



Mesure de la prévalence des chutes et des escarres

Médecine somatique aigue Adultes

Rapport comparatif national

Mesure 2016

Mai 2017 / Version 1.0

Tables de matières

Tables de matières.....	2
Résumé	5
Remerciements.....	10
Liste des abréviations	11
1. Introduction	13
1.1. Contexte	13
1.2. Définition des termes.....	14
1.2.1. Mesure de la prévalence	14
1.2.2. Escarres.....	14
1.2.3. Chutes et conséquences des chutes	16
2. Buts visés, problématique et méthodologie.....	17
2.1. Buts visés et problématique.....	17
2.2. Méthode	17
2.2.1. Développement et préparation de la méthode LPZ 2.0	17
2.2.2. Collecte des données.....	18
2.2.3. Analyse descriptive des données	19
2.2.4. Analyse des données ajustée au risque	19
2.2.5. Remarques quant à l'établissement des rapports	19
3. Résultats descriptifs de la participation à la mesure et population.....	21
3.1. Hôpitaux participants.....	21
3.2. Unités de soins participantes.....	22
3.3. Patient-e-s participant-e-s.....	23
3.3.1. Taux de participation	23
3.3.2. Raisons de non-participation.....	26
3.4. Caractéristiques des patient-e-s participant-e-s	27
3.4.1. Caractéristiques générales	27
3.4.2. Groupes de diagnostics CIM.....	28
4. Indicateur escarres	30
4.1. Résultats descriptifs pour l'indicateur escarres	30
4.1.1. Caractéristiques des patient-e-s avec escarres nosocomiales.....	30
4.1.2. Taux de prévalence des escarres.....	33
4.1.3. Taux de prévalence des escarres nosocomiales par type d'unité de soins	36
4.1.4. Moment d'apparition des escarres	37

4.1.5.	Nombre d'escarres selon la classification EPUAP	37
4.1.6.	Localisation des escarres.....	39
4.1.7.	Interventions de prévention des escarres	39
4.1.8.	Indicateurs de structure escarres	45
4.2.	Évaluation ajustée au risque de l'indicateur escarres	47
4.2.1.	Escarres - acquises à l'hôpital.....	47
4.2.2.	Escarres - acquises à l'hôpital, catégorie 2 et supérieur.....	50
4.3.	Discussion et conclusions pour l'indicateur escarres.....	53
4.3.1.	Taux de prévalence internationaux	53
4.3.2.	Taux de prévalence descriptifs des escarres nosocomiales.....	54
4.3.3.	Résultats ajustés au risque	56
4.3.4.	Indicateurs de processus et de structure.....	56
5.	Indicateur Chutes	59
5.1.	Résultats descriptifs pour l'indicateur chutes	59
5.1.1.	Caractéristiques des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital.....	59
5.1.2.	Taux des chutes à l'hôpital.....	62
5.1.3.	Taux de chutes survenues en hôpital selon le type d'unité de soins	64
5.1.4.	Conséquences des chutes et taux de blessure	64
5.1.5.	Interventions de prévention des chutes.....	65
5.1.6.	Indicateurs de structure chutes	71
5.2.	Évaluation ajustée au risque de l'indicateur chutes.....	73
5.3.	Discussion et conclusions pour l'indicateur Chutes	76
5.3.1.	Taux internationaux des chutes et des lésions consécutives à une chute.....	76
5.3.2.	Taux descriptifs des chutes à l'hôpital.....	77
5.3.3.	Résultats ajustés au risque	78
5.3.4.	Indicateurs de processus et de structure.....	78
6.	Discussion relative à la mesure globale	80
6.1.	Participation à la mesure.....	80
6.2.	Population	81
6.3.	Indicateurs de qualité sensibles des soins et développement de la qualité	82
6.3.1.	Escarres nosocomiales.....	83
6.3.2.	Chutes à l'hôpital.....	83
6.3.3.	Stratégie de développement de la qualité.....	84
6.4.	Points forts et limites	85
7.	Conclusions et recommandations concernant la mesure globale.....	88
7.1.	Participation à la mesure et population	88



7.2. Recommandations relatives aux indicateurs des résultats sensibles des soins et au développement de la qualité.....	88
7.3. Recommandations quant à la méthodologie	88
7.4. Recommandations relatives à la mesure de la prévalence.....	89
Bibliographie	90
Liste des figures	97
Liste des tableaux.....	100
Annexe	102
Mentions légales.....	135

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 à des mesures de qualité menées périodiquement dans le domaine des soins aigus dans le cadre d'un contrat qualité national.

L'ANQ a mandaté la Haute école spécialisée bernoise (BFH) comme institut d'analyse pour la mesure de la prévalence des chutes et escarres dans les hôpitaux suisses. 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).

Pour la collecte des données de cette année, c'est à nouveau le procédé de l'Université de Maastricht (International Prevalence Measurement of Quality of Care), LPZ International, qui a été utilisé ; celui-ci a cependant été entièrement révisé pour le cycle de mesure 2016 et se nomme désormais LPZ 2.0. Cette révision a entraîné une nette réduction des indicateurs de structure et de processus.

La mesure nationale de la prévalence permet de relever les taux de prévalence totale et les taux de prévalence nosocomiale (escarres contractées à l'hôpital) pour l'indicateur escarres. Désormais, c'est la classification NPUAP-EPUAP-PPPIA faisant la distinction entre six manifestations pour l'escarre (au lieu de quatre) qui est utilisée.

Pour l'indicateur chutes, sont relevés le taux de chute à l'hôpital, les conséquences des chutes et les taux de blessures globaux. Nouveauté, les chutes dans l'anamnèse (12 derniers mois) ont été relevées comme facteur de risque de chute, tout comme la prise de médicaments sédatifs et ayant une influence sur le comportement.

Problématique

En résumé, la mesure nationale de la prévalence traite les questions suivantes :

- Quels sont les taux de prévalence nosocomiale totale ainsi que les taux de prévalence nosocomiale des escarres catégorie 2 et supérieur chez les adultes dans les hôpitaux suisses ?
- Quel est le taux de prévalence des chutes survenues en milieu hospitalier dans les hôpitaux suisses ?
- Comment se présente la comparaison des hôpitaux ajustée au risque pour les indicateurs escarres nosocomiales (catégorie 1 et supérieur, catégorie 2 et supérieur) ainsi que chutes à l'hôpital ?
- De quelle façon peut-on décrire les indicateurs relatifs à la structure et au processus liés aux indicateurs chutes et escarres ?

Collecte des données

Les données ont été recueillies le 8 novembre 2016. Toutes les patientes et tous les patients hospitalisé-e-s le jour fixé ont été inclus dans la mesure. Les femmes ayant accouché ainsi que les nourrissons en bonne santé des unités d'obstétrique ont été exclus du relevé. Les patient-e-s ou leurs représentant-e-s ont donné leur consentement oral à la participation.

Deux infirmier-ère-s (un-e interne et un-e externe) ont relevé les données des indicateurs des résultats directement auprès du/de la patient-e (entre autres *présence d'escarres et/ou risque d'escarre ou événement de chute à l'hôpital au cours des 30 derniers jours*). Le dossier patient a pu être utilisé comme source pour toutes les autres questions.

Participant-e-s

Les 195 sites hospitaliers inscrits (29 groupes hospitaliers et 114 hôpitaux, soit 1 175 unités de soins au total) ont participé à la mesure. Parmi eux, il y avait cinq hôpitaux universitaires (K111), 67 hôpitaux de prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (K112), 83 hôpitaux de soins de base (K121-123) et 40 cliniques spécialisées (K221 & K231-K235).

Au total, 17 619 patient-e-s de 18 ans et plus étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux participants le jour de la mesure. Parmi ces personnes, 13 465 ont participé à la mesure, ce qui correspond à un taux de participation nationale de 76,4 %.

Résultats de l'indicateur escarres

Taux de prévalence des escarres

Au niveau national, le taux de prévalence totale était tout juste de 7 %. Le taux de prévalence nosocomiale totale était de 4,4 %, ce qui correspond à la valeur la plus élevée relevée ces dernières années. Le taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur est de 2,0 % et a donc augmenté de 0,1 point de pourcentage par rapport aux trois années de mesure précédentes.

Au niveau international, le taux de prévalence nosocomiale totale dans les hôpitaux suisses se situe dans le tiers inférieur des valeurs de référence citées dans la littérature. Le taux national de prévalence des escarres nosocomiales catégorie 2 et supérieur s'inscrit également dans la plage inférieure des valeurs de référence (1,2 % – 5,9 %) de la littérature. Par rapport aux trois dernières mesures LPZ publiées aux Pays-Bas, les taux de prévalence nosocomiale des escarres en Suisse restent légèrement inférieurs à ceux des Pays-Bas. En Autriche, les taux de prévalence nosocomiale totale sont nettement inférieurs à ceux de la Suisse.

Par rapport à l'année précédente, les taux de prévalence nosocomiale ont légèrement augmenté chez les participant-e-s présentant un risque d'escarre. Le taux de prévalence nosocomiale totale a augmenté de 1,7 point de pourcentage pour atteindre 14,2 %, et le taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur a augmenté de 0,6 point de pourcentage pour atteindre 6,5 %. Ces fluctuations sont de nature aléatoire.

En effet, tandis que dans la plupart des types d'unité de soins, les taux de prévalence nosocomiale ne varient que légèrement, une hausse du taux de prévalence nosocomiale dans les unités de soins intensifs est à noter. Sur les trois années de mesure précédentes, ceux-ci présentent une augmentation du taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur de plus de 3 points de pourcentage. Cependant, les résultats sont comparables à ceux de la littérature, qui indique des taux de prévalence semblables.

Ajustement au risque

Pour évaluer les variables relatives aux patient-e-s constituant des variables prédictives pertinentes pour une escarre, des modèles logistiques hiérarchiques ont été utilisés.

Pour l'indicateur escarres catégorie 1 et supérieur, les variables prédictives suivantes augmentent le risque d'escarre : en première position, l'évaluation clinique subjective positive ; en deuxième, la dépendance aux soins. En troisième position, l'on trouve la durée d'hospitalisation et en quatrième les groupes de diagnostics CIM déterminés indépendamment les uns des autres (maladies infectieuses, maladies de l'appareil circulatoire).

Pour l'indicateur escarres nosocomiales catégorie 2 et supérieur, les variables prédictives suivantes augmentent le risque d'escarre : en première position, l'évaluation clinique subjective positive et en deuxième, la durée d'hospitalisation. La dépendance aux soins suit à la troisième place et à la quatrième, les

groupes de diagnostics CIM médicaux déterminés indépendamment les uns des autres (maladies infectieuses, maladies de l'appareil circulatoire, maladies de peau et lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes).

Le changement le plus frappant pour les deux indicateurs de résultats des escarres est l'importance de l'évaluation clinique subjective des infirmier-ère-s, qui s'avère encore plus significative que lors des mesures précédentes, avec des rapports des cotes de 16 pour la catégorie 1 et supérieur et de 11 pour la catégorie 2 et supérieur.

Indicateurs de processus et de structure

La distribution des escarres conformément aux *manifestations de la classification EPUAP* correspond aux données des publications internationales, où les escarres de catégorie 1 et de catégorie 2 se trouvent respectivement en majorité à la première et à la deuxième position. Les localisations les plus fréquentes étaient le talon et le sacrum, ce qui correspond également aux données des publications internationales.

Globalement, on peut noter que les résultats nationaux de la *qualité des processus* peuvent être considérés comme un indice de bonne qualité en matière de prévention et de traitement des escarres. Il pourrait cependant s'avérer nécessaire de développer l'aspect de l'éducation du/de la patient-e et du recensement des risques. Au *niveau des structures*, il conviendrait de contrôler dans quelle mesure l'aspect de la formation des collaborateur-trice-s pourrait contribuer à atteindre des résultats encore meilleurs.

Résultats de l'indicateur chutes à l'hôpital

Taux des chutes à l'hôpital

Parmi les 13 465 patient-e-s participant-e-s à la mesure au total, 511 participant-e-s ont chuté à l'hôpital dans les 30 jours précédant la mesure. Au niveau national, le taux des chutes à l'hôpital de l'année 2016 a donc augmenté de 0,8 point de pourcentage par rapport à l'année de mesure 2015 et s'élève à 3,8 %. Cette augmentation est de nature aléatoire.

Bien que l'on distingue une légère baisse des taux de chutes à l'hôpital depuis le début de la mesure, ce taux est supérieur en Suisse par rapport à celui des autres pays (valeurs de référence 0,2 % – 17,0 %). Par comparaison avec les pays qui utilisent la méthode LPZ, le taux national des chutes à l'hôpital est relativement élevé par rapport à celui des Pays-Bas (0,4 %) et comparable à celui de l'Autriche (2,7 % – 3,0 %).

En matière de risque de chute (chute dans l'anamnèse, 12 derniers mois), un risque de chute a été dépisté chez tout juste un tiers des participant-e-s. Ces personnes étaient trois fois plus touchées par un événement de chute que les autres participant-e-s.

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

Près de 40 % des personnes ayant chuté à l'hôpital étaient touchées par des conséquences de chutes, résultant en un taux de blessures total national de 41,3 %. Ce résultat est plus élevé qu'en Autriche et se situe dans la fourchette supérieure des valeurs de référence internationales (6 % – 50 %).

Ajustement au risque

Pour évaluer les variables relatives aux patient-e-s constituant des variables prédictives pertinentes pour un risque de chute, des modèles logistiques hiérarchiques ont été utilisés. Pour l'indicateur chutes à l'hôpital, les trois variables prédictives suivantes augmentent le risque de chute : en première position la durée d'hospitalisation, en deuxième la variable dépendance aux soins, la dépendance complète et la dépendance prépondérante n'étant pas associées à un risque de chute significatif, ce qui s'explique probablement par une mobilité très limitée des patient-e-s. En troisième position, certains groupes de diagnos-

tics CIM (troubles mentaux et du comportement, maladies du sang et lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes) augmentent le risque de chute indépendamment les uns des autres.

Indicateurs de processus et de structure

La *documentation du risque de chutes* (chute dans l'anamnèse) manquait chez un bon tiers des patient-e-s à risque ainsi que chez 20 % des personnes ayant chuté à l'hôpital. Des interventions destinées à prévenir les chutes ont été mises en place chez presque 75 % des participant-e-s. Le nombre presque deux fois supérieur d'interventions chez les personnes ayant chuté pourrait indiquer que l'événement de chute a déclenché un processus de sensibilisation.

En conclusion, on peut constater que certains résultats descriptifs des *indicateurs de processus et de structure* indiquent que les hôpitaux introduisent des mesures de développement dans le domaine de l'indicateur chutes. Celles-ci semblent agir actuellement encore davantage au niveau des structures qu'au niveau des processus et des résultats. Pour le développement des mesures d'amélioration de la qualité, il est recommandé de prioriser l'identification des patient-e-s à risque, le développement de l'approche multi-interventions de la prévention des chutes et des blessures, l'éducation du/de la patient-e et la formation des collaborateur-trice-s.

Discussion sur la mesure globale, conclusions et recommandations

Participation à la mesure

Le taux de participation correspondait à 100 % des hôpitaux inscrits à la mesure ainsi qu'à 96,0 % des hôpitaux suisses de soins aigus rattachés au contrat de qualité national de l'ANQ. Les unités de soins participantes sont représentatives des hôpitaux de soins aigus de la Suisse.

La taille de l'échantillon de la mesure de la prévalence ainsi que le taux de participation sont restés relativement constants au cours des trois années de mesure passées. Cependant, cette participation reste toujours inférieure au taux visé de 80 % pour améliorer encore l'impact de la mesure.

En 2016, l'on a enregistré pour la première fois le nombre de personnes ne pouvant pas participer à la mesure en raison de connaissances linguistiques insuffisantes, ce qui représentait un non-participant sur dix. Il est possible que la rédaction de l'information à destination des patient-e-s et des proches dans les principales langues migratoires puisse contribuer à l'augmentation de la participation à la mesure.

Indicateurs de qualité sensibles des soins et développement de la qualité

Pour l'*indicateur escarres*, les taux nationaux de prévalence nosocomiale sont stables et se situent dans le tiers inférieur des valeurs de référence internationales. Des analyses de coût récentes montrent que les programmes de prévention efficaces sont plus économiques que le financement des soins liés aux escarres. Il serait donc possible de favoriser d'autres améliorations au niveau du processus en recourant à des mesures de prévention en position assise et en développant des mesures d'éducation du/de la patient-e ainsi que de formation des collaborateur-trice-s.

Dans les résultats nationaux spécifiques aux unités de soins, l'on remarque que les soins intensifs présentent des taux en hausse dans le domaine de prévalence des escarres. Les publications traitant de la réduction des escarres dans les unités de soins intensifs décrivent des programmes d'amélioration de la qualité adoptant des approches multi-interventions spécifiques au milieu (les « care bundles »).

Pour l'*indicateur chutes*, pour lequel les valeurs de prévalence sont plus élevées en Suisse qu'à l'international, les développements ont été plutôt timides depuis le début de la mesure et sont présents bien davantage au niveau de la structure qu'au niveau des processus et résultats. Il conviendrait de s'assurer à cet égard que les indicateurs existants au niveau de la structure (tels que la directive, les groupes multidisciplinaires spécialisés) sont mis en œuvre durablement au niveau des processus. La culture de l'organisation

(leadership, culture de la sécurité, communication, niveau du personnel et des patient-e-s) ainsi que les aspects de la participation des patient-e-s doivent faire l'objet d'une intégration active pour garantir la réussite de la mise en œuvre d'un programme d'intervention contre les chutes.

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

De plus, les publications actuelles relatives au *développement de la qualité des indicateurs chutes et escarres* soulignent de plus en plus l'importance de la participation et de l'orientation des patient-e-s.

Recommandations quant à la méthodologie

Sur la base des limites identifiées pour l'indicateur chute dans l'ajustement au risque, il est recommandé d'adapter le questionnaire LPZ 2.0 (capacité de discrimination de la variable chute dans l'anamnèse, relevé complet de la variable des médicaments sédatifs ou influençant le comportement).

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

Recommandations quant à la mesure de la prévalence

Cette mesure nationale de la prévalence permet une comparaison concrète de l'état théorique/réel avec le niveau de qualité défini en interne, permettant d'acquérir des indications importantes pour la priorisation des processus internes de développement de la qualité. Au vu de la fluctuation des taux de prévalence nosocomiale dans les années 2011-2016, en particulier pour l'indicateur des résultats des chutes à l'hôpital, il serait recommandé de continuer à effectuer les mesures régulièrement à l'avenir. Les effets positifs avérés des mesures récurrentes sur le développement de la qualité contribuent à une sensibilisation durable envers l'indicateur en milieu clinique.

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 saisie 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.



Remerciements

Le groupe de projet de la mesure nationale de la prévalence chutes, escarres et escarres enfants de la Haute école spécialisée bernoise remercie tous les participant-e-s des hôpitaux ainsi que les membres du groupe qualité de la mesure de la prévalence de l'ANQ pour leur généreux soutien dans le processus de développement et de validation de la méthode de mesure LPZ 2.0. Les retours constructifs du groupe qualité lors du processus de développement du questionnaire LPZ 2.0 et les outils techniques apportés par le site internet LPZ 2.0 ont considérablement contribué au bon déroulement de la mesure pilote dans les hôpitaux.

Un grand merci également aux infirmier-ère-s qui se sont impliqué-e-s dans le processus de validation, à la mesure pilote ainsi qu'au test d'importation des données. Dans un groupe de projet, pouvoir bénéficier d'une aide rapide et à court terme dans un contexte hospitalier dynamique et complexe ne va pas nécessairement de soi. Le soutien engagé du milieu de la pratique a considérablement contribué à la réussite de la première mesure nationale de la prévalence avec la méthode LPZ 2.0.

Liste des abréviations

ADL	Activities of daily living (activités de la vie quotidienne)
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
BFH	Berner Fachhochschule ou Haute école spécialisée bernoise, domaine Santé, Département Recherche appliquée et développement, prestations de service
CALNOC	Collaborative Alliance for Nursing Outcomes
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Cf.	confer
CIM	Classification internationale des maladies
DEASS	Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale
EDS	Échelle de dépendance aux soins
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
ÉT	Écart-type
GD	Groupes de diagnostics
H	hôpital
H+	Les hôpitaux suisses
HDL	Household activities of Daily Living
HEdS-FR	Haute école de santé Fribourg
IC	Intervalle de confiance
K111	Hôpital universitaire
K112	Hôpital de soins généraux
K121-123	Hôpitaux de soins de base
K221 & K231-235	Cliniques spécialisées
LPZ	Mesure internationale de la prévalence de la qualité de soins, LPZ international

métab.	métabolique
n	nombres
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
OFS/BFS	Office fédéral de la statistique
OR	Odds ratio (rapport des cotes)
Ostéo-artic.	ostéo-articulaire
Pat.	Patient-e-s
PDCA	Plan, do, check, act (planifier, développer, contrôler, agir)
PIPPA	Pan Pacific Pressure Injury Alliance
Ra&D	Recherché appliquée et développement/prestations de service
Rés.	Résidu
SAfW	Association Suisse pour les soins de plaies
Santésuisse	Association faîtière des assureurs suisses de la branche de l'assurance-maladie
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Valeur p	Résultat du test de signification
VM	Valeur moyenne

1. Introduction

L'« Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques » (ANQ)¹ 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. Ces mesures se basent sur le plan de mesure correspondant pour les soins aigus.

