.3)	304 (30.5)	82 (34.6)	188 (29.0)	49 (42.2)	23 (28.0)	14 (32.6)	590 (29.3)	161 (33.6)
Mal. de l'appareil digestif	50 (17.4)	15 (18.1)	205 (20.6)	57 (24.1)	138 (21.3)	36 (31.0)	11 (13.4)	7 (16.3)	404 (20.1)	115 (24.0)
Maladies de l'appareil respiratoire	49 (17.0)	17 (20.5)	231 (23.2)	85 (35.9)	131 (20.2)	23 (19.8)	19 (23.2)	9 (20.9)	430 (21.4)	134 (28.0)
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métabol.	47 (16.3)	17 (20.5)	224 (22.5)	83 (35.0)	116 (17.9)	40 (34.5)	16 (19.5)	11 (25.6)	403 (20.0)	151 (31.5)
Tumeurs	36 (12.5)	21 (25.3)	141 (14.2)	65 (27.4)	83 (12.8)	37 (31.9)	10 (12.2)	7 (16.3)	270 (13.4)	130 (27.1)
Diabète mellitus	38 (13.2)	10 (12.0)	153 (15.4)	55 (23.2)	99 (15.3)	33 (28.4)	9 (11.0)	9 (20.9)	299 (14.8)	107 (22.3)
Maladies du sang et des organes hématopoïétique	35 (12.2)	18 (21.7)	184 (18.5)	51 (21.5)	86 (13.3)	32 (27.6)	8 (9.8)	5 (11.6)	313 (15.5)	106 (22.1)
Maladie infectieuses et parasitaires	38 (13.2)	11 (13.3)	81 (8.1)	30 (12.7)	55 (8.5)	27 (23.3)	3 (3.7)	2 (4.7)	177 (8.8)	70 (14.6)
Troubles mentaux et du comportement	37 (12.8)	17 (20.5)	141 (14.2)	61 (25.7)	86 (13.3)	21 (18.1)	8 (9.8)	12 (27.9)	272 (13.5)	111 (23.2)
Maladie du système nerveux	58 (20.1)	18 (21.7)	149 (15.0)	44 (18.6)	88 (13.6)	24 (20.7)	13 (15.9)	12 (27.9)	308 (15.3)	98 (20.5)
Lésions traumatiques et autres conséquences des causes externes	58 (20.1)	5 (6.0)	241 (24.2)	31 (13.1)	81 (12.5)	4 (3.4)	11 (13.4)	3 (7.0)	391 (19.4)	43 (9.0)
Maladies de peau /tissu cellulaire sous-cutané	15 (5.2)	7 (8.4)	63 (6.3)	25 (10.5)	46 (7.1)	14 (12.1)	5 (6.1)	7 (16.3)	129 (6.4)	53 (11.1)
Démence	19 (6.6)	11 (13.3)	105 (10.5)	45 (19.0)	55 (8.5)	17 (14.7)	8 (9.8)	14 (32.6)	187 (9.3)	87 (18.2)
Maladies de l'œil et de ses annexes	24 (8.3)	4 (4.8)	76 (7.6)	18 (7.6)	45 (6.9)	12 (10.3)	11 (13.4)	4 (9.3)	156 (7.7)	38 (7.9)
AVC/hémiplégie	22 (7.6)	9 (10.8)	78 (7.8)	19 (8.0)	37 (5.7)	10 (8.6)	2 (2.4)	6 (14.0)	139 (6.9)	44 (9.2)
Overdoses, abus/dépendance de/aux psychotropes	17 (5.9)	4 (4.8)	58 (5.8)	21 (8.9)	26 (4.0)	8 (6.9)	3 (3.7)	1 (2.3)	104 (5.2)	34 (7.1)
Symptômes et résultats anormaux (ex. clinique et labo) non classés	10 (3.5)	5 (6.0)	62 (6.2)	21 (8.9)	22 (3.4)	3 (2.6)	1 (1.2)	2 (4.7)	95 (4.7)	31 (6.5)

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires n=2443		Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux n=6243		Hôpitaux soins de base n=3667		Cliniques spécialisées n=964		Total hôpitaux n=13317	
	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
Total des patient-e-s avec une chute	288	83	996	237	648	116	82	43	2014	479
Diagnostic(s) médical/médicaux*	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
Maladie de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	5 (1.7)	3 (3.6)	32 (3.2)	8 (3.4)	18 (2.8)	2 (1.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	55 (2.7)	13 (2.7)
Causes externes de morbidité	9 (3.1)	1 (1.2)	34 (3.4)	3 (1.3)	9 (1.4)	0 (0.0)	2 (2.4)	0 (0.0)	54 (2.7)	4 (0.8)
Grossesse, accouchement et puerpéralité	1 (0.3)	0 (0.0)	2 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (0.2)	0 (0.0)
Lésions médullaires/paraplégie	2 (0.7)	1 (1.2)	10 (1.0)	7 (3.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (0.6)	8 (1.7)
Malform. congénitales et anomalies chromosomiques	2 (0.7)	1 (1.2)	3 (0.3)	0 (0.0)	7 (1.1)	0 (0.0)	1 (1.2)	0 (0.0)	13 (0.6)	1 (0.2)
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	26 (9.0)	8 (9.6)	53 (5.3)	25 (10.5)	32 (4.9)	10 (8.6)	2 (2.4)	4 (9.3)	113 (5.6)	47 (9.8)
Nombre de diagnostics (moyenne) par participant-e	3.2	3.4	3.7	4.6	3.3	4.5	3.1	4.2	3.5	4.3

*Plusieurs mentions

Tableau 51 : mesures de prévention des chutes et des blessures 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 prévention des chutes	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Aucune mesure	1034 (51.1)	2003 (40.6)	1190 (41.5)	201 (24.1)
Examen du programme de médication	107 (5.3)	597 (12.1)	289 (10.1)	174 (20.9)
Exercices et training	473 (23.4)	1492 (30.2)	879 (30.7)	410 (49.2)
Examen des moyens auxiliaires utilisés	254 (12.5)	952 (19.3)	591 (20.6)	285 (34.2)
Examen de la vue	27 (1.3)	47 (1.0)	36 (1.3)	40 (4.8)
Examen du déroulement des journées	54 (2.7)	159 (3.2)	80 (2.8)	65 (7.8)
Surveillance	273 (13.5)	804 (16.3)	299 (10.4)	149 (17.9)
Adaptations de l'environnement	330 (16.3)	881 (17.9)	517 (18.0)	256 (30.7)
Autre mesure	47 (2.3)	139 (2.8)	49 (1.7)	27 (3.2)
Système d'alarme	45 (2.2)	142 (2.9)	93 (3.2)	66 (7.9)
Accord individuel avec le/la patient-e et les proches	157 (7.8)	526 (10.7)	267 (9.3)	173 (20.7)
Information au/à la patient-e	442 (21.8)	1631 (33.1)	932 (32.5)	438 (52.5)
Accompagnement pour se déplacer	448 (22.1)	1428 (28.9)	780 (27.2)	327 (39.2)
Examen des chaussures utilisées	368 (18.2)	1528 (31.0)	880 (30.7)	383 (45.9)
Mesures de contention	30 (1.5)	112 (2.3)	45 (1.6)	21 (2.5)
Patient-e refuse toutes les mesures proposées	0 (0.0)	5 (0.1)	1 (0.0)	0 (0.0)
Mesures de prévention des blessures	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Aucune mesure	1819 (89.9)	4252 (86.2)	2542 (88.7)	643 (77.1)
Protection de la tête	6 (0.3)	4 (0.1)	1 (0.0)	0 (0.0)
Attelle/Soutien	21 (1.0)	38 (0.8)	46 (1.6)	31 (3.7)
Protection de la hanche en matériel dur	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.1)	2 (0.2)
Protection de la hanche en matériel mou	2 (0.1)	5 (0.1)	1 (0.0)	2 (0.2)
Autre mesure	90 (4.4)	154 (3.1)	82 (2.9)	92 (11.0)
Renforcement de l'ossature	95 (4.7)	500 (10.1)	202 (7.1)	80 (9.6)
Total de patient-e-s qui n'ont pas chuté	2024 (19.0)	4934 (46.3)	2865 (26.9)	834 (7.8)