L'ANQ, les institutions faîtières H+, CDS, Santésuisse et les compagnies d'assurance helvétiques ont signé le contrat national de qualité le 18 mai 2011. À 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.

L'ANQ a confié à la Haute école spécialisée bernoise (BFH) la mission de servir d'institut d'analyse pour la préparation des données de l'ensemble de la Suisse dans le cadre de la mesure nationale de la prévalence nationale des chutes et escarres dans le domaine des soins aigus des hôpitaux suisses pour le cycle de mesure 2016. 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).

1.1. Contexte

Les mesures de la prévalence constituent une base importante pour effectuer des comparaisons avec les meilleures pratiques d'organisations (benchmarking) et ainsi pour améliorer la qualité dans les domaines de la prévention et des soins. Jusqu'en 2011, en ce qui concerne les indicateurs sensibles des soins escarres et chutes, seules étaient disponibles en Suisse des données de prévalence au niveau des institutions. Dans les autres cas, les données de prévalence étaient évaluées à l'aide des taux de complication indiqués par les infirmier-ère-s (Schubert, Clarke, Glass, Schaffert-Witvliet, & De Geest, 2009). En 2011, l'ANQ a intégré les indicateurs sensibles des soins chutes et escarres dans le plan de mesure, conformément à une recommandation ressortant d'une analyse de la littérature (Kuster, 2009).

Le plan de mesure de l'ANQ de 2016 aussi prévoit une mesure nationale de la prévalence des indicateurs de la qualité sensibles des soins chutes et escarres (Burston, Chaboyer, & Gillespie, 2014; Heslop & Lu, 2014; Kuster, 2009) suivant la méthode International Prevalence Measurement of Care Problems (LPZ International) de l'université de Maastricht, Pays-Bas (Bours, Halfens, Lubbers, & Haalboom, 1999; van Nie et al., 2013). La méthode LPZ a été entièrement révisée en vue de la mesure de la prévalence de 2016 (actualisation tant au niveau des spécialités que technique, ainsi que réduction des indicateurs de structure et de processus). Depuis le nouveau lancement en 2016, la méthode de mesure révisée de l'Université de Maastricht est nommée « LPZ 2.0 ».

L'utilisation d'outils uniformes reconnus à l'échelle internationale et la collaboration avec des partenaires européens permettent d'établir des comparaisons sur les plans à la fois national et international. De plus, les données quantitatives nationales recueillies donnent des indications sur la qualité des soins (prévalence, prévention, interventions) dans les hôpitaux et permettent une comparaison entre les hôpitaux. Les données sont également publiées, ce qui permet au public d'effectuer lui-même des comparaisons.

¹ La liste des abréviations se trouve en début de rapport.

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).

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 sur un temps donné correspond également à l'incidence (Gordis, 2009). On utilise pour le calcul de la prévalence le même calcul que pour l'indicateur escarres.

La mesure nationale de la prévalence permet d'indiquer les taux de prévalence totale et les taux de prévalence nosocomiale (contractées à l'hôpital) pour l'indicateur escarres. Les taux de prévalence totale 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 nosocomiale indiquent les événements (« adverse events ») potentiellement évitables pendant l'hospitalisation (White, McGillis Hall, & Lalonde, 2011). Pour l'indicateur chutes, seuls les taux de chutes à l'hôpital sont indiqués à partir de l'année de mesure 2016.

Le Tableau 1 présente le calcul de la prévalence totale des escarres conformément à la classification internationale NPUAP-EPUAP-PPPI (National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance, 2014b) (voir 1.2.2.). Le nombre de patient-e-s participant-e-s affecté-e-s par une escarre (toutes catégories NPUAP-EPUAP-PPPIA confondues) 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

$\frac{\text{Nombre de patient-e-s participant-e-s avec des escarres (toutes catégories confondues)}}{\text{Nombre total de patient-e-s participant-e-s}} \times 100$

Deux calculs sont 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 délicat de déceler une escarre de catégorie 1 (Halfens, Bours, & Van Ast, 2001). Une prévention adaptée permet généralement d'éviter les escarres. C'est pourquoi les escarres catégorie 2 et supérieur contractées à l'hôpital font l'objet d'une analyse distincte.

La même formule est utilisée pour le calcul de la prévalence totale des taux d'escarres nosocomiales (toutes catégories confondues) ainsi que pour celui de la prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur. Les calculs concernent les patient-e-s présentant des escarres contractées à l'hôpital (nosocomiales).

1.2.2. Escarres

La mesure de la prévalence de 2016 s'appuie sur la définition internationale proposée par les organisations NPUAP-EPUAP-PPPIA (National Pressure Ulcer Advisory Panel, et al., 2014b). Une escarre est selon

NPUAP-EPUAP-PPPIA une « lésion ischémique localisée au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents, située en général sur une proéminence 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. ». Cette définition est utilisée à la fois pour les adultes ainsi que pour les enfants et adolescent-e-s dans le cadre de la mesure de la prévalence.

Désormais, le regroupement NPUAP-EPUAP-PPPIA (2014b) utilise une classification faisant la distinction entre six manifestations pour l'escarre (au lieu de quatre catégories). Celles-ci 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 sur une peau saine ». La catégorie 2 montre une « Atteinte partielle de la peau ou phlyctène ». La catégorie 3 désigne une « Perte complète de tissu cutané (tissu graisseux visible) ». La catégorie 4 correspond à une « Perte tissulaire complète (muscle/os visible) ». Les deux nouvelles manifestations sont définies comme « Inclassable : Perte tissulaire ou cutanée complète de profondeur inconnue » ainsi que « Dommages tissulaires profonds probables de profondeur inconnue ».

Les deux « nouvelles » manifestations de la classification EPUAP « Perte tissulaire ou cutanée complète de profondeur inconnue » ainsi que « Dommages tissulaires profonds probables de profondeur inconnue » ont été relevées pour la première fois lors du cycle de mesure 2016 après la mise à jour de la directive NPUAP-EPUAP-PPPIA (2014b).

Les années de mesure précédentes, les nouvelles manifestations étaient affectées à la catégorie 4, conformément aux spécifications du Manuel de la mesure Suisse, les taux de prévalence relevés avec la méthode LPZ 2.0 restent donc comparables sur l'axe temporel. Le terme « catégorie » est utilisé en principe pour les manifestations des escarres de catégories 1 à 4 dans le questionnaire LPZ 2.0, comme le recommande aussi l'Association Suisse pour les soins de plaies (SAfW) (Von Siebenthal & Baum, 2012).

Dans la littérature spécialisée, les nouvelles manifestations ne sont pas dénommées catégories 5 et 6, mais généralement décrites explicitement. Cette procédure a été reprise dans les documents à la fois par LPZ et par la BFH, raison pour laquelle les résultats des taux de prévalence sont désignés comme suit dans le présent rapport :

- *Prévalence (nosocomiale) totale* donne une indication de la prévalence des 6 manifestations, conformément à la classification EPUAP
- *Prévalence (nosocomiale) des escarres catégorie 2 et supérieur* donne une indication de la prévalence de toutes les manifestations, conformément à la classification EPUAP, à l'exclusion de la catégorie 1.

Étant donné que l'EPUAP ne disposait d'aucune version française officielle de la nouvelle directive au moment de la mesure, le travail a été effectué avec une traduction d'agence provisoire (définition, classification) initiée par la BFH et non validée par l'EPUAP pour le relevé en Suisse romande. Cette traduction provisoire a été mise à la disposition du groupe de travail officiel (SAfW - section Romande) pour révision. Étant donné que la traduction française officielle de la définition et des désignations des catégories est désormais publiée par l'EPUAP, ce vocabulaire est utilisé pour la présentation des résultats dans le rapport.

La méthode LPZ 2.0 ne comporte plus d'échelle d'évaluation des risques structurée. L'évaluation du risque d'escarre pour un-e patient-e a été effectuée par l'équipe en charge de la mesure à l'aide d'une évaluation clinique subjective. Ceci est fait en accord avec la directive NPUAP-EPUAP-PPPIA (2014b), qui estime que la signification de l'évaluation clinique est au moins aussi importante que l'utilisation d'un instrument d'évaluation du risque.

1.2.3. Chutes et conséquences des chutes

La mesure de la prévalence de 2016 fait intervenir la définition de la chute suivante : « Une chute est un événement au cours duquel la personne se retrouve involontairement au sol ou sur tout autre niveau inférieur et ce, indépendamment de sa cause » (Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly, 1987).

Les conséquences des chutes ont été relevées selon les trois catégories suivantes, conformément au Manuel de la mesure Suisse :

- **Lésions minimales** : hématome, égratignures, etc., qui ne demandaient pas un traitement médical.
- **Blessures de gravité moyenne** : contusions, coupures qui nécessitaient des points de suture, dermabrasions sévères avec besoins de traitement de plaie
- **Blessures graves** : blessures à la tête, fractures d'un bras, d'une jambe, de la hanche.

Depuis la mesure 2016, la fracture de la hanche n'est plus relevée comme une catégorie de blessure à part. Les fractures de la hanche sont classées dans les blessures graves. Les taux de blessures sont calculés comme suit, en application des recommandations et méthodologies de la littérature internationale (Agency for Healthcare Research and Quality's (AHRQ), 2013; Quigley, Neily, Watson, Wright, & Strobel, 2007) :

- *Taux de blessures par degré de gravité* : nombre de patient-e-s ayant des blessures minimales/moyennes/graves, divisé par le nombre de participant-e-s ayant chuté à l'hôpital, multiplié par 100.
- *Taux de blessures total à l'hôpital* : nombre de patient-e-s ayant des conséquences de chutes après une chute survenue en milieu hospitalier, divisé par le nombre de participant-e-s ayant chuté à l'hôpital, multiplié par 100.

Aucun instrument de risque n'a été intégré dans la méthode LPZ jusqu'au cycle de mesure 2015 inclus pour évaluer le risque de chute. Comme l'exige la méthode LPZ 2.0, le facteur de risque le plus important pour les chutes selon la littérature, c'est-à-dire une chute dans l'anamnèse (« fall history » au cours des 12 derniers mois) a été relevé (Deandrea et al., 2013; Evans, Hodgkinson, Lambert, & Wood, 2001; Oliver, Daly, Martin, & McMurdo, 2004). Ainsi, tous/toutes les patient-e-s ayant une chute dans l'anamnèse ont été considéré-e-s comme des patient-e-s à risque dans l'analyse des données. Sur la base de la littérature (Deandrea, et al., 2013; Evans, et al., 2001; Oliver, et al., 2004), la question de la prise de médicaments sédatifs et ayant une influence sur le comportement a été relevée comme facteur de risque supplémentaire pour les patient-e-s ayant chuté en milieu hospitalier.

D'autres renseignements détaillés et des ressources permettant de spécifier les définitions, d'évaluer le risque, de classer 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 2016.

2. Buts visés, problématique et méthodologie

Ce chapitre décrit les buts visés et la problématique de la mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres. La partie relative à la méthode résume les informations principales relatives à la méthode LPZ 2.0 révisée et décrit les méthodes d'analyse.

2.1. Buts visés et problématique

Lors de cette sixième mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres, les problématiques suivantes se trouvaient au premier plan :

- Quel est le taux de prévalence totale des escarres contractées durant l'hospitalisation (= nosocomiales) chez les adultes dans les hôpitaux suisses (médecine somatique aiguë) ?
- Quel est le taux de prévalence des escarres contractées durant l'hospitalisation (= nosocomiales) de catégorie 2 et supérieur 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) ?
- Comment se présente la comparaison des hôpitaux ajustée au risque au niveau des indicateurs des escarres nosocomiales catégorie 1 et supérieur ainsi que catégorie 2 et supérieur ?
- Comment se présente la comparaison des hôpitaux ajustée au risque au niveau de l'indicateur chutes à l'hôpital ?
- 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, le rapport présente les taux de prévalence totale des escarres au niveau national. Cela signifie qu'il fait également figurer les résultats précédant l'hospitalisation. L'analyse des données relatives aux escarres des enfants du cycle de mesure 2016 est décrite dans un rapport séparé (Bernet et al., 2017).

2.2. Méthode

2.2.1. Développement et préparation de la méthode LPZ 2.0

La mesure nationale de la prévalence repose sur une méthode éprouvée, reconnue au plan international et développée par l'Université de Maastricht (International Prevalence Measurement of Quality of Care, LPZ International). Pour la mesure de la prévalence de 2016, cette méthode a été entièrement révisée. Depuis le nouveau lancement, la méthode est nommée « LPZ 2.0 ». La révision de la méthode a entraîné une nette réduction des indicateurs de structure au niveau des hôpitaux et des unités de soins (2 et 5 indicateurs respectivement, au lieu de 7 et 8 à 9 indicateurs) ainsi qu'une diminution nette des indicateurs de processus dans le questionnaire des patient-e-s. En outre, la présentation des résultats a été rendue plus conviviale pour l'utilisateur-trice, plus interactive et plus ciblée vis-à-vis du destinataire (Dashboard LPZ 2.0).

Le questionnaire LPZ 2.0 a été développé en anglais par le groupe de recherche international LPZ en automne 2015. Pour le concevoir, le groupe de recherche s'est appuyé sur la littérature scientifique internationale et a collaboré avec des expert-e-s du domaine des indicateurs de qualité respectifs. La traduction en allemand, français et italien a eu lieu ensuite, selon un procédé à plusieurs niveaux reconnu sur le plan international (Wild et al., 2005). Les nouveaux questionnaires ont alors été soumis à un procédé de validation cognitive dans les trois régions linguistiques (Willis, 2005) : la compréhensibilité des questionnaires a été contrôlée par le biais d'entretiens avec des infirmier-ère-s ayant déjà participé à une mesure de la prévalence précédente au sein d'une équipe en charge de la mesure. Au total, 17 entretiens, dont sept en

allemand, six en français et quatre en italien, ont été effectués dans six hôpitaux appartenant à différents types d'hôpitaux. Les résultats ont considérablement contribué à la clarté des formulations, à la congruence linguistique et à la compréhensibilité du questionnaire LPZ 2.0. En outre, l'on a pu en retirer des indications importantes permettant de préciser les explications dans le manuel de la mesure.

La méthode LPZ 2.0, y compris le nouveau programme de saisie des données en ligne LPZ 2.0, a été testée à l'été 2016 dans le cadre d'un essai pilote dans cinq hôpitaux de Suisse alémanique. La fonctionnalité de l'importation des données de routine dans le programme de saisie des données en ligne LPZ 2.0 a été contrôlée en collaboration avec une institution. Le concept d'évaluation de la mesure de la prévalence (Vangelooven, Bernet, Richter, Thomann, & Baumgartner, 2017) sur le site internet de l'ANQ présente en détails le développement des méthodes et du questionnaire.

En raison des innovations apportées sur les plans méthodologiques et techniques, la formation à la mesure de la prévalence était obligatoire pour les personnes chargées de la coordination dans les hôpitaux. Au total, cinq réunions de formation organisées par la BFH ont eu lieu. 216 personnes ont participé à une réunion de formation. En outre, le manuel de la mesure Suisse ainsi que divers documents d'instruction technique étaient disponibles à titre d'aide lors de la collecte des données.

2.2.2. Collecte des données

Les données ont été recueillies le jour fixé, soit le 8 novembre 2016. Tous les patients et toutes les patientes hospitalisé-e-s le jour fixé ont été inclus dans la mesure. Les femmes ayant accouché ainsi que les nourrissons en bonne santé des unités d'obstétrique ont été exclus du relevé.

Deux infirmier-ère-s (un-e interne et un-e externe) ont collecté les données auprès de chaque patient-e. 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). La méthode LPZ 2.0 a défini pour la première fois les questions que l'équipe en charge de la mesure devait obligatoirement relever auprès du/de la patient-e dans le questionnaire des patient-e-s. Le dossier patient pouvait être utilisé comme source pour toutes les autres questions, c.-à-d. que la personne en charge de la collecte définie a relevé ces données dans le dossier patient dans la mesure où elles n'avaient pas encore été importées dans le questionnaire par le biais d'une importation des données automatique.

Les patient-e-s ou leurs représentant-e-s ont donné leur consentement oral à la participation avant la mesure ou au moment de la collecte des données. La veille et le jour même de la mesure, un helpdesk téléphonique en allemand, français et italien était disponible.

Avec la méthode LPZ 2.0, les hôpitaux participants ont pu également contrôler la plausibilité et l'exactitude de leurs données au niveau de l'institution pendant la phase de collecte. Pour cela, le service Internet de LPZ a publié les données brutes à deux dates fixes (environ deux et quatre semaines après le jour de la mesure) dans le domaine protégé du site internet LPZ 2.0. Les institutions ont pu ensuite consulter leurs données, ainsi que contrôler leur exactitude et leur plausibilité, et les corriger directement dans le programme de saisie de données en ligne le cas échéant, voir concept d'évaluation (Vangelooven, et al., 2017). Une notice relative à la procédure de contrôle de la plausibilité a été mise à la disposition des institutions participantes.

Après la mise à disposition des données brutes par LPZ, la BFH a encore contrôlé le jeu de données nationales dans le cadre de l'apurement des données afin de détecter les cas non plausibles ou les saisies de données erronées. Dans ce cadre, la priorité était donnée aux données manquantes ainsi qu'aux valeurs suspectes relatives à la durée d'hospitalisation, aux données de l'âge, de la taille et du poids et à l'affectation aux types d'hôpitaux. Par exemple, la BFH a contacté la coordinatrice ou le coordinateur des hôpitaux quand une durée d'hospitalisation supérieure à 200 jours était indiquée. Cela a permis de contrôler les données et de les faire corriger par LPZ au besoin. Ainsi au total, douze données erronées ont pu être identifiées et corrigées. En outre, quatre cas non plausibles ou incohérents ont dû être exclus de l'en-

semble des données nationales SPSS, conformément aux critères d'inclusion de la mesure de la prévalence fournis par l'Université de Maastricht (N = 17 623). Les raisons ont été clarifiées en collaboration avec LPZ Maastricht et semblent reposer principalement sur des erreurs d'utilisation de nature technique ou des failles de programmation du questionnaire électronique. La BFH a donc décidé d'exclure des analyses de la mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres ces quatre cas en raison de leur ambivalence. Ces quatre cas n'incluaient aucune chute ni escarre.

2.2.3. Analyse descriptive des données

Les analyses descriptives ont été effectuées avec IBM SPSS Statistics version 24. Le concept d'évaluation de la mesure de la prévalence (Vangelooven, et al., 2017) sur le site internet de l'ANQ donne des indications détaillées sur la méthodologie utilisée pour l'analyse descriptive.

2.2.4. Analyse des données ajustée au risque

Les analyses statistiques pour l'ajustement au risque ont été réalisées avec STATA 13.1 (Rabe-Hesketh & Skrondal, 2008). Le concept d'évaluation de la mesure de la prévalence (Vangelooven, et al., 2017) sur le site internet de l'ANQ présente en détails la méthodologie utilisée pour l'analyse ajustée au risque.

2.2.5. Remarques quant à l'établissement des rapports

Dans le cadre de la révision de la méthode LPZ 2.0, le rapport pour les adultes a été modifié en collaboration avec l'ANQ et le groupe qualité. Les nouveautés et remarques suivantes ont une signification particulière pour le rapport comparatif national des adultes de la mesure 2016.

Premièrement, les chapitres relatifs à l'indicateur escarres et à l'indicateur chutes ont été séparés plus clairement d'un point de vue structurel. Les descriptions, les résultats ajustés au risque et la discussion ainsi que les conclusions sont donc traités par indicateur dans un même chapitre. Ce chapitre forme donc une unité spécifique à l'indicateur.

Deuxièmement, davantage d'illustrations ont été utilisées pour représenter les résultats, afin de décrire ces résultats au niveau national. Les détails des résultats sous forme de tableau, par exemple les structures par types d'hôpital ou d'unité de soins, se trouvent principalement en annexe, aux côtés des indicateurs de résultats. Des références correspondantes ont été ajoutées aux illustrations.

Troisièmement, dès que possible et si pertinent, les résultats sont comparés sur une même base avec ceux des deux années de mesure précédentes (2014, 2015).

Quatrièmement, comme pour les années précédentes, la description des résultats se fait par type d'hôpital dans le rapport 2016, conformément à la classification de l'OFS (Office fédéral de la statistique (OFS), 2006). Les types d'hôpitaux sont les hôpitaux universitaires (K111), les hôpitaux de prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (K112), les hôpitaux de soins de base (K121-123) et les cliniques spécialisées (K221 & K231-K235). Les numéros de classification de l'OFS sont désormais utilisés pour décrire les types d'hôpitaux dans des tableaux et illustrations ainsi que dans le texte.

Cinquièmement, depuis l'introduction de la méthode LPZ 2.0 en 2016, les diagnostics individuels CIM sont comptabilisés dans le groupe de diagnostics CIM correspondant pour l'établissement des rapports. Le diagnostic « diabète sucré », relevé séparément, a par exemple été nouvellement intégré dans le groupe de diagnostics CIM correspondant « maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques ».