Tableau 52 : 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	67 (23.3)	6 (7.2)	124 (12.4)	5 (2.1)	102 (15.7)	0 (0.0)	9 (11.0)	2 (4.7)	302 (15.0)	13 (2.7)
Examen du programme de médication	51 (17.7)	11 (13.3)	246 (24.7)	88 (37.1)	142 (21.9)	42 (36.2)	19 (23.2)	22 (51.2)	458 (22.7)	163 (34.0)
Exercices et training	113 (39.2)	42 (50.6)	552 (55.4)	142 (59.9)	350 (54.0)	75 (64.7)	49 (59.8)	29 (67.4)	1064 (52.8)	288 (60.1)
Examen des moyens auxiliaires utilisés	81 (28.1)	28 (33.7)	407 (40.9)	123 (51.9)	281 (43.4)	52 (44.8)	36 (43.9)	27 (62.8)	805 (40.0)	230 (48.0)
Examen de la vue	10 (3.5)	2 (2.4)	23 (2.3)	12 (5.1)	18 (2.8)	5 (4.3)	4 (4.9)	0 (0.0)	55 (2.7)	19 (4.0)
Examen du déroulement des journées	12 (4.2)	5 (6.0)	49 (4.9)	20 (8.4)	34 (5.2)	8 (6.9)	7 (8.5)	5 (11.6)	102 (5.1)	38 (7.9)
Surveillance	69 (24.0)	39 (47.0)	286 (28.7)	110 (46.4)	133 (20.5)	45 (38.8)	18 (22.0)	16 (37.2)	506 (25.1)	210 (43.8)
Adaptations de l'environnement	84 (29.2)	27 (32.5)	336 (33.7)	109 (46.0)	198 (30.6)	52 (44.8)	19 (23.2)	10 (23.3)	637 (31.6)	198 (41.3)
Autre mesure	16 (5.6)	3 (3.6)	54 (5.4)	17 (7.2)	15 (2.3)	5 (4.3)	3 (3.7)	1 (2.3)	88 (4.4)	26 (5.4)
Système d'alarme	24 (8.3)	7 (8.4)	71 (7.1)	63 (26.6)	44 (6.8)	33 (28.4)	5 (6.1)	7 (16.3)	144 (7.1)	110 (23.0)
Accord indiv. avec le/la patient-e et les proches	42 (14.6)	21 (25.3)	216 (21.7)	87 (36.7)	121 (18.7)	34 (29.3)	15 (18.3)	18 (41.9)	394 (19.6)	160 (33.4)
Information au/à la patient-e	99 (34.4)	37 (44.6)	498 (50.0)	160 (67.5)	315 (48.6)	70 (60.3)	37 (45.1)	25 (58.1)	949 (47.1)	292 (61.0)
Accompagnement pour se déplacer	133 (46.2)	50 (60.2)	584 (58.6)	177 (74.7)	329 (50.8)	87 (75.0)	36 (43.9)	26 (60.5)	1082 (53.7)	340 (71.0)
Examen des chaussures utilisées	79 (27.4)	25 (30.1)	481 (48.3)	143 (60.3)	297 (45.8)	65 (56.0)	42 (51.2)	20 (46.5)	899 (44.6)	253 (52.8)
Mesures de contention	12 (4.2)	9 (10.8)	76 (7.6)	45 (19.0)	31 (4.8)	17 (14.7)	5 (6.1)	13 (30.2)	124 (6.2)	84 (17.5)
Patient-e refuse toutes les me-	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.2)	1 (0.4)	0 (0.0)	1 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.1)	2 (0.4)

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires		Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux		Hôpitaux soins de base		Cliniques spécialisées		Total hôpitaux	
	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
sures proposées										

Mesures de prévention des blessures	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%*)	n (%*)	n (%*)	n (%*)	n (%*)
Aucune mesure	230 (79.9)	68 (81.9)	710 (71.3)	159 (67.1)	506 (78.1)	88 (75.9)	53 (64.6)	19 (44.2)	1499 (74.4)	334 (69.7)
Protection de la tête	1 (0.3)	0 (0.0)	2 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (0.2)	0 (0.0)
Attelle/Soutien	11 (3.8)	3 (3.6)	44 (4.4)	2 (0.8)	19 (2.9)	1 (0.9)	6 (7.3)	2 (4.7)	80 (4.0)	8 (1.7)
Protection de la hanche en matériel dur	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	4 (4.9)	7 (16.3)	7 (0.3)	7 (1.5)
Protection de la hanche en matériel mou	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.2)	4 (1.7)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (7.0)	3 (0.1)	7 (1.5)
Autre mesure	17 (5.9)	4 (4.8)	54 (5.4)	13 (5.5)	25 (3.9)	7 (6.0)	8 (9.8)	7 (16.3)	104 (5.2)	31 (6.5)
Renforcement de l'ossature	34 (11.8)	8 (9.6)	201 (20.2)	64 (27.0)	108 (16.7)	22 (19.0)	16 (19.5)	18 (41.9)	359 (17.8)	112 (23.4)

Tableau 53 : indicateurs de structures pour les chutes au niveau des hôpitaux 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
Indicateurs de structures « chutes »	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Saisie (dé)centralisée des événements de chute	5 (100.0)	55 (85.9)	77 (95.1)	28 (71.8)	165 (87.3)
Informations standardisées lors de transfert (chutes)	3 (60.0)	49 (76.6)	73 (90.1)	28 (71.8)	153 (81.0)
Standard/directive reconnue concernant les chutes	3 (60.0)	43 (67.2)	55 (67.9)	14 (35.9)	115 (60.8)
Personne responsable de l'actualisation/ diffusion de la directive	3 (60.0)	42 (65.6)	55 (67.9)	13 (33.3)	113 (59.8)
Formation thème de la mobilisation (2 dernières années)	3 (60.0)	31 (48.4)	43 (53.1)	14 (35.9)	91 (48.1)
Formation thème des chutes (2 dernières années)	2 (40.0)	32 (50.0)	24 (29.6)	6 (15.4)	64 (33.9)
Colloques multidisciplinaires concernant les chutes	2 (40.0)	30 (46.9)	22 (27.2)	10 (25.6)	64 (33.9)
Brochure d'information	1 (20.0)	27 (42.2)	20 (24.7)	4 (10.3)	52 (27.5)
Total hôpitaux-(sites hospitaliers)	5 (100)	64 (100)	81 (100)	39 (100)	189 (100)