En outre, les informations générales suivantes doivent être prises en compte dans le traitement de la catégorie de réponse « inconnu » pour les variables de risque ou les indicateurs de résultats dans le cadre de l'établissement de rapports : dans le questionnaire LPZ 2.0 2016, il était possible de répondre par « oui », « non » ou « inconnu » à la question d'une chute au cours des 12 derniers mois et à la question d'une chute en milieu hospitalier. Les indicateurs de résultats ainsi que les variables de risque doivent figurer sous forme binaire dans l'analyse statistique, en particulier l'analyse ajustée au risque. Comme lors des cinq derniers cycles de mesure, la BFH a décidé de compter les cas ayant pour réponse « inconnu »

dans les variables correspondantes avec la catégorie de réponse « non ». Cette procédure présente les quatre avantages suivants : la comparabilité des résultats avec ceux des années de mesure précédentes est assurée ; l'on peut garantir une analyse complète du jeu de données ; il est possible d'éviter l'exclusion des observations avec des données manquantes (« inconnu ») et donc une perte d'informations ; le fait de compter les cas indiqués comme « inconnu » dans les « non » permet d'éviter le risque d'une surestimation des taux de prévalence.

Il faut également noter que dans les tableaux et les graphiques, les sommes des valeurs en pour cent ne donnent parfois pas tout à fait 100 %. Il s'agit de différences minimales apparaissant lorsque les nombres sont arrondis. Dans la mesure du possible et si judicieux, les lignes des tableaux ont été classées par ordre de fréquence décroissant dans la colonne « Total hôpitaux ».

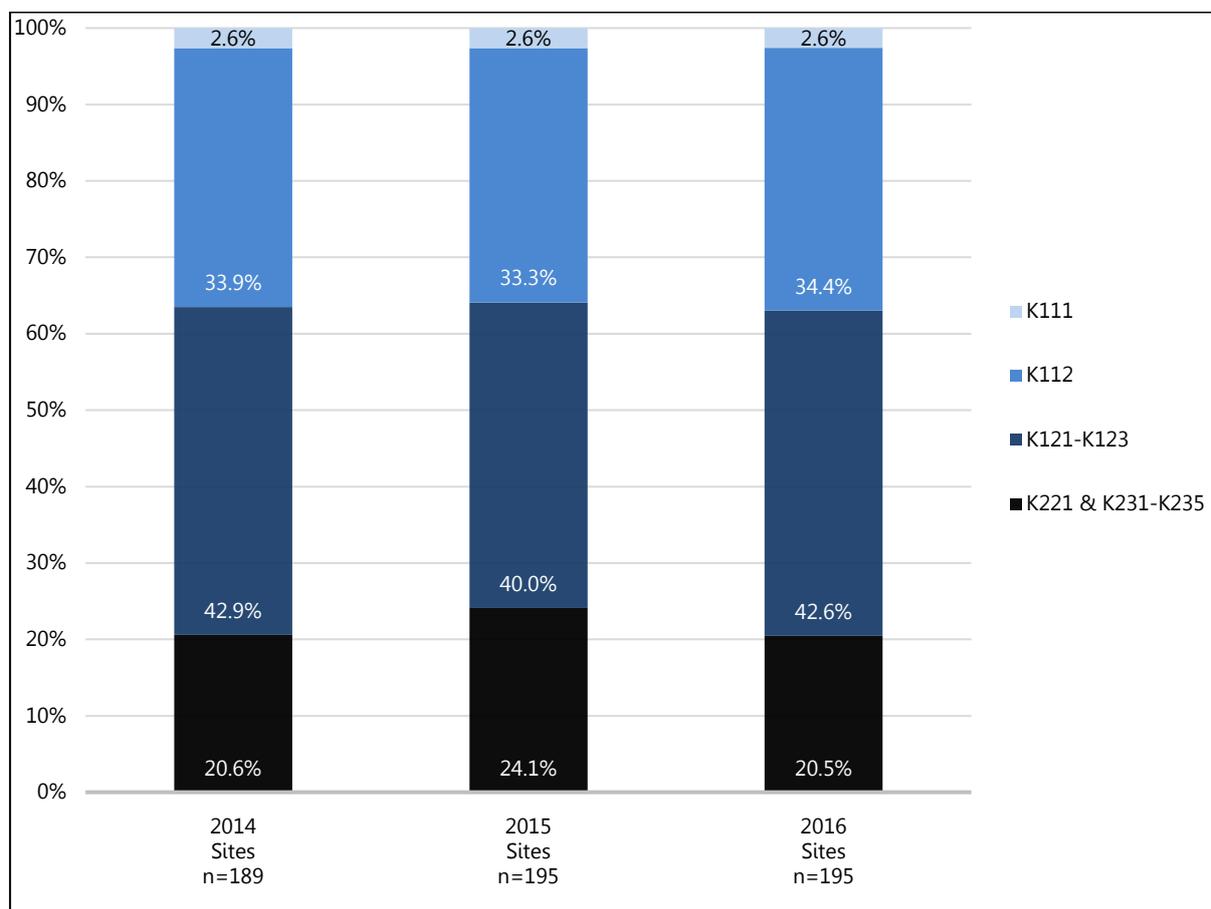
3. Résultats descriptifs de la participation à la mesure et population

Ce chapitre décrit l'ensemble des données. Les résultats de l'analyse descriptive sont donnés au niveau de l'hôpital, de l'unité de soins et des patient-e-s.

3.1. Hôpitaux participants

195 sites hospitaliers en tout se sont inscrits pour la sixième mesure de la prévalence au niveau national. Les 195 sites hospitaliers inscrits (29 groupes hospitaliers et 114 hôpitaux) ont participé à la mesure. La figure 1 décrit la distribution du pourcentage des sites hospitaliers par types d'hôpital au cours des trois dernières années de mesure au niveau national.

Figure 1 : distribution des sites hospitaliers par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure en %

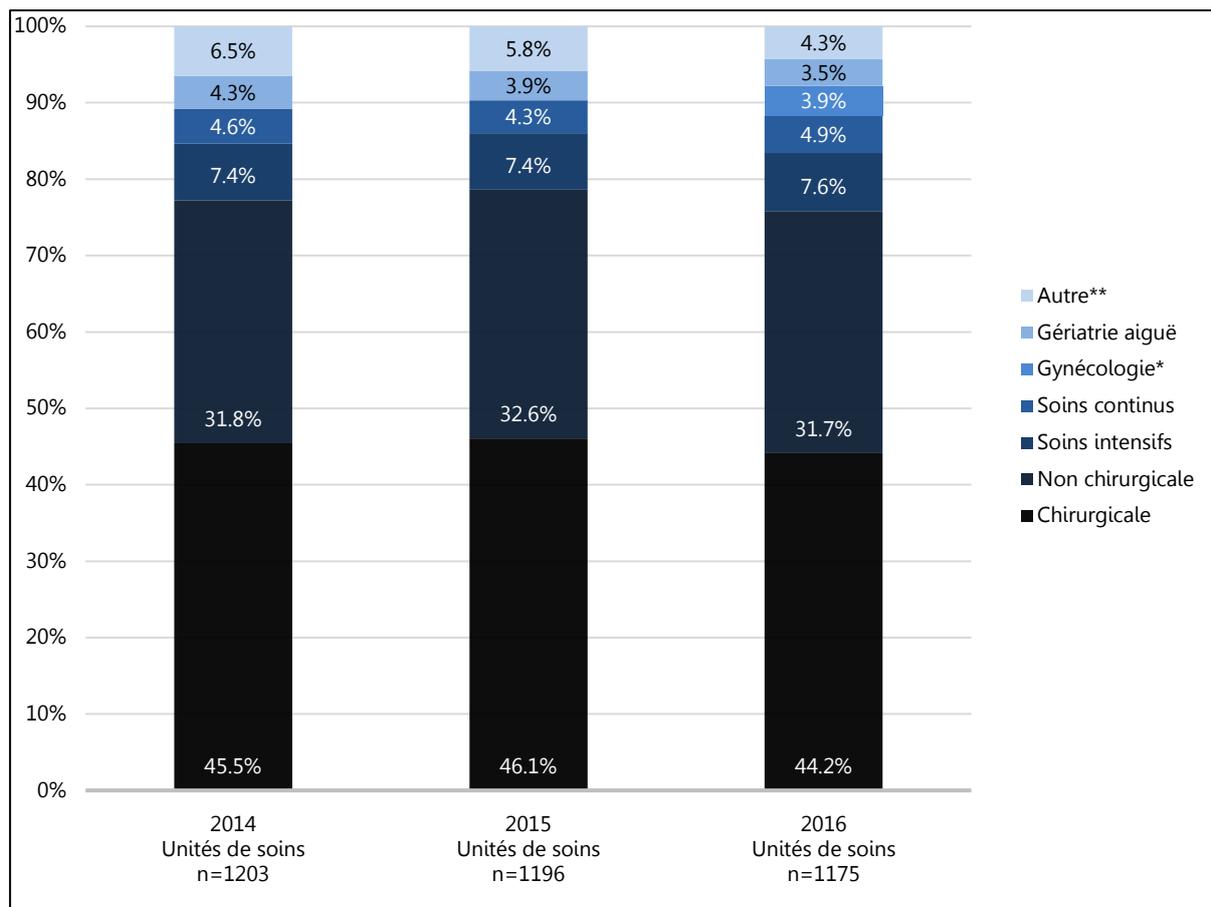


Par rapport à l'année de mesure 2015, le nombre de sites hospitaliers ayant participé à la mesure en 2016 est exactement identique. La distribution du pourcentage des sites hospitaliers par types d'hôpital est restée relativement constante au cours des trois dernières années de mesure. En plus des cinq hôpitaux universitaires (K111), 67 hôpitaux de prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (K112), 83 hôpitaux de soins de base (K121-123) et 40 cliniques spécialisées (K221 & K231-K235) ont participé à la mesure.

3.2. Unités de soins participantes

Lors du cycle de mesure 2016, un total de 1 775 unités de soins sur les 195 sites hospitaliers ont participé à la mesure. La figure 2 montre la distribution du pourcentage des unités de soins participantes par type d'unité au cours des trois dernières années de mesure au niveau national.

Figure 2 : distribution des unités de soins participantes par type d'unité au cours des 3 dernières années de mesure en %



* Le type d'unité de soins « Gynécologie » a été enregistré pour la première fois comme type distinct au cours de l'année de mesure 2016.

** Dans la catégorie « Autre » ont été intégrés les types d'unité de soins « Court séjour », « Réadaptation », « Divers » et, lors de l'année de mesure 2014, « Psychiatrie ».

Sur la figure 2, l'on voit que le pourcentage des types d'unités de soins au niveau national est resté relativement constant au cours des trois années passées. Seule la part des « autres » types d'unité de soins a diminué de 2,2 points de pourcentage au cours des trois dernières années de mesure. Ceci est probablement lié au nouveau type d'unité « gynécologie » introduit dans le questionnaire de 2016. L'on voit aussi que les trois quarts (75,9 %) des unités de soins appartiennent aux types d'unités « chirurgicale » ou « non chirurgicale ».

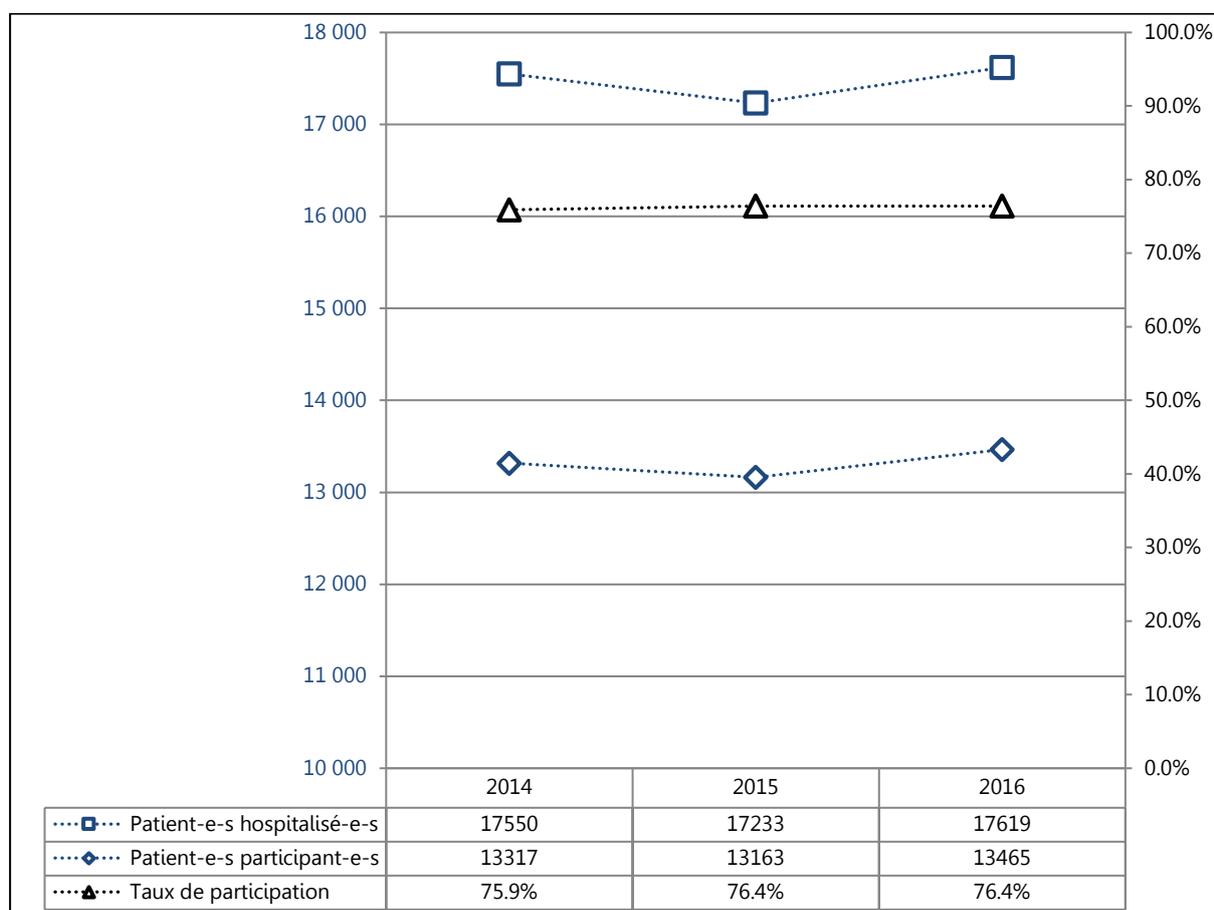
La distribution des pourcentages des unités de soins participantes par type d'unité et par type d'hôpital est décrite dans le tableau 19 en annexe. Dans ce tableau, le total des unités de soins participantes est de 1 166, car même si des patient-e-s étaient hospitalisé-e-s dans neuf des 1 175 unités de soins, ceux-ci/celles-ci ont refusé de participer ou n'ont pas pu participer à la mesure pour d'autres raisons.

3.3. Patient-e-s participant-e-s

3.3.1. Taux de participation

17 619 patient-e-s de 18 ans et plus étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux suisses le jour de la mesure, le 8 novembre 2016. Parmi ceux-ci, 13 465 patient-e-s ont participé à la mesure, portant le taux de participation nationale à 76,4 %. La figure 3 montre d'une part le nombre de patient-e-s hospitalisé-e-s et d'autre part le nombre de patient-e-s participant-e-s à la mesure de la prévalence.

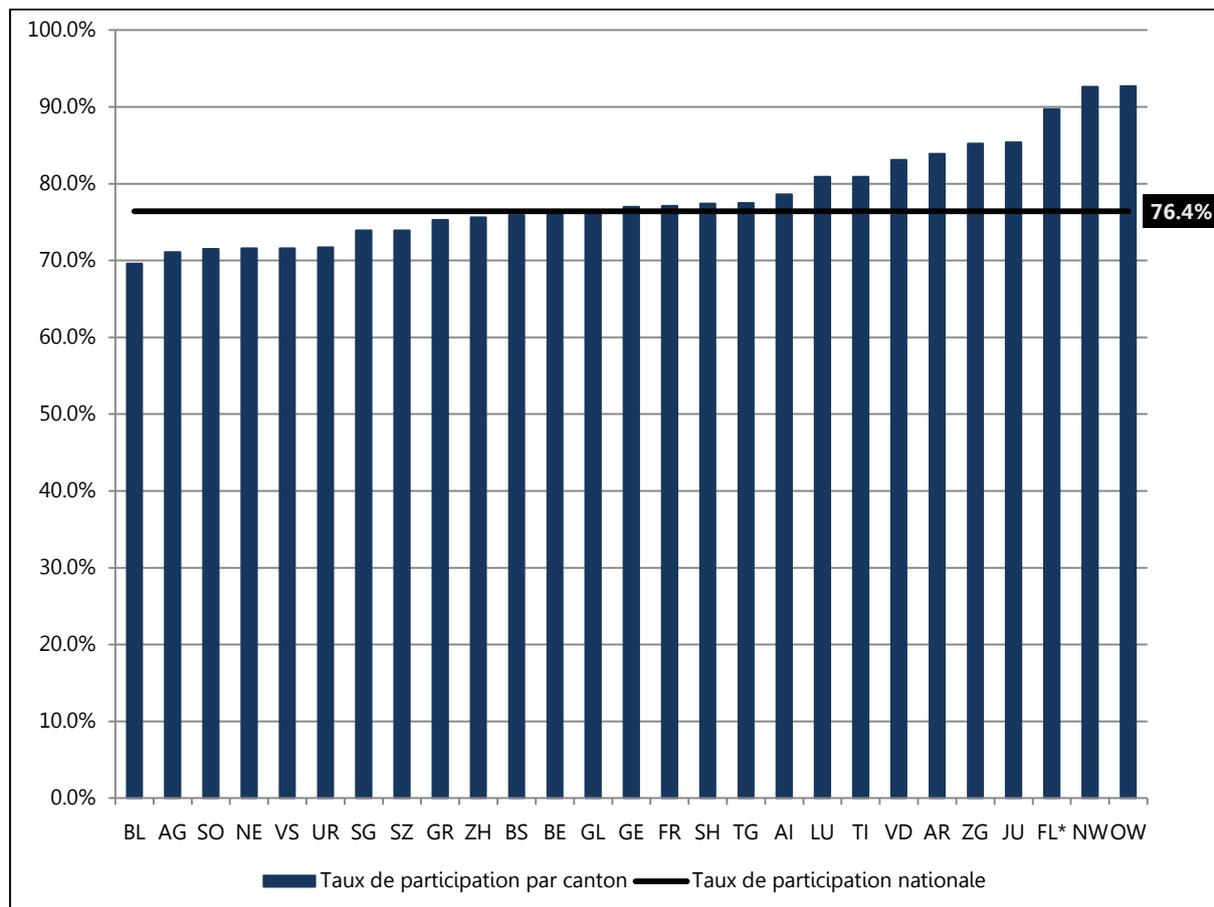
Figure 3 : nombre de patient-e-s hospitalisé-e-s et participant-e-s ainsi que taux de participation en % lors des 3 dernières années de mesure



La valeur la plus élevée des trois dernières années de mesure a été atteinte lors de l'année de mesure 2016, avec 13 465 participant-e-s. Le nombre de patient-e-s hospitalisé-e-s et participant-e-s ainsi que le taux de participation ont présenté des variations faibles au niveau national au cours des trois dernières années de mesure. Le taux de participation nationale reste juste en dessous de 80 %.

Dans la figure 4, les barres verticales indiquent le taux de participation des patient-e-s hospitalisé-e-s par canton. La ligne horizontale représente le taux de participation nationale.