Tableau 54 : indicateurs de structure « Chute » au niveau de l'unité 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
Indicateurs de structures « chutes »	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Matériel pour la prévention des chutes toujours à disposition	174 (87.0)	504 (93.3)	367 (98.4)	86 (95.6)	1131 (94.0)
Documentation des mesures dans le dossier de soins	184 (92.0)	502 (93.0)	352 (94.4)	75 (83.3)	1113 (92.5)
Informations standardisées lors de transfert	161 (80.5)	456 (84.4)	332 (89.0)	66 (73.3)	1015 (84.4)
Matériel pour la prévention de blessures toujours à disposition	100 (50.0)	426 (78.9)	305 (81.8)	71 (78.9)	902 (75.0)
Evaluation du risque de chute lors de l'admission	119 (59.5)	441 (81.7)	283 (75.9)	57 (63.3)	900 (74.8)
Application du standard vérifié systématiquement	93 (46.5)	332 (61.5)	210 (56.3)	51 (56.7)	686 (57.0)
Colloques pluridisciplinaires concernant la prévention des chutes	54 (27.0)	281 (52.0)	153 (41.0)	46 (51.1)	534 (44.4)
Personne spécialisée pour la prévention des chutes	69 (34.5)	232 (43.0)	115 (30.8)	9 (10.0)	425 (35.3)
Brochure d'information	1 (0.5)	104 (19.3)	83 (22.3)	19 (21.1)	207 (17.2)
Total unités de soins	200 (100)	540 (100)	373 (100)	90 (100)	1203 (100)

Tableau 55 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %*

Hôpital	Escarres catégorie 1 – 4			Escarres catégorie 2 – 4			Chute		
	Résidu	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur	Résidu	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur	Résidu	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur
1	0.105	-0.498	0.707	-0.027	-0.638	0.584	0.013	-0.430	0.456
2	0.083	-0.885	1.052	0.043	-0.682	0.767	0.074	-0.507	0.656
3	-0.425	-1.462	0.611	-0.084	-0.814	0.646	-0.108	-0.692	0.476
4	-0.281	-1.371	0.809	-0.048	-0.790	0.695	-0.110	-0.694	0.474
5	-0.064	-1.248	1.121	-0.012	-0.766	0.743	-0.015	-0.623	0.592
6	-0.369	-1.117	0.380	-0.131	-0.774	0.513	-0.085	-0.584	0.414
7	0.297	-0.771	1.365	0.188	-0.543	0.919	0.095	-0.496	0.686
8	-0.138	-1.286	1.009	-0.028	-0.777	0.721	0.072	-0.533	0.677
9	0.219	-0.620	1.058	-0.030	-0.733	0.672	0.062	-0.497	0.621
10	0.403	-0.354	1.159	0.293	-0.382	0.967	-0.164	-0.734	0.406
11	0.273	-0.758	1.304	0.079	-0.658	0.815	-0.040	-0.640	0.561
12	0.067	-0.824	0.958	0.058	-0.637	0.753	-0.062	-0.634	0.509
13	-0.075	-1.128	0.977	0.048	-0.686	0.781	-0.068	-0.661	0.524
14	-0.467	-1.489	0.555	-0.103	-0.827	0.621	-0.232	-0.791	0.327
15	-0.429	-1.219	0.360	-0.090	-0.744	0.563	-0.212	-0.698	0.273
16	0.077	-0.642	0.796	0.068	-0.588	0.724	-0.104	-0.619	0.412
17	-0.205	-0.931	0.521	0.094	-0.538	0.726	-0.085	-0.600	0.430
18	-0.329	-1.406	0.747	-0.061	-0.799	0.677	-0.003	-0.590	0.584
19	-0.061	-1.096	0.973	0.071	-0.663	0.804	0.130	-0.445	0.705
20	0.261	-0.665	1.188	0.275	-0.434	0.985	-0.059	-0.615	0.496
21	-0.014	-1.064	1.036	-0.056	-0.795	0.683	0.070	-0.511	0.652
22	-0.035	-1.086	1.017	0.060	-0.671	0.791	0.120	-0.457	0.696
23	-0.059	-1.248	1.129	-0.007	-0.763	0.749	-0.028	-0.632	0.576
24	-0.212	-1.197	0.772	-0.112	-0.833	0.608	0.072	-0.508	0.652
25	0.713	0.228	1.198	-0.270	-0.887	0.348	-0.184	-0.670	0.302
26	-0.001	-0.874	0.873	-0.172	-0.878	0.534	-0.078	-0.645	0.490
27	-0.358	-1.305	0.589	-0.137	-0.851	0.577	0.108	-0.443	0.659
28	0.444	-0.220	1.107	0.327	-0.306	0.959	-0.020	-0.518	0.477
29	0.874	0.246	1.503	0.070	-0.592	0.731	-0.144	-0.646	0.357
30	0.252	-0.763	1.267	-0.051	-0.792	0.689	-0.089	-0.677	0.500
31	-0.014	-0.773	0.745	-0.161	-0.833	0.511	-0.143	-0.679	0.392
32	-0.167	-1.304	0.970	-0.032	-0.779	0.716	0.075	-0.531	0.681
33	-0.032	-0.978	0.914	-0.013	-0.722	0.697	-0.236	-0.777	0.304
34	-0.298	-1.377	0.782	-0.065	-0.801	0.671	-0.069	-0.662	0.523
35	-0.046	-0.985	0.894	-0.116	-0.837	0.604	-0.054	-0.612	0.504
36	-0.091	-1.263	1.081	-0.012	-0.766	0.743	-0.033	-0.636	0.569
37	-0.130	-1.145	0.886	-0.087	-0.816	0.643	0.132	-0.443	0.707
38	0.160	-0.277	0.596	-0.061	-0.564	0.441	0.066	-0.347	0.480
39	0.001	-0.957	0.960	0.008	-0.708	0.724	0.058	-0.503	0.618
40	-0.540	-1.369	0.289	-0.191	-0.853	0.472	0.022	-0.482	0.527
41	0.306	-0.733	1.346	0.088	-0.652	0.827	0.010	-0.580	0.601

Hôpital	Escarres catégorie 1 – 4			Escarres catégorie 2 – 4			Chute		
	Résidu	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur	Résidu	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur	Résidu	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur
42	-0.035	-1.235	1.165	-0.007	-0.763	0.749	-0.005	-0.615	0.605
43	-0.473	-1.494	0.547	-0.099	-0.824	0.627	-0.054	-0.628	0.520
44	0.278	-0.514	1.070	-0.178	-0.879	0.524	0.060	-0.482	0.602
45	0.739	-0.317	1.795	0.110	-0.637	0.856	-0.046	-0.645	0.553
46	0.471	-0.192	1.133	-0.045	-0.709	0.620	0.336	-0.161	0.833
47	-0.254	-1.353	0.846	-0.059	-0.798	0.679	0.010	-0.579	0.599
48	-0.542	-1.379	0.296	-0.225	-0.888	0.437	-0.266	-0.783	0.251
49	-0.766	-1.563	0.030	-0.329	-0.966	0.308	0.037	-0.424	0.498
50	0.221	-0.618	1.060	0.337	-0.350	1.024	0.047	-0.528	0.621
51	-0.196	-1.322	0.930	-0.026	-0.775	0.724	-0.047	-0.646	0.552
52	-0.391	-1.446	0.663	-0.085	-0.816	0.645	-0.100	-0.685	0.486
53	0.313	-0.724	1.350	-0.040	-0.785	0.704	0.201	-0.388	0.791
54	0.037	-1.031	1.105	0.090	-0.650	0.829	0.110	-0.481	0.701
55	-0.201	-1.322	0.919	-0.034	-0.780	0.713	-0.043	-0.642	0.557
56	-0.075	-1.254	1.104	-0.012	-0.766	0.742	-0.016	-0.623	0.592
57	-0.044	-1.239	1.152	-0.007	-0.763	0.749	-0.010	-0.618	0.599
58	-0.332	-1.401	0.738	-0.069	-0.804	0.667	-0.080	-0.671	0.510
59	0.000	-0.456	0.455	-0.062	-0.572	0.449	-0.247	-0.679	0.185
60	1.072	0.549	1.596	0.294	-0.323	0.910	-0.017	-0.516	0.481
61	0.539	0.063	1.015	0.325	-0.217	0.867	0.129	-0.313	0.571
62	-0.263	-1.362	0.835	-0.061	-0.799	0.677	-0.056	-0.652	0.540
63	-0.179	-1.313	0.955	-0.033	-0.780	0.714	0.053	-0.549	0.654
64	-0.051	-1.098	0.995	0.049	-0.679	0.778	0.193	-0.395	0.781
65	-0.058	-1.100	0.984	-0.064	-0.801	0.673	-0.097	-0.683	0.490
66	-0.146	-1.291	0.999	-0.024	-0.774	0.726	-0.037	-0.638	0.564
67	-0.012	-1.225	1.202	-0.003	-0.761	0.755	-0.018	-0.624	0.589
68	-0.481	-1.176	0.215	-0.159	-0.773	0.455	0.066	-0.384	0.516
69	-0.110	-1.271	1.051	-0.020	-0.772	0.731	-0.049	-0.647	0.549
70	-0.262	-1.357	0.833	-0.046	-0.789	0.696	0.078	-0.505	0.661
71	0.163	-0.620	0.947	0.104	-0.567	0.775	-0.098	-0.643	0.447
72	-0.576	-1.473	0.322	-0.095	-0.782	0.592	-0.027	-0.568	0.515
73	-0.150	-1.294	0.994	-0.026	-0.775	0.724	-0.026	-0.630	0.578
74	0.705	-0.107	1.518	0.005	-0.709	0.719	-0.069	-0.640	0.502
75	-0.266	-1.360	0.827	-0.047	-0.789	0.695	0.015	-0.575	0.605
76	-0.114	-1.278	1.050	-0.014	-0.768	0.739	0.073	-0.533	0.679
77	-0.023	-1.230	1.183	-0.004	-0.761	0.753	-0.006	-0.616	0.604
78	0.020	-0.792	0.833	-0.201	-0.897	0.495	-0.088	-0.622	0.445
79	0.435	-0.396	1.266	-0.030	-0.736	0.675	-0.127	-0.687	0.433
80	-0.266	-1.360	0.828	-0.051	-0.792	0.689	0.037	-0.559	0.633
81	-0.022	-1.230	1.186	-0.005	-0.762	0.752	-0.008	-0.617	0.602
82	0.106	-0.627	0.839	-0.039	-0.705	0.627	-0.029	-0.541	0.483
83	1.073	0.734	1.412	0.258	-0.243	0.759	0.238	-0.110	0.587