Figure 4 : comparaison des taux de participation dans les cantons avec le taux de participation nationale en %

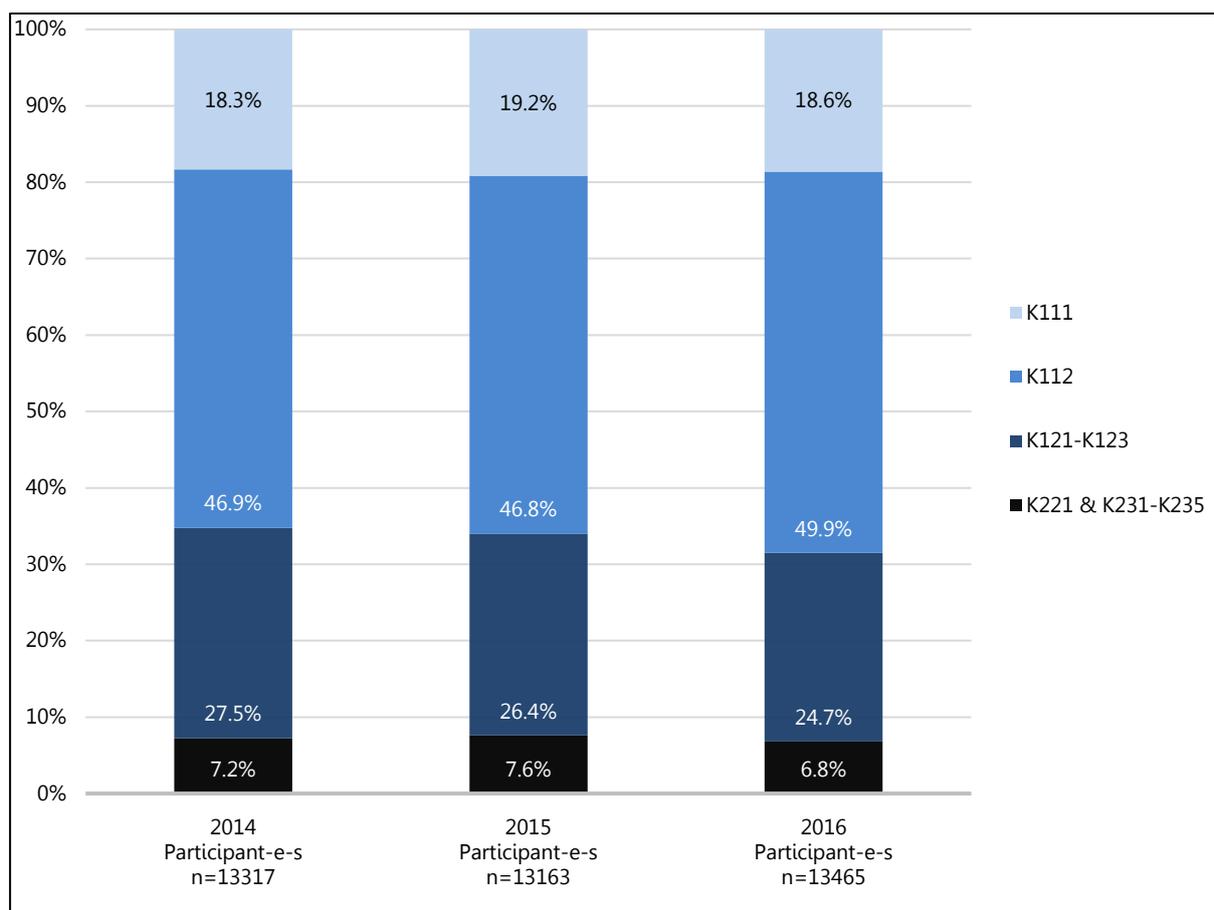


* FL = principauté du Liechtenstein

Le taux de participation dans les cantons se situe dans une large de fenêtre de 69,6 % à 92,7 %, le taux de participation nationale étant de 76,4 %.

La figure 5 représente la distribution de pourcentages des 13 465 patient-e-s ayant participé à la mesure nationale de la prévalence par type d'hôpital au cours des trois dernières années de mesure au niveau national.

Figure 5 : distribution des patient-e-s participant-e-s par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure en %



Phénomène indiquant une légère tendance à la hausse par rapport à l'année de mesure de 2015, la moitié des patient-e-s participant-e-s était hospitalisée dans le type d'hôpital K112. Pour la première fois, le pourcentage des patient-e-s participant-e-s dans le type d'hôpital K121-K123 était inférieur à 25 % pour le cycle de mesure 2016.

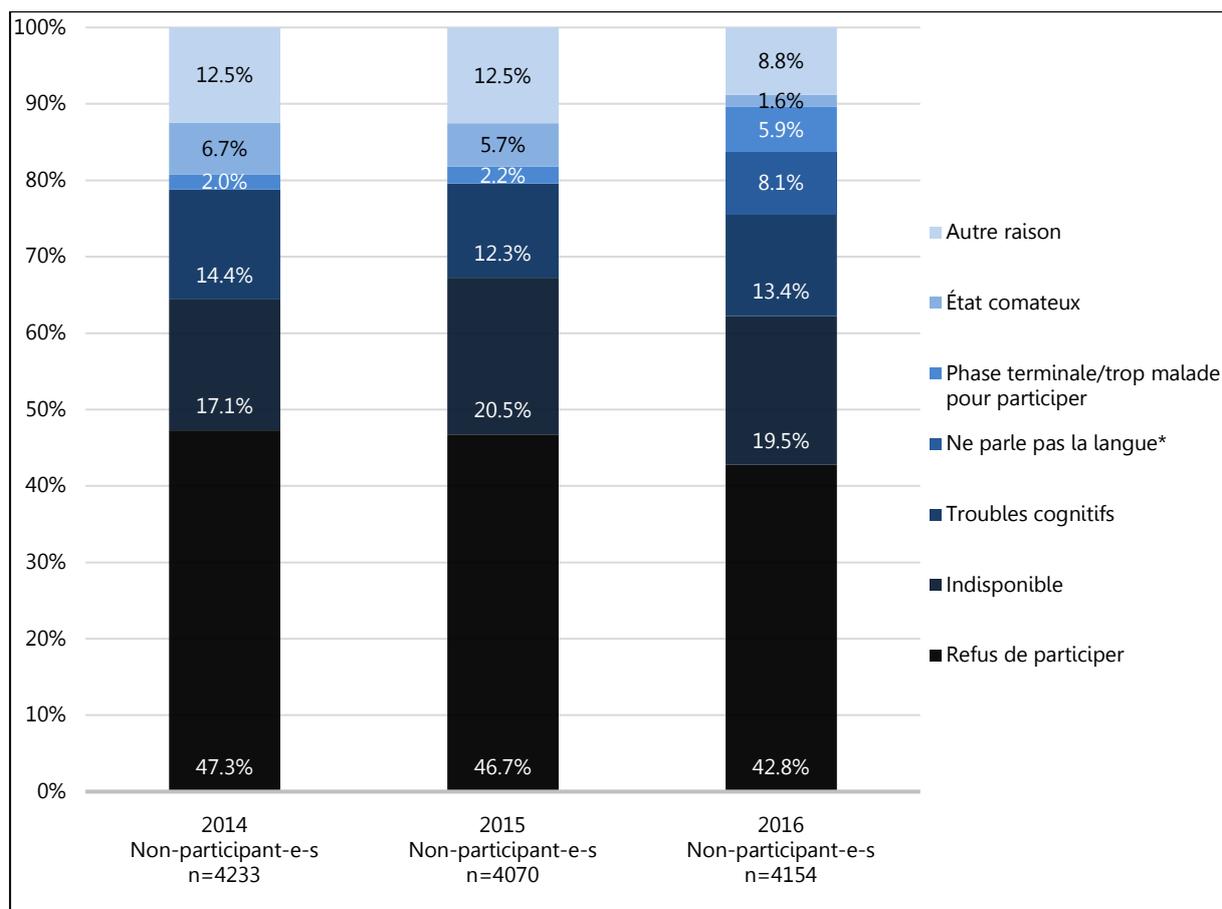
Lorsque l'on compare les taux de participation des différents types d'hôpitaux, le type d'hôpital K111 (78,5 %) présente le taux de participation le plus élevé. Les taux de participation des types d'hôpitaux K121-K123 (77,9 %), K221 & K231-K235 (75,2 %) et K112 (75,1 %) sont légèrement plus faibles.

Les taux de participation par hôpital figurent dans le tableau 29 en annexe.

3.3.2. Raisons de non-participation

Comme décrit au chapitre 3.3.1, 13 465 patient-e-s hospitalisé-e-s sur un total de 17 619 ont participé à la mesure de la prévalence 2016. En conséquence, le nombre de patient-e-s n'ayant pas participé est de 4 154. Les raisons pour lesquelles ces patient-e-s n'ont pas participé à la mesure sont représentées dans la figure 6 ; les résultats sont donnés au niveau national.

Figure 6 : raisons de la non-participation au cours des 3 dernières années de mesure en %



* La catégorie de réponse « Ne parle pas (ou ne comprend pas) la langue » figurait pour la première fois dans le questionnaire 2016.

Par rapport aux cycles de mesure de 2014 et 2015, on constate que le pourcentage de patient-e-s pour qui la raison de non-participation était « refus de participer » ou « autre raison » a diminué. Il est possible que ce résultat soit étroitement lié à l'introduction de la catégorie de réponse « ne parle pas (ou ne comprend pas) la langue » dans le questionnaire 2016. On constate aussi que la part de personnes qui ne participent pas car étant en phase terminale a augmenté et que la part de la catégorie de réponse « état comateux » a diminué. Ceci est probablement dû à la nouvelle affectation des personnes trop malades pour participer. Depuis la révision de la méthode LPZ 2.0, ce groupe de patient-e-s est enregistré dans la catégorie de réponse « phase terminale/trop malade pour participer » (avant la révision : « phase terminale »), alors qu'il était affecté à la catégorie de réponse « état comateux ou trop critique » (désormais « état comateux ») avant la révision de la méthode.

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

Les caractéristiques des 13 465 patient-e-s participant-e-s à la mesure sont décrites dans ce chapitre.

3.4.1. Caractéristiques générales

Le tableau 2 décrit les caractéristiques générales des patient-e-s participant-e-s, réparti-e-s par type d'hôpital.

Tableau 2 : caractéristiques des patient-e-s participant-e-s réparties selon le type d'hôpital

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s participant-e-s	<i>n</i>	2505	6722	3323	915	13465
Sexe (féminin)	<i>n (%)</i>	1130 (45.1)	3290 (48.9)	1739 (52.3)	492 (53.8)	6651 (49.4)
Intervention chirurgicale (oui)	<i>n (%)</i>	1072 (42.8)	2669 (39.7)	1600 (48.1)	646 (70.6)	5987 (44.5)
Âge (en ans)	<i>VM (ÉT)</i>	63.6 (17.78)	68.0 (16.96)	66.4 (17.26)	62.6 (17.29)	66.5 (17.32)
Nombre des jours depuis l'admission	<i>VM (ÉT)</i>	9.7 (14.75)	7.7 (10.84)	5.8 (8.71)	5.2 (8.10)	7.4 (11.15)
Nombre des groupes de diagnostics CIM	<i>VM (ÉT)</i>	3.3 (2.04)	3.4 (2.03)	3.0 (1.88)	2.6 (1.65)	3.2 (1.99)
Échelle de la dépendance aux soins (EDS)**	<i>VM (ÉT)</i>	63.2 (15.91)	65.3 (12.77)	66.6 (11.32)	67.6 (9.99)	65.4 (12.98)
EDS - Indépendance complète	<i>n (%)</i>	1312 (52.4)	3604 (53.6)	1885 (56.7)	541 (59.1)	7342 (54.5)
EDS - Indépendance prépondérante	<i>n (%)</i>	561 (22.4)	1629 (24.2)	803 (24.2)	246 (26.9)	3239 (24.1)
EDS - Dépendance partielle	<i>n (%)</i>	306 (12.2)	933 (13.9)	442 (13.3)	84 (9.2)	1765 (13.1)
EDS - Dépendance prépondérante	<i>n (%)</i>	184 (7.3)	406 (6.0)	149 (4.5)	38 (4.2)	777 (5.8)
EDS - Dépendance complète	<i>n (%)</i>	142 (5.7)	150 (2.2)	44 (1.3)	6 (0.7)	342 (2.5)
Patient-e-s à risque d'escarre	<i>n (%)</i>	795 (31.7)	1840 (27.4)	844 (25.4)	213 (23.3)	3692 (27.4)
Patient-e-s à risque de chute	<i>n (%)</i>	695 (27.7)	2133 (31.7)	1029 (31.0)	244 (26.7)	4101 (30.5)

* Depuis l'introduction de la méthode LPZ 2.0 en 2016, les diagnostics individuels ont été comptabilisés dans le groupe de diagnostics CIM correspondant.

** Score total EDS (15-75 points) : dépendance complète (15-24), dépendance prépondérante (25-44), dépendance partielle (45-59), indépendance prépondérante (60-69), indépendance complète (70-75).

En moyenne, la part des femmes était de 49,4 %, mais l'on constate que la part des femmes est plus faible dans le type d'hôpital K111 par rapport au type d'hôpital K221 & K231-K235.

Les patient-e-s étaient hospitalisé-e-s depuis 7,4 jours en moyenne au moment de la mesure, avec un écart-type de +/- 11,15 jours. Comme l'année passée, la médiane était de 5 jours. Dans les hôpitaux de type K111, la durée d'hospitalisation moyenne jusqu'à la mesure était nettement supérieure à la moyenne nationale avec 9,7 jours et un écart-type de +/- 14,75 jours.

En moyenne, 70,6 % des participant-e-s avaient été opéré-e-s dans les deux semaines précédant la mesure dans le type d'hôpital K221 & K231-K235. Cette valeur est nettement supérieure à la moyenne nationale (44,5 %) et aux valeurs des autres types d'hôpitaux.

La dépendance aux soins moyenne des participant-e-s diminue légèrement à travers les types d'hôpitaux. Cela signifie que dans le type d'hôpital K111, les participant-e-s étaient plus dépendant-e-s aux soins que dans les autres types d'hôpitaux.

Une tendance semblable est visible dans l'évaluation clinique subjective du risque d'escarres. Ainsi, 31,7 % des patient-e-s ont été évalué-e-s comme présentant un risque d'escarre dans le type d'hôpital K111, et 23,3 % dans le type d'hôpital K221 & K231-K235. Dans la moyenne nationale, 27,4 % de tous/toutes les participant-e-s ont été évalué-e-s comme présentant un risque d'escarre.

Une autre tendance se dessine pour le risque de chutes (patient-e-s avec une chute dans l'anamnèse, c.-à-d. dans les 12 mois avant la mesure). Le pourcentage des patient-e-s avec un risque de chute est distribué de manière relativement homogène sur les types d'hôpitaux. Dans la moyenne nationale, un peu moins d'un tiers des participant-e-s présentent un risque de chute.

3.4.2. Groupes de diagnostics CIM

En moyenne, les patient-e-s participant-e-s présentent 3,2 groupes de diagnostics CIM au niveau national (tableau 2). La figure 7 montre la fréquence à laquelle les patient-e-s participant-e-s sont touché-e-s par les groupes de diagnostics CIM respectifs. Ainsi, le groupe de diagnostics CIM « maladies de l'appareil circulatoire » a été cité le plus souvent avec 54,1 %. Cela signifie que plus d'une personne participante sur deux a une maladie au sein du groupe de diagnostics CIM « maladies de l'appareil circulatoire ».

Figure 7 : fréquence des groupes de diagnostics CIM* en %



* Depuis l'introduction de la méthode LPZ 2.0 en 2016, les diagnostics individuels sont comptabilisés dans le groupe de diagnostics CIM correspondant.

4. Indicateur escarres

4.1. Résultats descriptifs pour l'indicateur escarres

Dans ce chapitre, les résultats pour l'indicateur escarres sont décrits de la manière suivante : caractéristiques des patient-e-s avec une escarre nosocomiale, taux national de prévalence des escarres ainsi que taux de prévalence nosocomiale répartis par type d'hôpital et par type d'unité de soins, lieu d'apparition de l'escarre, nombre d'escarres selon la classification EPUAP, interventions préventives des escarres, et enfin, indicateurs de structure pour l'indicateur escarres.

En général, les descriptions des résultats se réfèrent aux escarres nosocomiales, c.-à-d. aux escarres acquises en milieu hospitalier. Ces résultats sont particulièrement intéressants pour le développement de la qualité ainsi que le benchmarking interne et externe dans les hôpitaux de soins aigus. Outre les représentations nationales des résultats, certaines informations complémentaires sur les résultats, données par type d'hôpital, figurent en annexe. Des références sont indiquées pour les représentations de résultats nationales.

4.1.1. Caractéristiques des patient-e-s avec escarres nosocomiales

Sur les 13 465 patient-e-s participant-e-s à la mesure, 938 présentaient une escarre. Des escarres nosocomiales ont été constatées chez 587 patient-e-s. Dans le tableau 3, les caractéristiques des patient-e-s présentant une escarre nosocomiale sont décrites et réparties selon le type d'hôpital.

Tableau 3 : caractéristiques des patient-e-s avec une escarre nosocomiale par type d'hôpital

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s avec une escarre nosocomiale	<i>n</i>	143	282	121	41	587
Sexe (féminin)	<i>n (%)</i>	60 (42.0)	150 (53.2)	59 (48.8)	26 (63.4)	295 (50.3)
Intervention chirurgicale (oui)	<i>n (%)</i>	69 (48.3)	121 (42.9)	62 (51.2)	24 (58.5)	276 (47.0)
Âge (en ans)	<i>VM (ÉT)</i>	70.7 (15.93)	76.0 (13.05)	75.0 (12.29)	72.2 (13.42)	74.2 (13.83)
Nombre des jours depuis l'admission	<i>VM (ÉT)</i>	20.8 (25.87)	14.6 (14.14)	13.2 (14.35)	14.5 (16.67)	15.8 (18.10)
Nombre des groupes de diagnostics CIM	<i>VM (ÉT)</i>	4.6 (2.20)	4.7 (2.13)	3.9 (1.96)	3.6 (1.64)	4.4 (2.11)
Échelle de la dépendance aux soins (EDS)*	<i>VM (ÉT)</i>	43.8 (19.99)	51.0 (17.83)	56.3 (15.06)	59.0 (15.54)	50.9 (18.30)
EDS - Indépendance complète	<i>n (%)</i>	16 (11.2)	42 (14.9)	28 (23.1)	18 (43.9)	104 (17.7)
EDS - Indépendance prépondérante	<i>n (%)</i>	28 (19.6)	65 (23.0)	31 (25.6)	7 (17.1)	131 (22.3)
EDS - Dépendance partielle	<i>n (%)</i>	30 (21.0)	89 (31.6)	40 (33.1)	7 (17.1)	166 (28.3)
EDS - Dépendance prépondérante	<i>n (%)</i>	34 (23.8)	49 (17.4)	16 (13.2)	9 (22.0)	108 (18.4)
EDS - Dépendance complète	<i>n (%)</i>	35 (24.5)	37 (13.1)	6 (5.0)	0 (0.0)	78 (13.3)
Patient-e-s à risque d'escarre	<i>n (%)</i>	136 (95.1)	250 (88.7)	105 (86.8)	34 (82.9)	525 (89.4)
Patient-e-s à risque de chute	<i>n (%)</i>	51 (35.7)	147 (52.1)	57 (47.1)	10 (24.4)	265 (45.1)

* Score total EDS (15-75 points) : dépendance complète (15-24), dépendance prépondérante (25-44), dépendance partielle (45-59), indépendance prépondérante (60-69), indépendance complète (70-75).

Les différences suivantes apparaissent lors d'une comparaison des caractéristiques des participant-e-s avec ou sans escarre nosocomiale : les patient-e-s avec une escarre nosocomiale ont un âge moyen supérieur (8,1 années de plus) et présentent une durée d'hospitalisation moyenne plus longue de 8,8 jours, c.-à-d. presque le double, jusqu'au jour de la mesure. En outre, le groupe avec une escarre nosocomiale présente un nombre supérieur de groupes de diagnostics CIM (4,4 contre 3,2) et un pourcentage de risque de chute supérieur (45,1 % contre 29,8 %). Avec un score EDS total de 50,9, les patient-e-s avec une escarre nosocomiale étaient nettement plus dépendant-e-s aux soins que les participant-e-s sans escarre nosocomiale (score EDS total de 66,1). Concernant le sexe et le nombre d'opérations, aucune différence nette n'a été constatée entre les deux groupes.

D'après l'évaluation clinique subjective, 89,4 % des personnes concernées avec une escarre nosocomiale présentent un risque d'escarre. Cette valeur est nettement supérieure à celle des participant-e-s sans escarre nosocomiale (24,6 %) au niveau national. Le pourcentage le plus élevé de patient-e-s à risque d'escarre ayant acquis une escarre nosocomiale a été enregistré pour le type d'hôpital K111 avec 95,1 %, suivi

des types d'hôpitaux K112 avec 88,7 %, K121-K123 avec 86,8 % ainsi que des K221 & K231-K235 avec 82,9 %.

Dans la méthode LPZ 2.0, l'indicateur des processus « évaluation du risque consignée dans la documentation des soins » a désormais été recueilli pour tous/toutes les patient-e-s. Les résultats des participant-e-s présentant un risque d'escarre ou une escarre figurent dans le tableau 4.