Hôpital	Escarres catégorie 1 – 4			Escarres catégorie 2 – 4			Chute		
	Résidu	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur	Résidu	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur	Résidu	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur
84	-0.155	-1.003	0.694	-0.091	-0.781	0.599	-0.217	-0.744	0.310
85	0.176	-0.726	1.077	0.014	-0.702	0.729	-0.063	-0.635	0.510
86	0.433	-0.533	1.400	0.063	-0.668	0.794	-0.053	-0.650	0.543
87	-0.109	-1.272	1.053	-0.018	-0.770	0.735	0.065	-0.539	0.669
88	0.220	-0.698	1.137	-0.138	-0.853	0.577	0.026	-0.527	0.580
89	0.313	-0.440	1.066	0.272	-0.399	0.944	-0.085	-0.602	0.431
90	0.109	-0.716	0.933	0.173	-0.510	0.856	0.039	-0.498	0.575
91	-0.541	-1.443	0.362	-0.232	-0.920	0.456	0.013	-0.534	0.560
92	-0.361	-1.419	0.698	-0.067	-0.803	0.668	0.140	-0.437	0.716
93	-0.065	-1.249	1.119	-0.010	-0.765	0.745	-0.029	-0.632	0.574
94	-0.204	-1.197	0.789	0.015	-0.702	0.732	0.024	-0.546	0.595
95	-0.129	-1.286	1.028	-0.024	-0.774	0.727	0.047	-0.553	0.647
96	0.669	-0.134	1.472	0.116	-0.588	0.820	0.099	-0.467	0.665
97	-0.025	-1.231	1.182	-0.004	-0.761	0.754	-0.007	-0.617	0.602
98	-0.419	-1.361	0.522	-0.055	-0.754	0.643	0.232	-0.286	0.750
99	0.489	-0.615	1.593	0.106	-0.640	0.851	0.046	-0.553	0.645
100	-0.459	-1.486	0.568	-0.123	-0.842	0.597	-0.067	-0.639	0.504
101	0.790	-0.036	1.615	0.266	-0.440	0.972	0.068	-0.512	0.648
102	-0.302	-1.383	0.780	-0.056	-0.795	0.683	0.048	-0.529	0.624
103	-0.214	-1.329	0.902	-0.037	-0.783	0.708	-0.069	-0.662	0.523
104	-0.055	-1.093	0.983	0.071	-0.663	0.805	-0.067	-0.660	0.526
105	-0.296	-1.375	0.782	-0.058	-0.796	0.680	-0.037	-0.638	0.564
106	-0.078	-1.256	1.100	-0.012	-0.766	0.743	-0.009	-0.618	0.600
107	0.220	-0.395	0.836	0.014	-0.604	0.633	0.285	-0.128	0.698
108	-0.296	-1.377	0.785	-0.060	-0.798	0.677	-0.035	-0.614	0.543
109	-0.145	-1.289	1.000	-0.028	-0.777	0.721	0.056	-0.545	0.657
110	0.352	-0.702	1.406	0.098	-0.644	0.841	0.063	-0.540	0.666
111	0.094	-0.736	0.925	0.196	-0.492	0.885	-0.042	-0.600	0.515
112	-0.177	-1.180	0.826	-0.086	-0.816	0.643	-0.108	-0.691	0.475
113	0.227	-0.917	1.372	-0.017	-0.770	0.736	-0.012	-0.620	0.597
114	0.350	-0.700	1.400	0.096	-0.646	0.838	0.050	-0.549	0.650
115	-0.125	-1.280	1.029	-0.021	-0.772	0.730	-0.013	-0.621	0.595
116	0.246	-0.906	1.398	0.125	-0.627	0.876	-0.013	-0.621	0.594
117	-0.006	-1.064	1.051	0.057	-0.673	0.787	-0.106	-0.692	0.481
118	0.141	-0.969	1.250	-0.027	-0.776	0.722	-0.052	-0.649	0.546
119	0.355	-0.855	1.566	0.140	-0.618	0.897	-0.007	-0.617	0.603
120	0.233	-0.788	1.254	-0.075	-0.808	0.659	0.051	-0.530	0.631
121	-0.299	-1.380	0.782	-0.062	-0.799	0.675	-0.082	-0.671	0.508
122	-0.051	-1.243	1.141	-0.011	-0.766	0.744	-0.019	-0.625	0.587
123	-0.178	-1.186	0.830	0.019	-0.700	0.739	0.119	-0.442	0.680
124	0.046	-0.713	0.805	-0.014	-0.685	0.658	0.411	-0.083	0.905
125	0.548	-0.297	1.393	0.150	-0.564	0.864	-0.139	-0.715	0.437

Hôpital	Escarres catégorie 1 – 4			Escarres catégorie 2 – 4			Chute		
	Résidu	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur	Résidu	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur	Résidu	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur
126	-0.051	-1.089	0.986	-0.071	-0.805	0.663	-0.051	-0.648	0.546
127	0.533	-0.584	1.650	0.122	-0.629	0.873	-0.012	-0.620	0.596
128	-0.457	-1.484	0.569	-0.087	-0.816	0.642	0.060	-0.500	0.620
129	-0.001	-0.455	0.452	-0.020	-0.515	0.474	-0.227	-0.640	0.185
130	-0.189	-1.317	0.938	-0.043	-0.787	0.702	0.117	-0.476	0.710
131	0.341	-0.353	1.035	-0.080	-0.738	0.579	0.047	-0.421	0.515
132	-0.496	-1.409	0.417	-0.204	-0.898	0.491	0.006	-0.540	0.552
133	0.094	-1.001	1.189	-0.026	-0.776	0.723	0.240	-0.339	0.819
134	-0.603	-1.321	0.116	-0.271	-0.892	0.350	-0.096	-0.568	0.376
135	0.007	-1.064	1.078	-0.058	-0.798	0.681	-0.064	-0.659	0.531
136	-0.015	-1.227	1.196	-0.003	-0.761	0.755	-0.002	-0.613	0.610
137	0.081	-0.575	0.737	0.101	-0.512	0.713	-0.079	-0.595	0.437
138	-0.255	-1.239	0.729	0.022	-0.699	0.742	-0.147	-0.722	0.429
139	-0.197	-0.968	0.574	-0.040	-0.703	0.624	0.046	-0.462	0.553
140	0.057	-1.027	1.141	0.081	-0.657	0.819	-0.112	-0.697	0.473
141	0.311	-0.634	1.256	0.178	-0.546	0.902	0.068	-0.494	0.629
142	-0.835	-1.756	0.087	-0.246	-0.931	0.439	0.116	-0.391	0.622
143	-0.945	-1.843	-0.047	-0.318	-0.988	0.351	-0.176	-0.695	0.342
144	-0.002	-1.221	1.218	0.000	-0.759	0.758	0.000	-0.612	0.611
145	0.585	-0.201	1.371	0.481	-0.205	1.166	0.147	-0.396	0.690
146	-0.015	-1.227	1.196	-0.003	-0.761	0.754	-0.005	-0.615	0.605
147	-0.531	-1.536	0.473	-0.140	-0.854	0.574	0.140	-0.416	0.696
148	-0.160	-1.297	0.978	-0.032	-0.779	0.715	0.059	-0.543	0.661
149	0.137	-0.765	1.038	0.002	-0.711	0.716	-0.054	-0.610	0.503
150	-0.029	-1.233	1.176	-0.003	-0.761	0.754	-0.009	-0.618	0.600
151	0.219	-0.715	1.154	-0.019	-0.731	0.692	-0.055	-0.615	0.505
152	-0.067	-0.925	0.792	0.048	-0.640	0.735	-0.105	-0.650	0.441
153	-0.172	-1.171	0.826	0.040	-0.684	0.763	0.026	-0.566	0.619
154	-0.032	-1.234	1.170	-0.009	-0.765	0.746	0.074	-0.532	0.680
155	0.877	0.529	1.225	0.549	0.102	0.996	-0.043	-0.477	0.391
156	-0.013	-1.226	1.199	-0.003	-0.760	0.755	-0.003	-0.614	0.607
157	-0.008	-1.224	1.207	-0.001	-0.760	0.757	-0.002	-0.613	0.609
158	0.038	-0.844	0.920	-0.046	-0.747	0.656	-0.027	-0.587	0.533
159	0.575	-0.340	1.490	0.182	-0.541	0.905	0.002	-0.585	0.589
160	-0.102	-0.957	0.754	0.149	-0.530	0.828	-0.181	-0.731	0.370
161	-0.070	-1.256	1.117	-0.014	-0.768	0.741	-0.017	-0.624	0.590
162	-0.331	-1.397	0.736	-0.076	-0.809	0.656	-0.110	-0.693	0.473
163	-0.022	-1.229	1.186	-0.004	-0.762	0.753	-0.004	-0.615	0.606
164	-0.069	-1.252	1.114	-0.006	-0.763	0.751	-0.030	-0.633	0.574
165	-0.348	-1.425	0.728	-0.091	-0.822	0.641	0.079	-0.506	0.663
166	-0.051	-0.908	0.807	-0.051	-0.748	0.646	0.060	-0.481	0.601
167	-0.117	-1.275	1.041	-0.024	-0.774	0.726	-0.014	-0.622	0.593