Tableau 4 : indicateur de processus « évaluation du risque consignée » chez les patient-e-s présentant un risque d'escarre ou une escarre

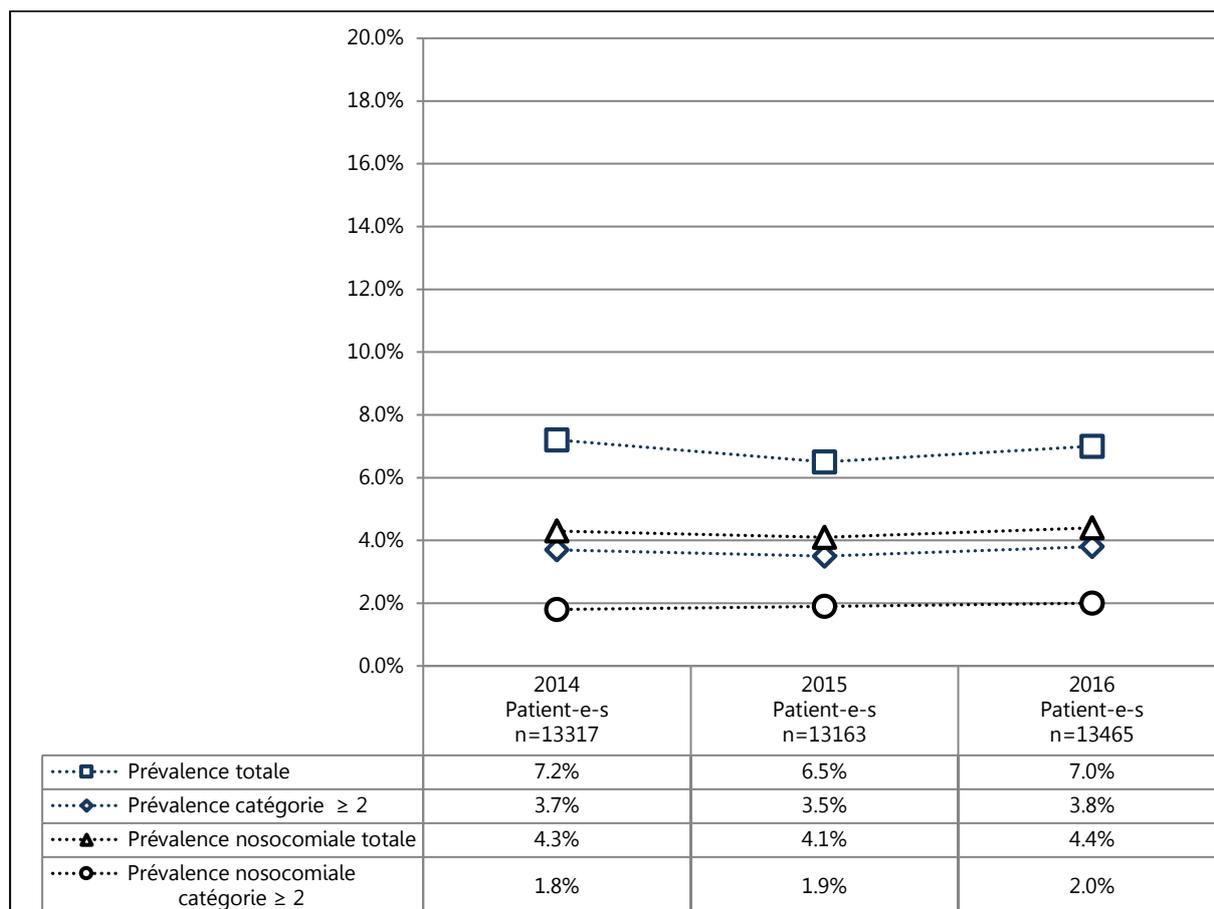
		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s à risque d'escarre		795	1840	844	213	3692
Évaluation du risque consignée	<i>n (%)</i>	622 (78.2%)	1473 (80.1%)	637 (75.5%)	117 (54.9%)	2849 (77.2%)
Patient-e-s avec une escarre		204	468	210	56	938
Patient-e-s à risque d'escarre	<i>n (%)</i>	191 (93.6%)	415 (88.7%)	187 (89.0%)	47 (83.9%)	840 (89.6%)
Évaluation du risque consignée	<i>n (%)</i>	169 (82.8%)	387 (82.7%)	162 (77.1%)	32 (57.1%)	750 (80.0%)
Patient-e-s avec une escarre nosocomiale		143	282	121	41	587
Patient-e-s à risque d'escarre	<i>n (%)</i>	136 (95.1)	250 (88.7)	105 (86.8)	34 (82.9)	525 (89.4)
Évaluation du risque consignée	<i>n (%)</i>	122 (85.3)	231 (81.9)	93 (76.9)	19 (46.3)	465 (79.2)

La mise en application et l'enregistrement d'une évaluation du risque ont été consignés dans le dossier patient pour 75 % des 3 692 patient-e-s à risque. Chez les patient-e-s présentant une escarre ou une escarre nosocomiale, les pourcentages dans la documentation ne diffèrent que faiblement, avec 80,0 % et 79,2 %. Globalement, on remarque que dans le type d'hôpital K221 & K231-K235, le pourcentage de mise en application et d'enregistrement d'une évaluation du risque dans le dossier patient est inférieur aux autres types d'hôpitaux.

4.1.2. Taux de prévalence des escarres

Ce chapitre décrit les indicateurs des résultats relatifs aux escarres. La figure 8 indique la prévalence totale ainsi que les différents types de taux de prévalence des escarres nosocomiales au niveau national.

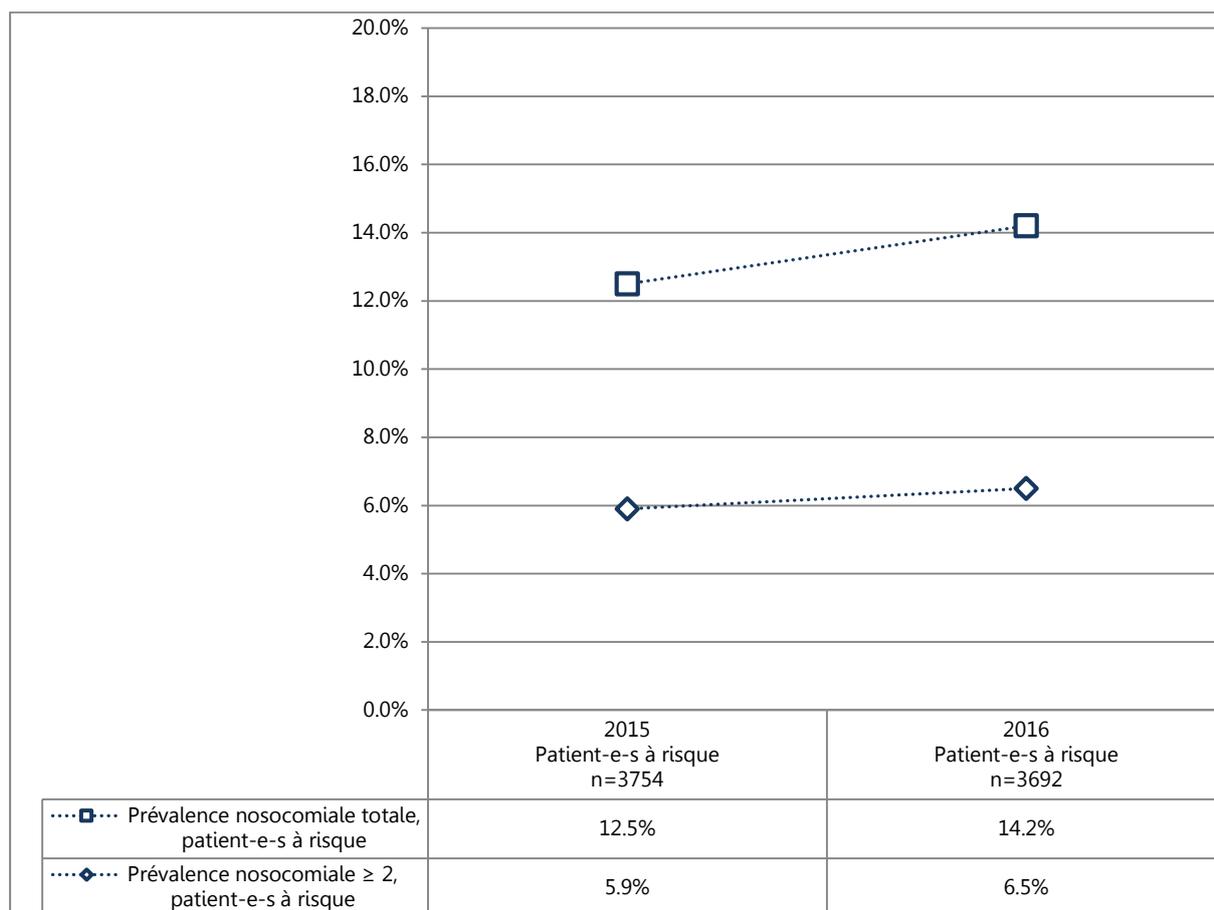
Figure 8 : taux national de prévalence des escarres au cours des 3 dernières années de mesure



Sur les trois dernières années de mesure, le taux de prévalence nosocomiale total au niveau national le plus élevé a été relevé lors du cycle de mesure de 2016, avec 4,4 %. Le taux de prévalence nosocomiale de catégorie 2 et supérieur a augmenté de 0,1 point de pourcentage au cours de chacune des trois dernières années de mesure et est de 2,0 % lors du cycle de mesure 2016, les écarts étant aléatoires.

La figure 9 représente les taux de prévalence nosocomiale chez les patient-e-s présentant un risque d'escarre selon l'évaluation clinique subjective.

Figure 9 : taux national de prévalence des escarres nosocomiales chez les patient-e-s à risque au cours des 2 dernières années de mesure



Par rapport à l'année précédente, les taux de prévalence nosocomiale ont légèrement augmenté chez les participant-e-s présentant un risque d'escarre. Le taux de prévalence nosocomiale totale a augmenté de 1,7 point de pourcentage pour atteindre 14,2 %, et le taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur a augmenté de 0,6 point de pourcentage pour atteindre 6,5 %. Ces fluctuations sont de nature aléatoire.

De plus amples informations à propos des taux de prévalence des escarres nosocomiales par type d'hôpital figurent dans le tableau 5.

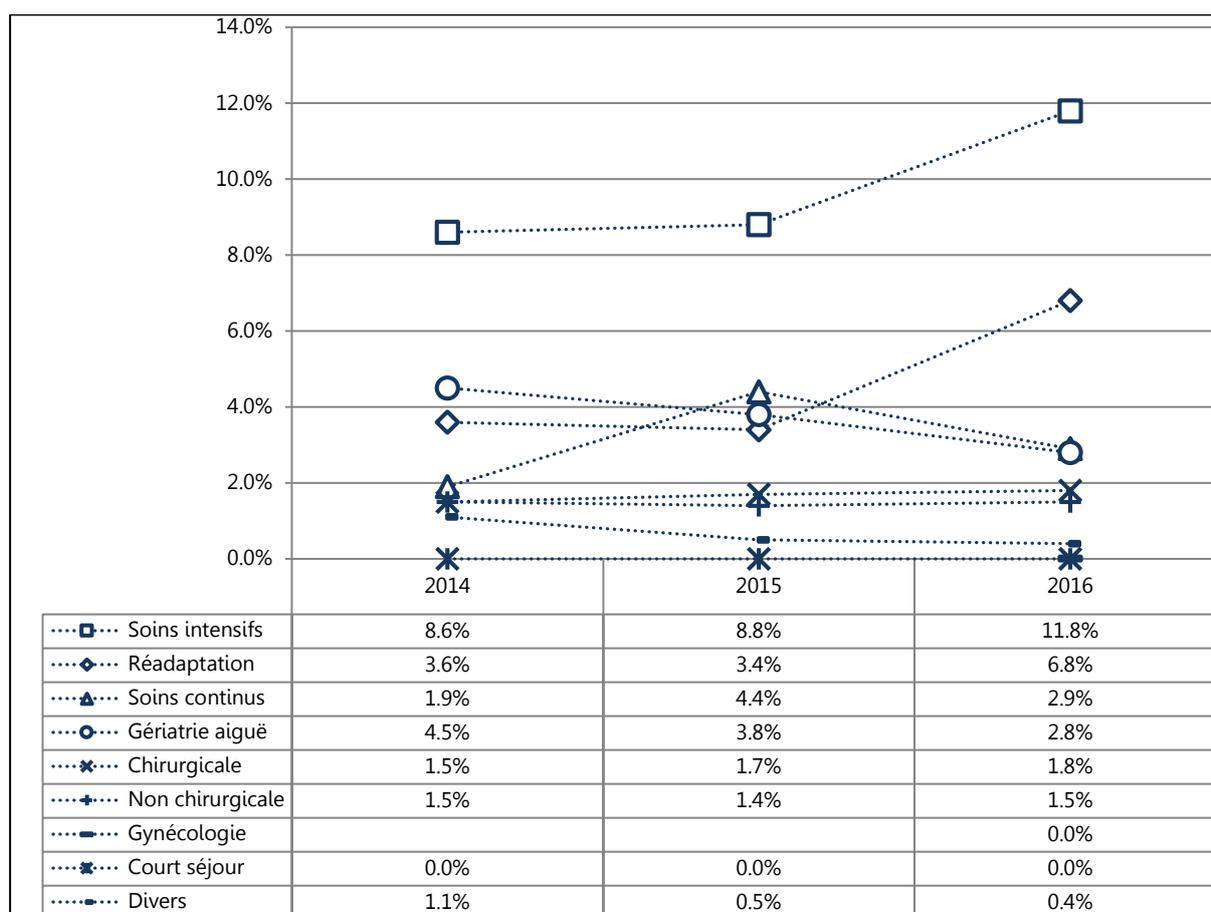
Tableau 5 : taux de prévalence des escarres nosocomiales par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s participant-e-s		n	n	n	n	n
	2016	2505	6722	3323	915	13465
	2015	2527	6156	3477	1003	13163
	2014	2443	6243	3667	964	13317
Prévalence nosocomiale totale		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	143 (5.7)	282 (4.2)	121 (3.6)	41 (4.5)	587 (4.4)
	2015	131 (5.2)	259 (4.2)	94 (2.7)	55 (5.5)	539 (4.1)
	2014	145 (5.9)	279 (4.5)	120 (3.3)	32 (3.3)	576 (4.3)
Prévalence nosocomiale ≥ 2		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	81 (3.2)	117 (1.7)	52 (1.6)	18 (2.0)	268 (2.0)
	2015	73 (2.9)	127 (2.1)	35 (1.0)	18 (1.8)	253 (1.9)
	2014	67 (2.7)	110 (1.8)	54 (1.5)	13 (1.3)	244 (1.8)
Patient-e-s à risque		n	n	n	n	n
	2016	795	1840	844	213	3692
	2015	874	1754	858	268	3754
Prévalence nosocomiale totale patient-e-s à risque		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	136 (17.1)	250 (13.6)	105 (12.4)	34 (16.0)	525 (14.2)
	2015	126 (14.4)	218 (12.4)	81 (9.4)	45 (16.8)	470 (12.5)
Prévalence nosocomiale ≥ 2 patient-e-s à risque		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	77 (9.7)	106 (5.8)	41 (4.9)	16 (7.5)	240 (6.5)
	2015	70 (8.0)	106 (6.0)	30 (3.5)	17 (6.3)	223 (5.9)

4.1.3. Taux de prévalence des escarres nosocomiales par type d'unité de soins

Ce chapitre donne des renseignements sur les indicateurs des résultats des escarres nosocomiales au niveau de l'unité de soins. La figure 10 présente le taux de prévalence nosocomiale de catégorie 2 et supérieur distribué par type d'unité de soins au niveau national.

Figure 10 : taux de prévalence nosocomiale de catégorie ≥ 2 distribué par type d'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure*



* Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 20 en annexe. Une évaluation identique du taux de prévalence nosocomiale totale se trouve dans la figure 30 et dans le tableau 21 en annexe.

Les taux de prévalence nosocomiale de catégorie 2 et supérieur les plus élevés ont été enregistrés dans le type d'unité de soins « soins intensifs ». Sur les trois années de mesure précédentes, ce type d'unité de soins présente une augmentation du taux de prévalence nosocomiale de plus de 3 points de pourcentage. Le type d'unité de soins « réadaptation (soins aigus) » présente des résultats à peu près aussi élevés, bien qu'il s'agisse là d'une très petite population ($n = 61$). Par comparaison, les taux de prévalence dans les unités de soins chirurgicales et non chirurgicales sont restés relativement stables et ont baissé de 1,7 point de pourcentage en gériatrie aiguë. Les variations entre les années de mesure s'expliquent principalement par le petit nombre de cas par type d'unité et relèvent du hasard.

4.1.4. Moment d'apparition des escarres

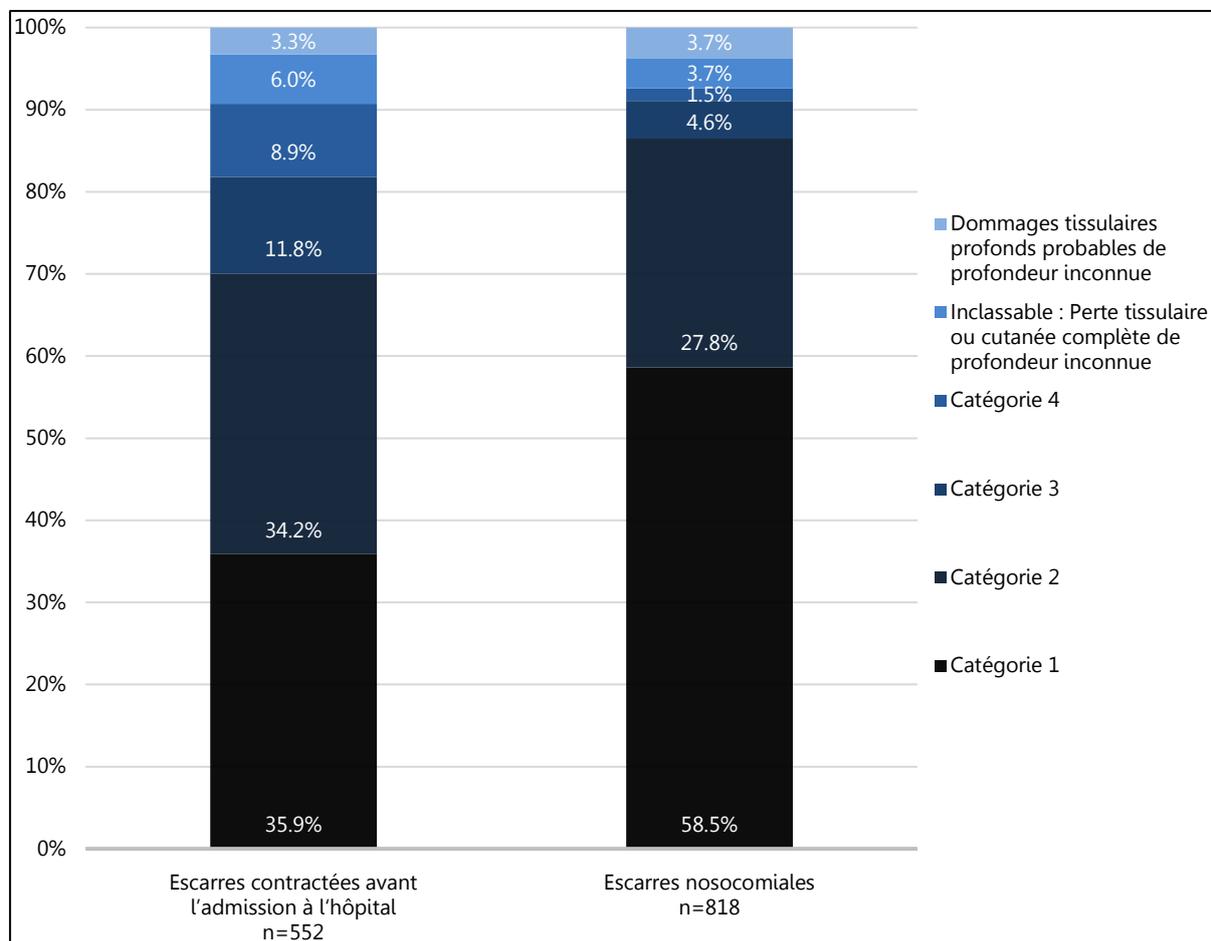
Un total de 1 370 escarres ont été identifiées chez 938 patient-e-s. 637 personnes touchées présentaient une escarre et 301 au moins deux escarres. Un maximum de sept et une moyenne de 1,5 escarre par patient-e ont été constatés.

Pour 818 escarres sur 1 370 (59,7 %), il a été indiqué que l'escarre était nosocomiale, qu'elle était donc apparue après l'admission à l'hôpital. Sur ces 818 escarres nosocomiales, 673 (82,3 %) étaient apparues dans l'unité de soins actuelle. 13,9 % étaient apparues dans une autre unité de soins et pour 3,8 % des escarres nosocomiales, leur lieu d'apparition était incertain.

4.1.5. Nombre d'escarres selon la classification EPUAP

Au total, 552 escarres apparues avant l'admission à l'hôpital ont été identifiées chez 394 participant-e-s. En parallèle, 818 escarres nosocomiales ont été constatées chez 587 patient-e-s ayant au moins une escarre nosocomiale. Au total, 981 patient-e-s sont concernés soit par une escarre contractée avant l'admission à l'hôpital, soit par une escarre nosocomiale. Ce nombre diverge de 43 patient-e-s par rapport à la valeur du taux de prévalence totale de 938 personnes touchées. Cette différence est due au fait que ces 43 participant-e-s présentaient à la fois des escarres contractées avant l'admission à l'hôpital et des escarres nosocomiales, et figuraient donc en double dans cette évaluation. La figure 11 montre la distribution des 552 escarres contractées avant l'admission à l'hôpital ainsi que des 818 escarres nosocomiales selon la classification EPUAP.

Figure 11 : nombre d'escarres contractées avant l'admission à l'hôpital et nosocomiales selon la classification EPUAP en %*



* Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 22 en annexe.

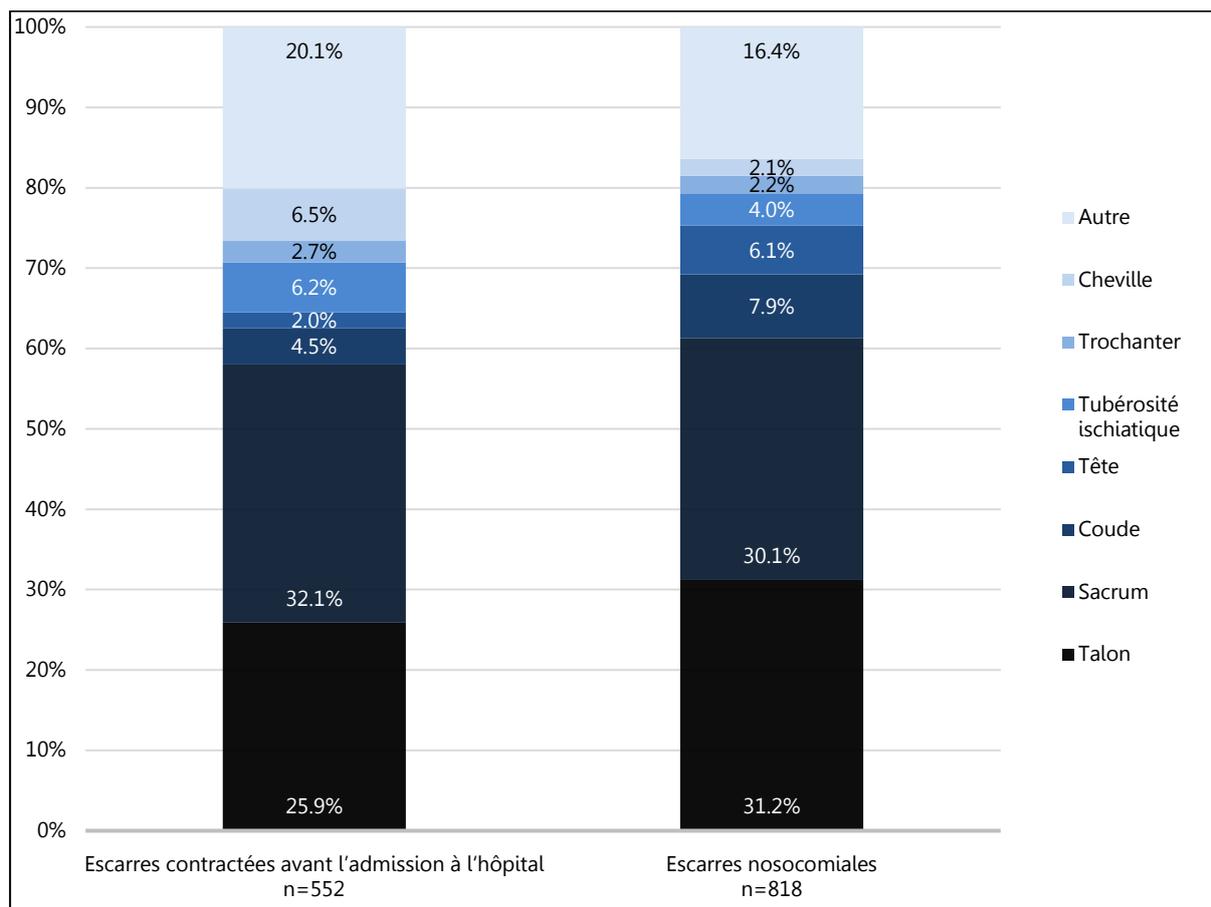
Avec 58,5 %, la plus grande part des escarres nosocomiales a été affectée à la catégorie 1 selon la classification EPUAP. 27,8 % étaient de catégorie 2. Les 13,5 % restants ont été affectés aux classifications d'escarres de catégorie 3 et supérieur.

Si l'on tient compte exclusivement des escarres contractées avant l'entrée à l'hôpital, on constate une autre distribution de pourcentages des escarres selon la classification EPUAP : par comparaison, la catégorie 1 compte moins d'escarres avec 35,9 %, la catégorie 2 un peu plus avec 34,2 %, et la catégorie 3 et supérieur nettement plus que les escarres nosocomiales avec 30,0 % au total. Les escarres contractées avant l'admission à l'hôpital ont donc un degré de gravité supérieur aux escarres nosocomiales.

4.1.6. Localisation des escarres

La figure 12 indique la localisation anatomique des escarres contractées avant l'admission à l'hôpital et des escarres nosocomiales.

Figure 12 : localisation anatomique des escarres contractées avant l'admission à l'hôpital et des escarres nosocomiales en %



* Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 23 en annexe.

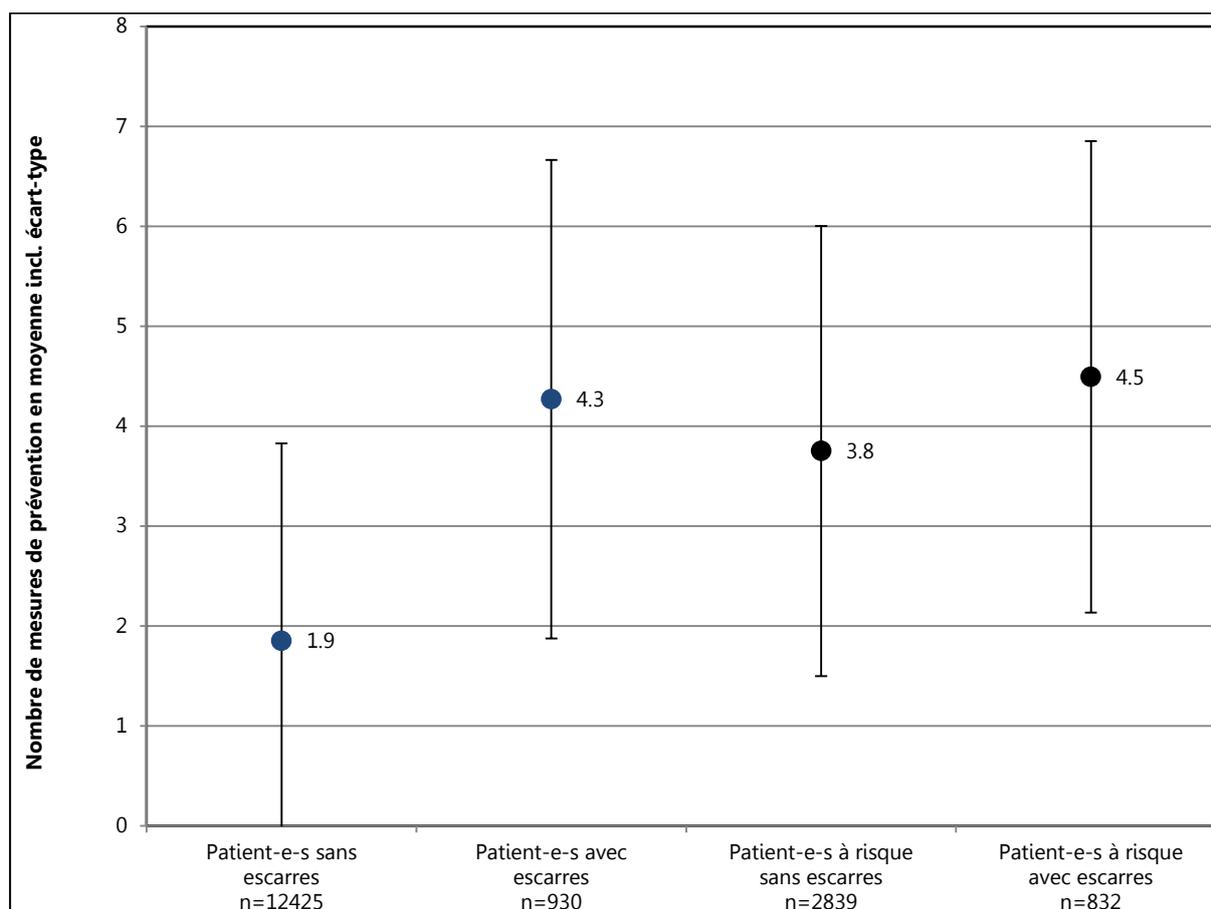
Des indications relatives à la localisation anatomique ont été données pour les 1 370 escarres identifiées. Comme pour l'année de mesure de 2015, le sacrum et le talon sont les localisations des escarres nosocomiales citées le plus fréquemment. Par rapport aux escarres déjà existantes, le pourcentage des escarres nosocomiales est supérieur pour le talon (+5,3 points de pourcentage), la tête (+4,1 points de pourcentage) et le coude (+3,4 points de pourcentage). Globalement, il y a peu de différence entre les pourcentages des escarres existantes et des escarres nosocomiales en matière de localisation. Les variations des pourcentages sont de l'ordre de 0,5 à 5,3 points de pourcentage.

4.1.7. Interventions de prévention des escarres

Ce chapitre décrit les indicateurs des processus, c'est-à-dire les interventions utilisées en vue de la prévention des escarres. 110 cas ont dû être éliminés des analyses en raison de données improbables. Cela est dû au fait que pour ces participant-e-s, il a été indiqué aussi bien la catégorie de réponse « pas d'intervention » ou « patient-e refuse toutes les interventions liées aux escarres » que des interventions préventives. Le total des cas valables analysés s'élève par conséquent à 13 355 au lieu de 13 465 dans ce chapitre.

La figure 13 montre le nombre moyen d'interventions de prévention des escarres chez différents groupes de patients. Dans le questionnaire, plusieurs interventions préventives (plusieurs réponses possibles) ont pu être indiquées simultanément par patient-e.

Figure 13 : nombre moyen d'interventions de prévention des escarres chez différents groupes de patients

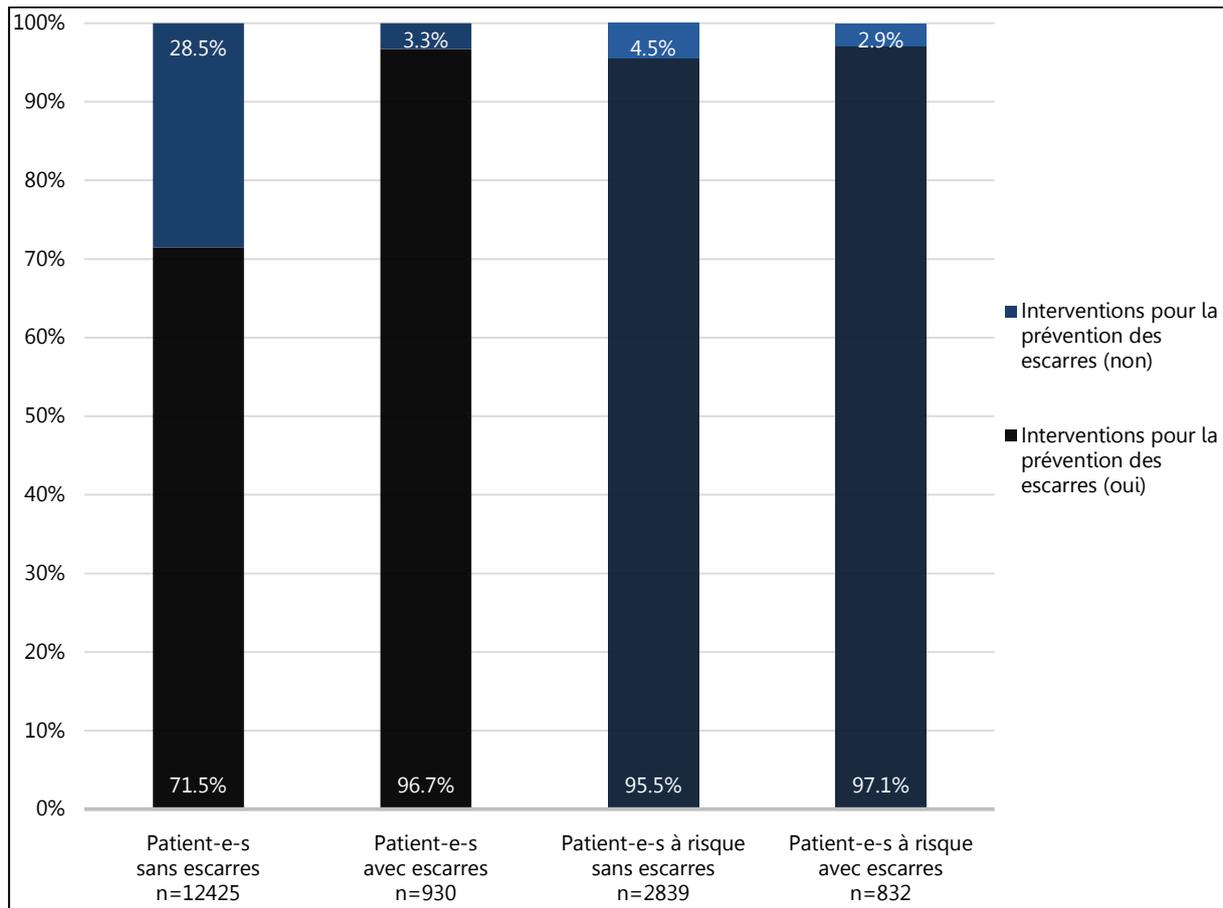


La figure 13 montre que les interventions préventives chez les patient-e-s avec escarre sont presque deux fois plus nombreuses que chez les patient-e-s sans escarre (nombre moyen d'interventions de 1,9 contre 4,3). Ainsi, au niveau national, plus de quatre différentes mesures préventives ont été prises en moyenne pour les participant-e-s avec escarre. Avec un écart-type de +/- 2,39, cela signifie que pour la majorité des participant-e-s avec escarre, deux à sept interventions préventives ont été réalisées. Les différences entre les participant-e-s avec ou sans escarres sont nettement plus faibles chez les patient-e-s à risque (nombre moyen d'interventions de 3,8 contre 4,5).

La figure montre aussi qu'en moyenne, les patient-e-s à risque bénéficient globalement de davantage d'interventions préventives. Alors que sur tous/toutes les participant-e-s, au moins deux interventions préventives sont mises en place par patient-e, ce nombre est presque deux fois plus élevé pour les patient-e-s à risque, avec quatre interventions.

La figure 14 montre au niveau national le pourcentage de patient-e-s ayant bénéficié d'interventions préventives.

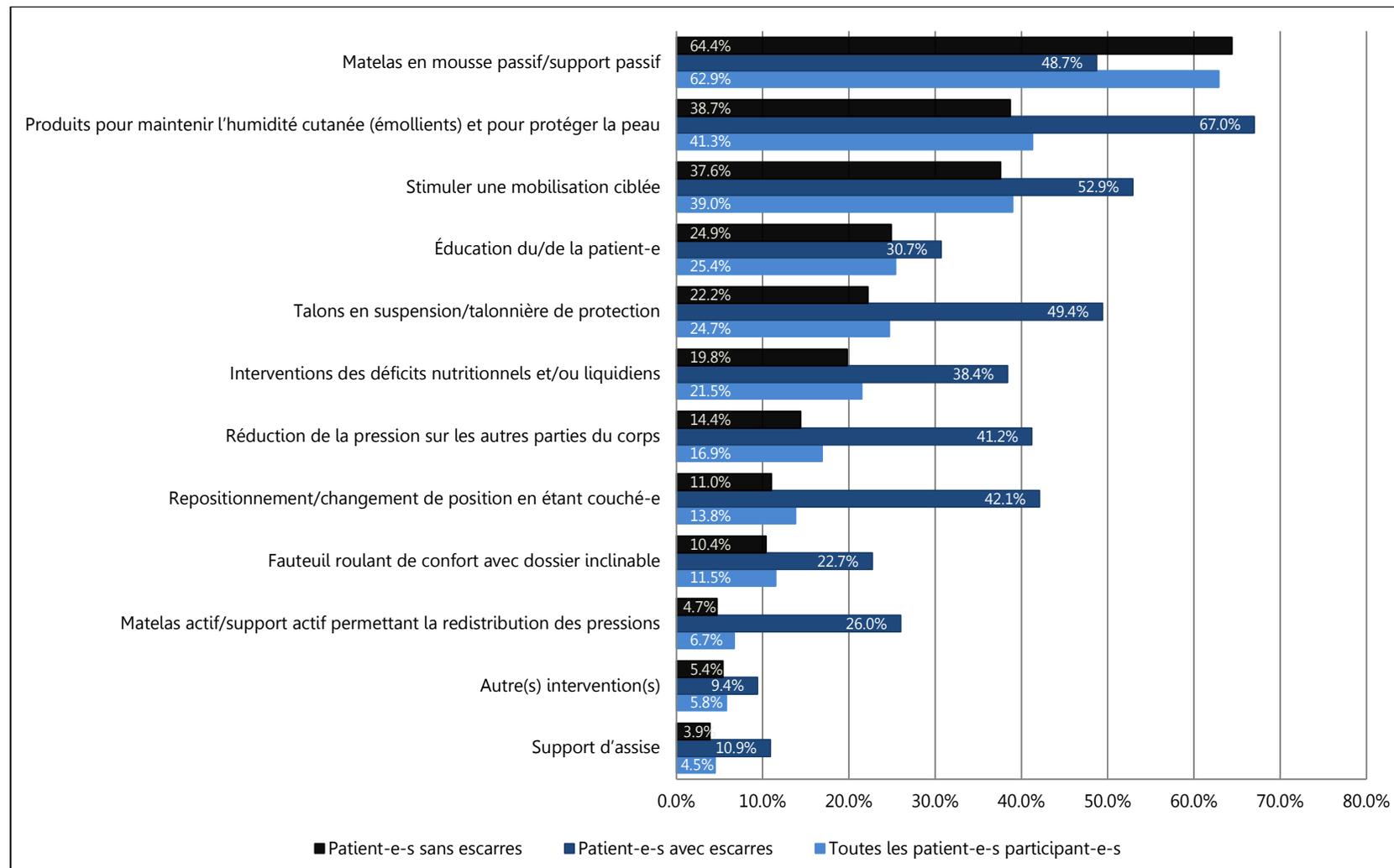
Figure 14 : part des patient-e-s ayant bénéficié ou non d'intervention de prévention des escarres dans différents groupes de patients en %



Des interventions préventives ont été mises en place chez 9 781 patient-e-s participant-e-s de l'échantillon global. Cela signifie que 73,2 % des participant-e-s ont bénéficié d'au moins une intervention préventive. La figure 14 montre également qu'en grande partie, les patient-e-s ont bénéficié d'interventions préventives s'ils avaient une escarre (96,7 %) et/ou présentaient un risque d'escarre (95,5 % sans escarre et 97,1 % avec escarre).

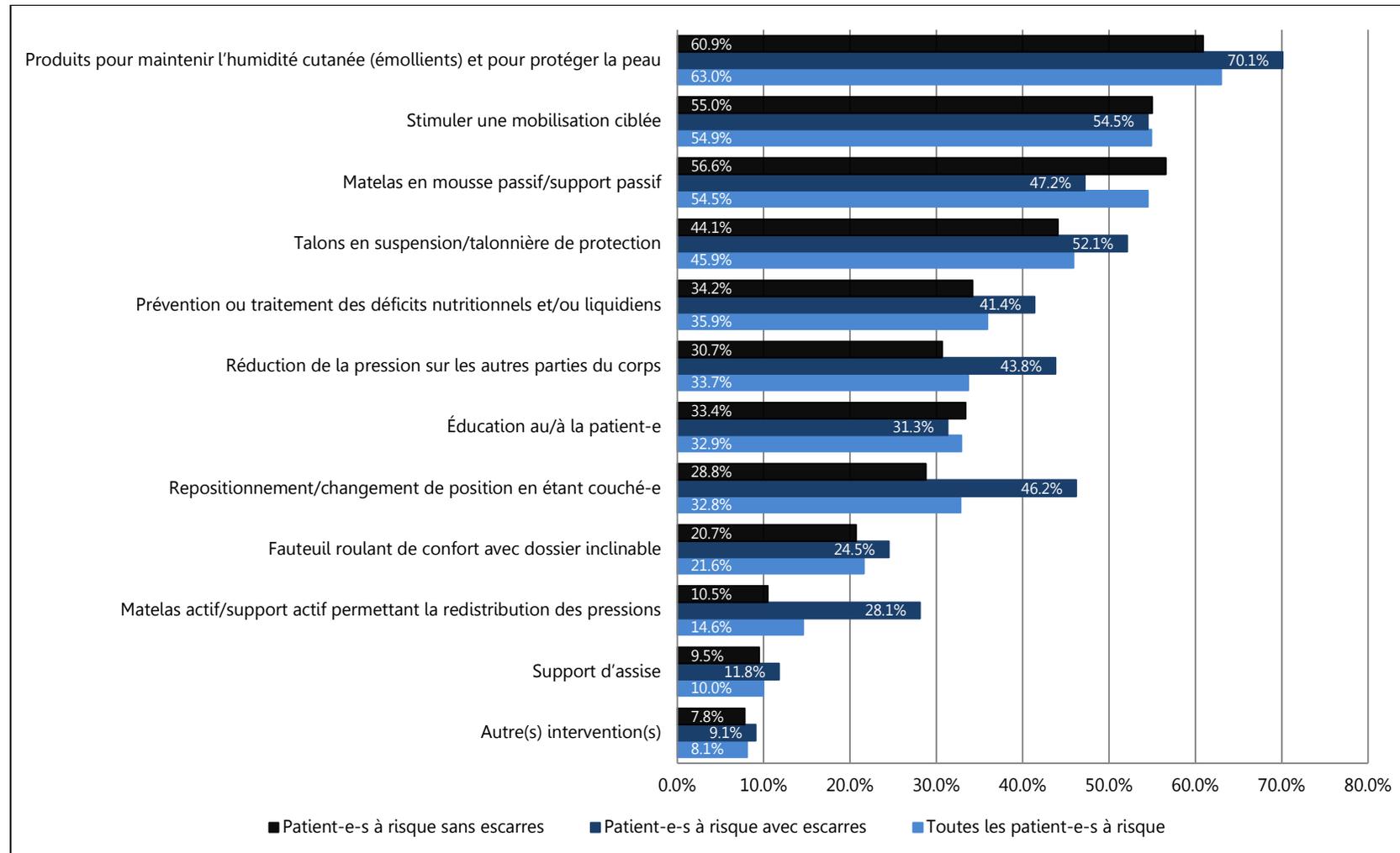
Les deux figures suivantes décrivent les distributions de pourcentages de chaque intervention préventive mise en place chez les participant-e-s sans escarre et avec escarre (figure 15), et chez les patient-e-s à risque sans et avec escarre (figure 16).