Hôpital	Escarres catégorie 1 – 4			Escarres catégorie 2 – 4			Chute		
	Résidu	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur	Résidu	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur	Résidu	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur
168	0.021	-0.785	0.828	-0.021	-0.691	0.649	-0.125	-0.682	0.432
169	-0.012	-1.225	1.202	-0.002	-0.760	0.755	-0.001	-0.613	0.610
170	-0.462	-1.495	0.570	-0.102	-0.828	0.625	-0.136	-0.696	0.425
171	-0.007	-1.223	1.210	-0.001	-0.759	0.758	-0.002	-0.613	0.609
172	0.039	-1.035	1.113	0.089	-0.650	0.829	0.241	-0.338	0.820
173	0.047	-1.025	1.120	-0.047	-0.789	0.695	0.254	-0.329	0.837
174	-0.006	-1.223	1.210	-0.001	-0.759	0.758	-0.010	-0.618	0.599
175	-0.114	-1.276	1.049	-0.014	-0.768	0.740	-0.019	-0.625	0.588
176	1.506	0.948	2.064	0.440	-0.207	1.086	0.349	-0.163	0.861
177	-0.032	-1.235	1.171	-0.005	-0.762	0.752	-0.003	-0.614	0.608
178	0.471	-0.625	1.568	-0.024	-0.774	0.726	0.130	-0.466	0.727
179	-0.137	-1.286	1.012	-0.045	-0.788	0.699	-0.028	-0.632	0.576
180	-0.186	-1.318	0.946	-0.031	-0.779	0.716	-0.053	-0.651	0.546
181	0.418	0.080	0.756	0.087	-0.341	0.516	0.501	0.169	0.833
182	-0.048	-1.241	1.145	-0.010	-0.765	0.746	-0.009	-0.618	0.600
183	-0.002	-1.221	1.218	0.000	-0.759	0.758	0.000	-0.612	0.611
184	-0.048	-1.243	1.148	-0.009	-0.765	0.746	-0.011	-0.620	0.597
185	0.146	-0.969	1.261	0.107	-0.639	0.853	-0.028	-0.632	0.575
186	-0.073	-1.257	1.110	-0.012	-0.767	0.742	-0.006	-0.616	0.604
187	-0.050	-1.244	1.144	-0.007	-0.763	0.750	-0.016	-0.624	0.591
188	-0.044	-1.239	1.151	-0.008	-0.764	0.748	-0.007	-0.617	0.602

* tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 – 4) confondues : (données provenant des figures 6 – 10); résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants – escarres nosocomiales catégorie 2 – 4 (données provenant des figures 11 – 15); résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants - chutes à l'hôpital (données provenant des figures 16 – 20)