Figure 15 : interventions de prévention des escarres chez tous/toutes les patient-e-s ainsi que chez les patient-e-s avec ou sans escarres au niveau national en %*



* Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 24 en annexe.

Figure 16 : interventions de prévention des escarres chez tous/toutes les patient-e-s à risque ainsi que chez les patient-e-s à risque avec ou sans escarres au niveau national en %*



* Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 25 en annexe.

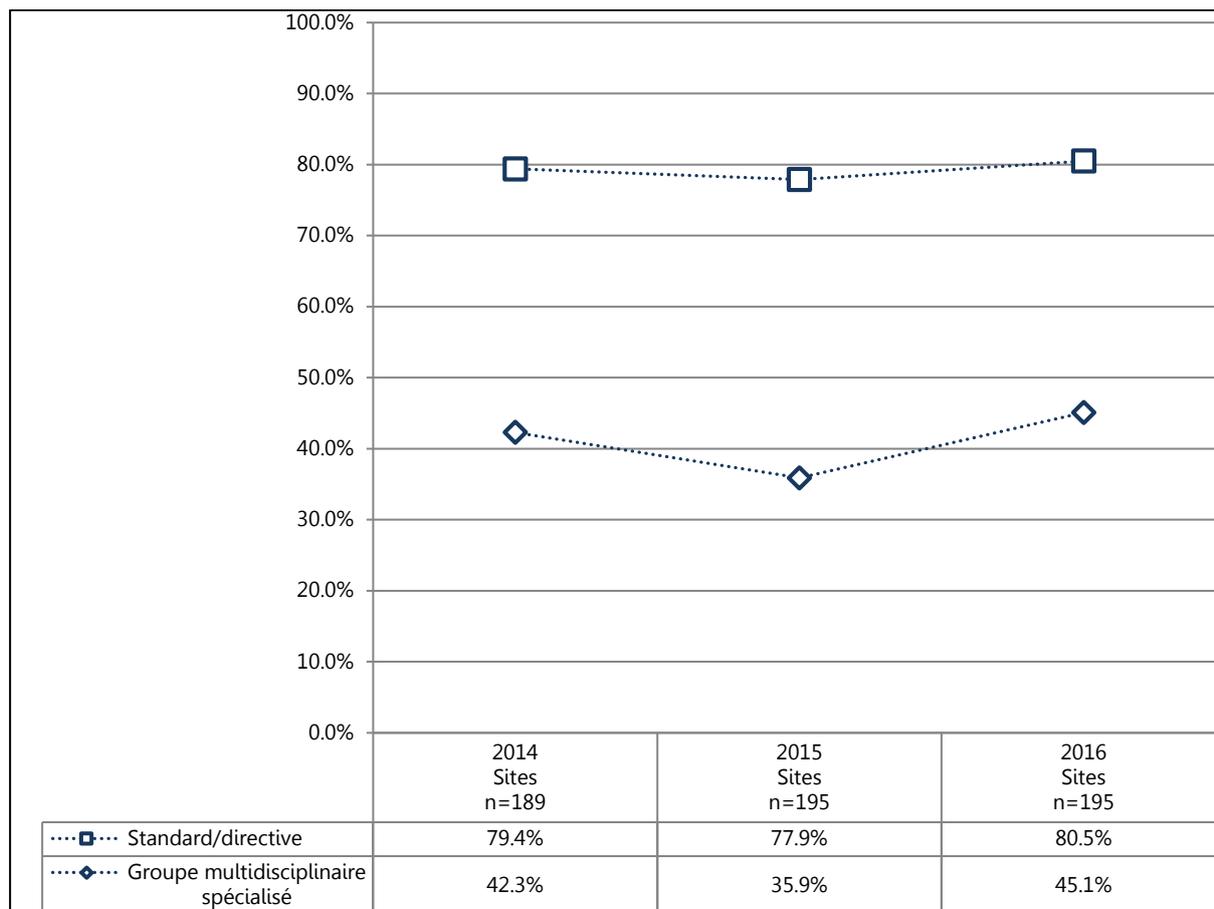
Comme il est possible de constater sur la figure 15, les interventions préventives suivantes, entre autres, figuraient au premier plan chez les participant-e-s sans escarre au niveau national : matelas en mousse passif/support passif (64,4 %), produits pour maintenir l'humidité cutanée (émollient) et pour protéger la peau (38,7 %), ainsi que stimuler une mobilisation ciblée (37,6 %). Un autre schéma se dessine pour les personnes concernées présentant une escarre : globalement, un nombre nettement supérieur d'interventions sont mises en application. Dans ces cas, les interventions suivantes figurent au premier plan : produits pour maintenir l'humidité cutanée (émollients) et pour protéger la peau (67,0 %), stimuler une mobilisation ciblée (52,9 %), talons en suspension/talonnière de protection (49,4 %) et matelas en mousse passif/support passif (48,7 %).

La figure 16 montre que les interventions préventives au niveau national chez les patient-e-s à risque avec et sans escarres sont distribuées de façon assez homogène. Chez les patient-e-s à risque avec escarre, les interventions préventives mises en place sont plus souvent des produits pour maintenir l'humidité cutanée (émollients) et pour protéger la peau (70,1 % contre 60,9 %), les talons en suspension ou talonnières de protection (52,1 % contre 44,1 %), la réduction de la pression sur les autres parties du corps (43,8 % contre 30,7 %), le repositionnement/changement de position en étant couché-e (46,2 % contre 28,8 %), ainsi que les matelas actifs/supports actifs permettant la redistribution des pressions (28,1 % contre 10,5 %) que chez les participant-e-s sans escarre.

4.1.8. Indicateurs de structure escarres

Dans ce chapitre, les indicateurs de structure relatifs aux escarres au niveau de l'hôpital ou de l'unité de soins sont décrits au niveau national. La figure 17 montre les indicateurs de structure relatifs aux escarres au niveau de l'hôpital.

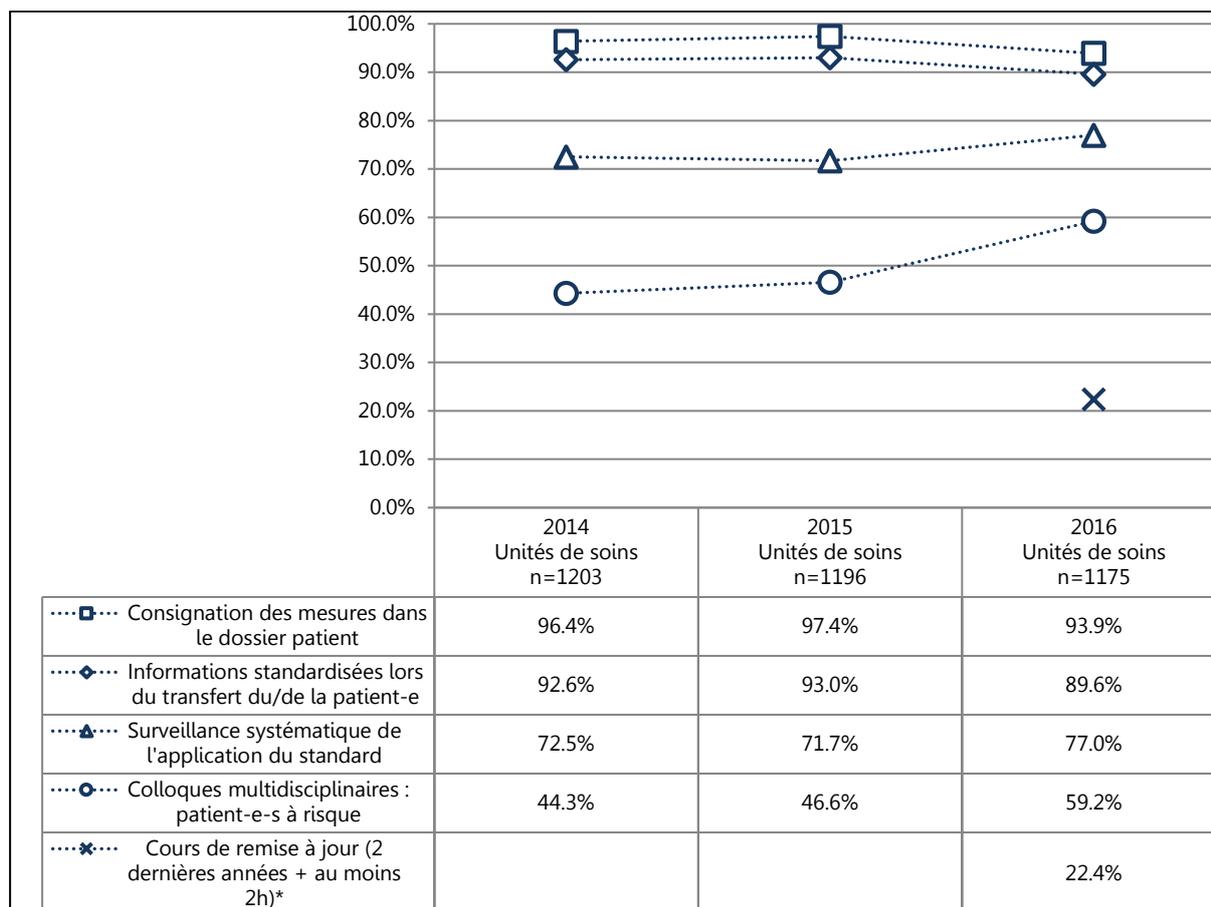
Figure 17 : indicateurs de structure escarres au niveau de l'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure en %



Au niveau national, 80 % de tous les sites hospitaliers disposent d'un standard basé sur une ligne directrice ou une directive sur le thème de l'escarre. Avec une disponibilité de 45,1 %, l'indicateur « groupe multidisciplinaire spécialisé » sur le thème de l'escarre dans les hôpitaux est le moins largement répandu. Par rapport au cycle de mesure de 2015, la disponibilité du groupe multidisciplinaire spécialisé a cependant augmenté de 9,2 points de pourcentage. La disponibilité de l'indicateur « standard/directive » est restée presque stable au cours des trois derniers cycles de mesure au niveau national.

Les indicateurs de structure relatifs à l'escarre au niveau de l'unité de soins sont représentés ci-dessous dans la figure 18.

Figure 18 : indicateurs de structure escarres au niveau de l'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure en %



* L'indicateur de structure « Cours de remise à jour » est seulement recueilli au niveau de l'unité de soins depuis la mesure de 2016.

Au niveau national, les indicateurs de structure « consignation des mesures dans le dossier patient » ainsi que les « informations standardisées lors du transfert du/de la patient-e » au niveau de l'unité de soins présentent un degré de réalisation élevé d'environ 90 %. Les valeurs sont en léger recul par rapport au cycle de mesure 2015. Par contre, l'indicateur « colloques multidisciplinaires : patient-e-s à risque » est plus souvent indiqué comme appliqué. Depuis le cycle de mesure de 2014, cette mesure a augmenté de 14,9 points de pourcentage pour atteindre 59,2 %. Avec 22,4 %, à peine un cinquième des unités de soins a indiqué que les collaborateur-trice-s avaient suivi un cours de remise à jour sur le thème de l'escarre au cours des deux dernières années.

4.2. Évaluation ajustée au risque de l'indicateur escarres

Les résultats ajustés au risque pour les deux indicateurs escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur ainsi qu'escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur 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. De plus, les variables des différents modèles et leurs rapports de cotes (résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau des hôpitaux, pour tous les hôpitaux et sites hospitaliers participants, voir aussi l'exemple de lecture [à la page 50](#) y figurent. La représentation graphique des résultats par type d'hôpital figure également en annexe (figures 31 à 34 ainsi que figures 35 à 38) tout comme la représentation des résultats sous forme de tableau (tableau 29).

4.2.1. Escarres - acquises à l'hôpital

Cette section présente les résultats ajustés aux risques pour les escarres de catégorie 1 et supérieur 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 6) :

Tableau 6 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives - escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur

	OR	Erreur standard	Valeur p	OR - intervalle de confiance à 95 %	
Nombre des jours depuis l'admission 0 – 7 jours	Référence				
8 – 28 jours	1.95	0.20	0.000	1.60	2.38
≥ 29 jours	3.39	0.55	0.000	2.55	4.77
EDS* - Indépendance complète	Référence				
EDS - Indépendance prépondérante	1.03	0.15	0.842	0.76	1.37
EDS - Dépendance partielle	1.37	0.20	0.035	1.02	1.84
EDS - Dépendance prépondérante	1.54	0.26	0.011	1.10	2.16
EDS - Dépendance complète	2.40	0.46	0.000	1.64	3.52
CIM GD : Certaines maladies infectieuses et parasitaires (1/0)	1.59	0.18	0.000	1.26	1.99
CIM GD : Troubles mentaux et du comportement (1/0)	1.51	0.42	0.141	0.87	2.62
CIM GD : Maladies de l'appareil circulatoire (1/0)	1.41	0.14	0.001	1.15	1.73
Risque d'escarre (Évaluation clinique subjective) (1/0)	16.55	2.56	0.000	12.22	22.42
Interaction CIM GD : Troubles mentaux et du comportement - type d'hôpital	0.85	0.10	0.217	0.66	1.09
Interaction intervention chirurgicale - type d'hôpital	1.19	0.05	0.000	1.09	1.29

OR : odds-ratios ; valeur p : résultat du test de signification ; EDS : échelle de la dépendance aux soins ; GD = groupes de diagnostics

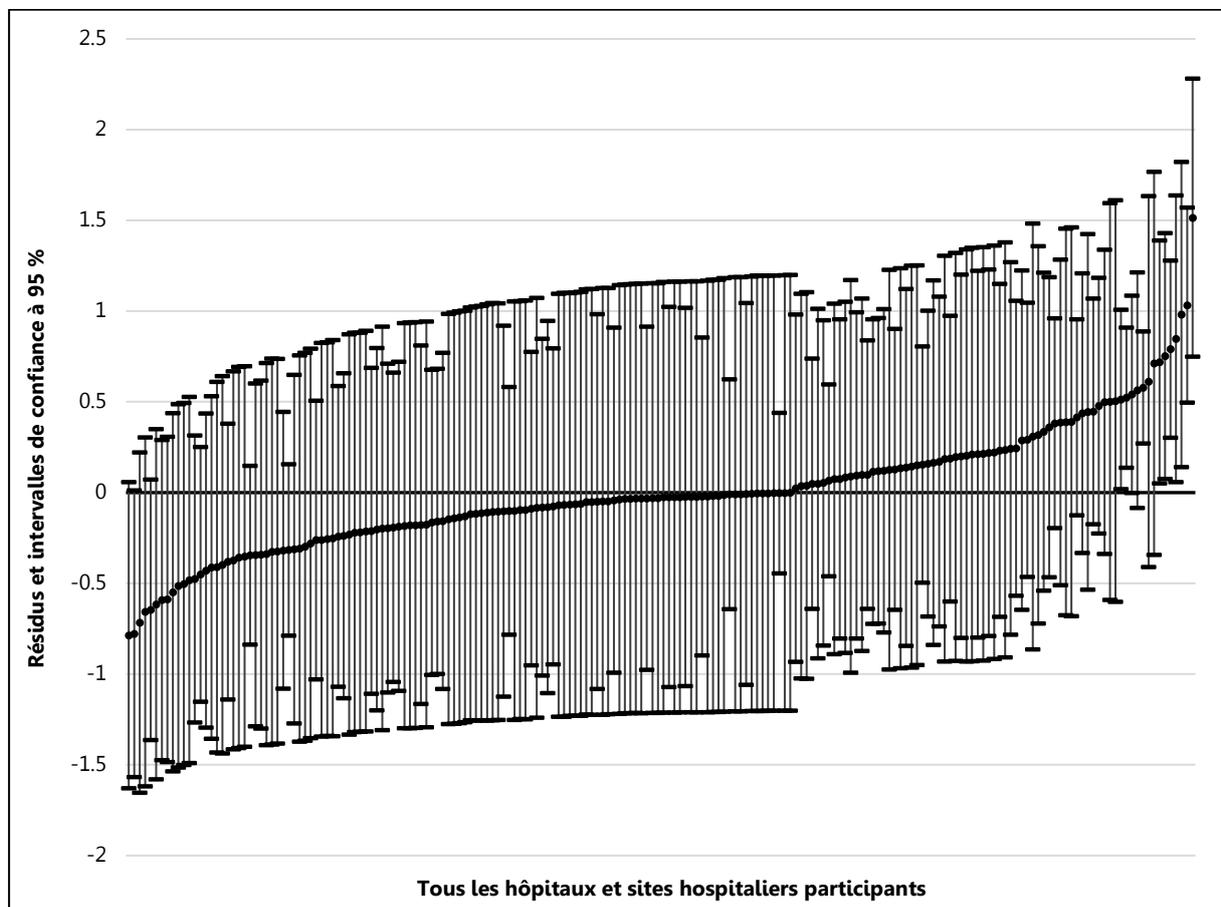
* Score total EDS (15-75 points) : dépendance complète (15-24), dépendance prépondérante (25-44), dépendance partielle (45-59), indépendance prépondérante (60-69), indépendance complète (70-75).

La principale valeur est le rapport des cotes (OR) en lien avec la valeur p du test de signification et avec les intervalles de confiance du rapport des cotes. La variable prédictive la plus forte pour une escarre est l'évaluation clinique subjective des infirmier-ère-s. Si le/la patient-e est évalué-e comme étant à risque, le risque d'escarre réel est multiplié par 16. Le risque d'escarre augmente de manière linéaire avec l'augmentation de la dépendance aux soins. À partir du niveau « dépendance partielle », il augmente de plus de 30 pour cent par rapport à une indépendance complète. Au niveau « dépendance complète », il est multiplié par tout juste 2,5. 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 plus de trois fois plus élevé que ceux dont l'hospitalisation est de 7 jours ou moins. Les personnes hospitalisées entre 8 et 28 jours présentent un risque tout juste doublé.

Divers groupes de diagnostics CIM médicaux augmentent également, sans interdépendance, le risque d'escarre. Les maladies infectieuses ainsi que les maladies de l'appareil circulatoire se révèlent ici pertinentes. Le diagnostic d'un trouble psychique est intégré au modèle, mais il n'atteint pas le niveau de signification nécessaire.

Compte tenu des variables de risque présentées ci-dessus, l'évaluation des résidus des escarres toutes catégories (1 et supérieur) donne pour l'ensemble des hôpitaux les résultats suivants (cf. figure 19). L'axe X des graphiques suivants représente chaque hôpital ou site hospitalier, tandis que l'axe Y représente les résidus correspondants et les intervalles de confiance à 95 %.

Figure 19 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur - Tous les hôpitaux et sites hospitaliers participants*



* La représentation graphique des résultats par type d'hôpital figure également en annexe (figures 31 à 34) tout comme la représentation des résultats sous forme de tableau (tableau 29).

Pour la représentation ajustée au risque, la référence est le total 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 un taux d'escarres plus faible que la moyenne.

Ces résultats montrent que dix hôpitaux affichent un écart significatif d'un point de vue 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. 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, dix 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 dix 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 dix 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.

4.2.2. Escarres - acquises à l'hôpital, catégorie 2 et supérieur

Comme décrit ci-dessus, le diagnostic explicite de l'escarre de catégorie 1 est difficile. Mais une bonne prévention permet largement d'éviter une escarre. C'est pourquoi les escarres de catégorie 2 et supérieur 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 7) :

Tableau 7 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives - escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur

	OR	Erreur standard	Valeur p	OR - intervalle de confiance à 95 %	
Nombre des jours depuis l'admission	Référence				
0 – 7 jours					
8 – 28 jours	2.51	0.38	0.000	1.85	3.39
≥ 29 jours	5.56	1.16	0.000	3.71	8.34
EDS* - Indépendance complète	Référence				
EDS - Indépendance prépondérante	1.07	0.24	0.742	0.68	1.69
EDS - Dépendance partielle	1.64	0.37	0.030	1.04	2.56
EDS - Dépendance prépondérante	2.11	0.53	0.003	1.29	3.46
EDS - Dépendance complète	3.51	0.93	0.000	2.08	5.93
CIM GD : Certaines maladies infectieuses et parasitaires (1/0)	1.91	0.30	0.000	1.40	2.61
CIM GD : Troubles mentaux et du comportement (1/0)	1.57	0.60	0.235	0.74	3.34
CIM GD : Maladies de l'appareil circulatoire (1/0)	1.47	0.22	0.011	1.09	1.99
CIM GD : Maladies de peau/ tissu cellulaire sous-cutané (1/0)	1.60	0.30	0.011	1.11	2.32
CIM GD : Maladies de l'appareil génito-urinaire (1/0)	0.82	0.11	0.193	0.62	1.09
CIM GD : Lésions traumatiques et autres conséquences de causes externes (1/0)	1.54	0.34	0.049	1.00	2.38
Risque d'escarres (évaluation clinique subjective) (1/0)	11.66	2.68	0.000	7.43	18.30
Interaction intervention chirurgicale - type d'hôpital	1.41	0.08	0.000	1.25	1.58
Interaction CIM GD : Troubles mentaux et du comportement - type d'hôpital	0.79	0.14	0.191	0.55	1.12

OR : rapport des cotes ; valeur p : résultats du test de signification ; EDS : échelle de la dépendance aux soins

* Score total EDS (15-75 points) : dépendance complète (15-24), dépendance prépondérante (25-44), dépendance partielle (45-59), indépendance prépondérante (60-69), indépendance complète (70-75).

Tout comme pour les escarres de catégorie 1 et supérieur, l'évaluation clinique subjective domine ici les événements. Lorsqu'une évaluation du danger a été réalisée, le risque d'escarre de catégorie 2 et supérieur est 11,5 fois supérieur par rapport à une évaluation du risque négative.

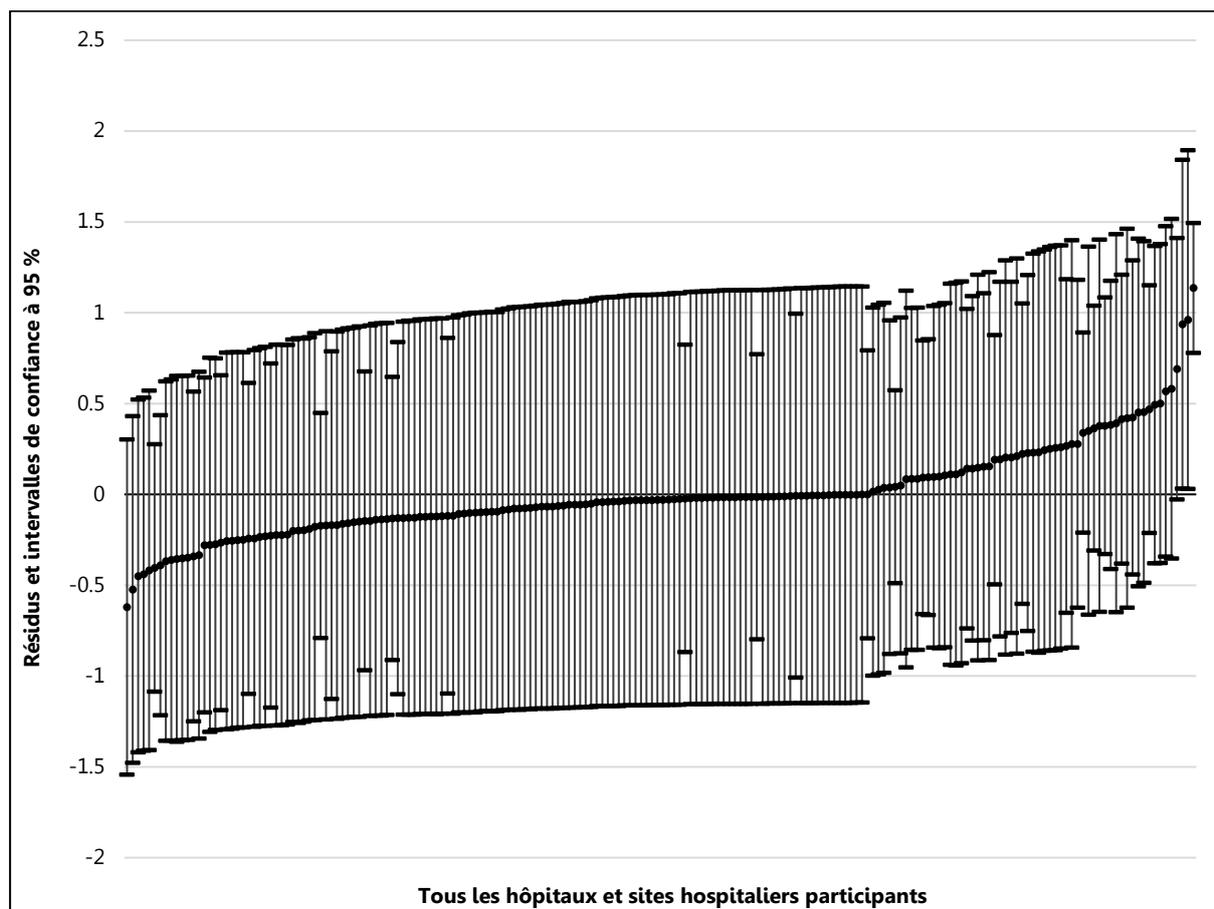
La durée d'hospitalisation est plus pertinente pour les escarres de catégorie 2 et supérieur que pour la catégorie 1 et supérieur. Le risque d'escarre augmente 5,5 fois plus lorsque la durée d'hospitalisation dépasse les 28 jours. Il augmente d'un facteur 2,5 pour une durée d'hospitalisation de 28 jours et

moins. Cela signifie que plus la durée d'hospitalisation est longue, plus le risque de contracter une escarre de catégorie 2 et supérieur est élevé. Les niveaux de dépendance aux soins sont aussi plus pertinents qu'en cas d'inclusion de la catégorie 1. À partir du niveau « dépendance partielle », le risque augmente de manière linéaire et significative jusqu'au niveau « dépendance complète », pour lequel le risque est 3,5 fois supérieur à l'indépendance complète.

Le spectre des diagnostics pour un risque dans la catégorie 2 et supérieur s'est élargi par rapport aux mesures des années précédentes. On constate un lien significatif avec le risque d'escarre pour les groupes de diagnostics CIM maladies infectieuses, maladies de l'appareil circulatoire, lésions traumatiques et autres conséquences de causes externes. Le modèle a également intégré des groupes de diagnostics non significatifs, à savoir les troubles mentaux et du comportement ainsi que les maladies de l'appareil génito-urinaire. Deux termes d'interaction ont également été sélectionnés. Le lien entre les interventions chirurgicales et les types d'hôpitaux s'est avéré être une variable prédictive significative.

Compte tenu de ces variables, les résultats ajustés au risque pour les escarres acquises à l'hôpital de catégorie 2 et supérieur sont les suivants (cf. figure 20).

Figure 20 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur - Tous les hôpitaux et sites hospitaliers participants*



* La représentation graphique des résultats par type d'hôpital figure également en annexe (figures 35 à 38) tout comme la représentation des résultats sous forme de tableau (tableau 29).

L'évaluation de l'ensemble des hôpitaux montre que trois hôpitaux s'écartent significativement et négativement de la moyenne au sens clinique. Ils présentent un taux de prévalence d'escarres significativement plus élevé dans les catégories 2 et supérieur. Aucun hôpital ne se distingue positivement au sens clinique, ni ne présente un taux de prévalence significativement inférieur. On constate aussi une homogénéité importante pour cet indicateur.

4.3. Discussion et conclusions pour l'indicateur escarres

Dans ce chapitre, les données de prévalence internationale des escarres, les taux de prévalence descriptifs, les résultats ajustés au risque ainsi que ceux en rapport avec les indicateurs de processus et de structure sont discutés.

4.3.1. Taux de prévalence internationaux

L'analyse des études internationales publiées entre 2011 et 2015 (Vangelooven et al., 2016) a montré une largeur de fenêtre allant de 1,6 % à 19,5 % pour le taux de prévalence totale. Des résultats entre 5,5 % et 15,5 % ont été indiqués pour le taux de prévalence de catégorie 2 et supérieur. Les données relatives à la prévalence nosocomiale sont plus rares dans les rapports internationaux. Pour le taux de prévalence nosocomiale totale ainsi que la prévalence nosocomiale de catégorie 2 et supérieur, des valeurs situées respectivement entre 0,6 % et 15,0 % ainsi qu'entre 1,2 % et 5,9 % sont indiquées.

Dans les articles actuels publiés depuis 2016, l'on constate également des taux semblables à ceux des années 2011 à 2015 pour des échantillons très importants (Amir, Lohrmann, Halfens, & Schols, 2017; Garcez Sardo et al., 2016; VanGilder, Lachenbruch, Algrim-Boyle, & Meyer, 2017). Seules deux études portant sur une très petite taille d'échantillon (n = 85 et n = 59) ont affiché des taux de prévalence totale supérieurs, avec respectivement 40,0 % et 54,0 %, et des taux de prévalence totale supérieurs pour la catégorie 2 et supérieur avec respectivement 35,3 % et 16,9 % (Bernardes & Caliri, 2016; Moore et al., 2015).

Pour les taux de prévalence chez les patient-e-s à risque, il convient de prendre en considération que les valeurs seuil et/ou les instruments d'estimation du risque dans les diverses publications sont souvent définis différemment et qu'ils ne peuvent être comparés que sous certaines conditions (Vangelooven, et al., 2016). Dans la littérature internationale, une largeur de fenêtre comprise entre 11,8 % et 47,0 % est indiquée pour la prévalence totale. Une étude actuelle présente également des taux se situant dans cette largeur de fenêtre, avec des taux de prévalence totale de 23,1 % (Garcez Sardo, et al., 2016). Une étude présente un taux de prévalence nosocomiale totale chez les patient-e-s à risque de 41,4 % (Mallah, Nassar, & Kurdahi Badr, 2014).

Dans des études qui mesurent les taux de prévalence nosocomiale de manière répétée, les taux de prévalence nosocomiale ont pu être considérablement baissés (baisse comprise entre 1,5 et 6,4 points de pourcentage) (Beal & Smith, 2016; Stotts, Brown, Donaldson, Aydin, & Fridman, 2013; VanDenKerkhof, Friedberg, & Harrison, 2011; VanGilder, et al., 2017).

L'on ne trouve que sporadiquement des valeurs de référence internationales pour la prévalence des escarres nosocomiales au niveau de types d'unités de soins spécifiques. Elles ont été communiquées dans le rapport de mesure nationale de la prévalence de 2015 pour les unités de soins chirurgicales, mixtes, non chirurgicales, gériatriques et neurologiques (Vangelooven, et al., 2016).

Les taux de prévalence en Suisse peuvent être comparés directement avec ceux des pays qui recueillent également leurs données avec la méthode LPZ de l'Université de Maastricht (Halfens et al., 2015; Halfens et al., 2014; Halfens et al., 2013; Lohrmann, 2013, 2014, 2015). Dans le tableau 8, les chiffres comparatifs des trois derniers rapports disponibles sont mis en regard des résultats des trois dernières années de mesure en Suisse. En moyenne, 17 hôpitaux participaient à la mesure aux Pays-Bas et envi-

ron cinquante hôpitaux de soins aigus en Autriche. Comme la mesure LPZ 2.0 a eu lieu pour la première fois dans tous les pays en novembre 2016, aucun chiffre comparatif direct n'est encore disponible à ce jour par rapport à l'année de mesure 2016.

Tableau 8 : valeurs comparatives internationales des taux de prévalence des escarres (soins aigus) des mesures LPZ

Taux de prévalence		Suisse			Autriche			LPZ Pays-Bas		
		2014	2015	2016	2013	2014	2015	2013***	2014***	2015
Prévalence totale	%	7.2	6.5	7.0	3.2	3.0	4.1	8.7	9.6	8.8
Prévalence catégorie ≥ 2	%	3.7	3.5	3.8	2.2	1.9	2.6	4.7	4.7	4.5
Prévalence nosocomiale totale	%	4.3	4.1	4.4	<i>0.9*</i>	<i>1.1*</i>	<i>1.7'</i>	5.0	6.6	5.7
Prévalence nosocomiale catégorie ≥ 2	%	1.8	1.9	2.0	---	---	---	2.4	2.8	2.8
Prévalence nosocomiale catégorie ≥ 2 patient-e-s à risque*	%	3.4	3.7	---	---	---	---	4.7	5.4	5.4
Prévalence nosocomiale catégorie ≥ 2 patient-e-s à risque**	%	---	---	6.5	---	---	---	---	---	---

Les *valeurs* écrites en italique ont été calculées dans le rapport par la BFH sur la base des indications des données chiffrées.

* selon échelle de Braden

** selon évaluation clinique subjective

*** Aucun hôpital universitaire (non-participation)

4.3.2. Taux de prévalence descriptifs des escarres nosocomiales

Les taux nationaux de prévalence des six dernières années de mesure figurent dans le tableau 9.

Le taux national de prévalence nosocomiale totale a varié entre 4,1 % et 5,8 % au cours des six dernières années mesure. En 2011, avec 5,8 %, le taux de prévalence nosocomiale totale était significativement supérieur à celui obtenu pour les autres années de mesure, étant donné que l'intervalle de confiance de 95 % (5,40 – 6,30) ne présente pas de chevauchement avec les intervalles de confiance des années de mesure 2012 à 2016. Avec une prévalence nosocomiale de 4,4 %, les taux de prévalence en Suisse figurent dans le tiers inférieur de la largeur de fenêtre de 1,6 % à 15,0 % indiquée dans la littérature (Vangeloooven, et al., 2016).

Tableau 9 : comparaison des taux de prévalence des escarres nosocomiales sur les six dernières années de mesure

Taux de prévalence	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Prévalence nosocomiale totale (intervalle de confiance à 95 %)	5.8 (5.40 – 6.30)	4.3 (4.00 – 4.69)	4.6 (4.27 – 4.99)	4.3 (3.99 – 4.68)	4.1 (3.77 – 4.44)	4.4 (4.02 – 4.71)
Prévalence nosocomiale catégorie ≥ 2 (intervalle de confiance à 95 %)	2.1 (1.82 – 2.36)	1.7 (1.51 – 1.94)	2.0 (1.72 – 2.20)	1.8 (1.61 – 2.07)	1.9 (1.7 – 2.17)	2.0 (1.76 – 2.24)

Pour la prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur, les variations s'élevaient de 0,1 à 0,4 points de pourcentage entre les années de mesure. Les taux nationaux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur ne diffèrent pas de manière significative sur les six dernières années de mesure. Les différences relèvent par conséquent du hasard. Avec 2,0 %, les valeurs nationales de prévalence des escarres nosocomiales catégorie 2 et supérieur se situent également dans la fourchette inférieure de la largeur de fenêtre identifiée dans la littérature, soit entre 1,2 % et 5,9 % (Vangelooven, et al., 2016).

La littérature montre que la largeur de fenêtre des taux de prévalence, notamment des taux de prévalence nosocomiale, s'est réduite de façon tendancielle au cours des six dernières années (Vangelooven, et al., 2016). Il est possible que cela soit lié au plus grand nombre de publication d'études s'appuyant sur des mesures et échantillons complets et répétés ainsi que sur des données allant au-delà des limites institutionnelles. Ainsi, les informations sont devenues plus précises. Cela explique également pourquoi les taux de prévalence nosocomiale en Suisse ne sont plus significativement inférieurs (comme dans la période avant 2015) à celles présentées dans les récoltes de données internationales et se classent désormais dans le tiers inférieur de la largeur de fenêtre.

Par rapport aux trois dernières mesures LPZ publiées aux Pays-Bas (Halfens, et al., 2015; Halfens, et al., 2014; Halfens, et al., 2013), les taux de prévalence nosocomiale en Suisse restent légèrement inférieurs à ceux des Pays-Bas (tableau 8). En revanche, en Autriche, les taux de prévalence nosocomiale totale sont nettement inférieurs à ceux de la Suisse (Lohrmann, 2013, 2014, 2015).

Plusieurs publications internationales ont montré que les taux de prévalence (nosocomiale) pouvaient être nettement réduits sur la durée grâce à des mesures répétées (VanGilder, et al., 2017). Cependant, cela ne s'applique que partiellement à la Suisse lorsque l'on compare toutes les mesures effectuées jusqu'à présent. Pour les escarres de catégorie 1 et supérieur, l'on observe une baisse quasi constante (- 1,7 point de pourcentage) des taux nationaux de prévalence depuis la première mesure. Pour les escarres de catégorie 2 et supérieur, les taux de prévalence au niveau national sont restés plus ou moins stables. Cela peut être lié au fait qu'au début des mesures, en 2011, de nombreux hôpitaux avaient déjà atteint un niveau de qualité relativement bon dans le domaine de l'indicateur escarres.

Parmi les types d'hôpitaux, contrairement aux résultats nationaux, il ressort que le type d'hôpital K111 affiche une légère augmentation constante des taux de prévalence nosocomiale des escarres de catégorie 2 et supérieur (de 0,6 point de pourcentage au total) depuis le début des mesures. Dans le groupe K121-K123 en revanche, l'on constate une baisse constante atteignant 1,0 point de pourcentage au total.

Tandis que dans la plupart des types d'unité de soins, les taux de prévalence nosocomiale ne varient que légèrement, les unités de soins intensifs affichent une hausse du taux de prévalence nosocomiale. Les résultats sont cependant comparables à ceux de la littérature, indiquant des taux de prévalence nosocomiale totale compris entre 4,5 % et 49 % (Bredesen, Bjoro, Gunningberg, & Hofoss, 2015; He, Staggs, Bergquist-Beringer, & Dunton, 2013; Jiang et al., 2014; Tayyib, Coyer, & Lewis, 2016). Bredesen

et al. (2015) rapportent un taux de 13,6 % pour le taux de prévalence nosocomiale de catégorie 2 et supérieur.

4.3.3. Résultats ajustés au risque

Par rapport aux années précédentes, seules de faibles différences sont visibles. Le nombre d'hôpitaux identifiés comme « hors norme » varie un peu plus fortement uniquement pour les escarres de catégorie 1 et supérieur. Pour la mesure de 2016, dix hôpitaux affichaient un taux de prévalence significativement supérieur. Pour les escarres de catégorie 2 et supérieur, le nombre des hôpitaux « hors norme » variait entre zéro et un. Au cours des années de mesure 2015 et 2016, trois hôpitaux se distinguaient de manière significativement négative de l'ensemble.

Les caractéristiques des patient-e-s ayant servi pour l'ajustement au risque diffèrent en partie de celles des années précédentes. Ceci s'explique d'une part par le fait qu'une nouvelle sélection des variables est réalisée tous les ans, et qu'elle tient par conséquent compte du contexte du jeu de données en question. Cette procédure suit le déroulement statistique de sélection et non pas le déroulement clinique théorique, qui repose sur un modèle de variables prédictives plus ou moins établi. D'autre part, en 2016, des variables prédictives autrefois pertinentes, c'est-à-dire significatives, ont été retirées, ou ont été utilisées modifiées. Ainsi, l'échelle de Braden, par exemple, n'a plus pu être prise en compte dans le modèle, étant donné qu'elle n'était plus recueillie avec le questionnaire 2016. En outre, les groupes de diagnostics ont été analysés sous une forme quelque peu différente, correspondant désormais de manière stricte au catalogue CIM-10 actuel. Au cours des années précédentes, différents diagnostics ont été extraits des groupes et représentés à part, notamment la démence, qui fait partie du groupe de diagnostics CIM troubles mentaux et du comportement. Pour cette raison, l'éventail des caractéristiques pertinentes pour l'ajustement dans cette mesure ne peut être comparé que dans une certaine mesure avec les analyses des années précédentes. Une comparaison des deux procédures (groupes de diagnostics CIM-10 et diagnostics individuels complémentaires) a montré que les différences sont minimales et que le nombre des hôpitaux avec des écarts significatifs demeure en règle générale inchangé.

Le changement le plus frappant pour les deux indicateurs de résultats escarres est l'importance de l'évaluation clinique subjective des infirmier-ère-s. Avec des rapports de cotes de 16 dans les catégories 1 et supérieur et de 11 dans les catégories 2 et supérieur, l'évaluation clinique subjective se révèle actuellement encore plus forte que cela n'a été le cas au cours des années précédentes. Il ne peut qu'être spéculé si cela est dû à la structure modifiée des variables prédictives (non utilisation de l'échelle de Braden) ou à une différence dans l'expertise des spécialistes. Ces résultats coïncident avec les recommandations de la ligne directrice actuelle de l'EPUAP, qui accordent également plus d'importance à l'évaluation clinique subjective qu'à la seule évaluation à l'aide d'une échelle structurée (National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance, 2014a).

4.3.4. Indicateurs de processus et de structure

Pour les indicateurs de processus, certains aspects concernant la documentation des risques, les manifestations et les localisations des escarres ainsi que les interventions pour la prévention et le traitement des escarres sont discutés ci-après.

- *Documentation du risque* : Chez environ quatre cinquièmes des patient-e-s à risque ainsi que chez les personnes avec escarres, le risque a été documenté. Cela signifie aussi que chez environ un cinquième des participants le risque d'escarres n'a pas été documenté. L'on peut donc se demander si, dans ce cas, aucune intervention préventive n'a été mise en place. Si le risque n'est pas recueilli dans la documentation des soins, le danger est que le personnel soignant ne réagisse pas systématiquement par rapport au risque dans le cadre du processus de soins. Le

fait que le lieu d'origine indiqué sans équivoque pour 96,2 % des escarres nosocomiales est l'hôpital peut être évalué comme indicateur d'une bonne qualité de la documentation.

- *Manifestations des escarres* : La distribution des escarres selon les manifestations proposées par la classification EPUAP dans cette mesure correspond aux données des publications internationales, où les escarres de catégorie 1 et de catégorie 2 se trouvent respectivement en majorité à la première et à la deuxième position (Bredesen, et al., 2015; Eberlein-Gonska, Petzold, Helass, Albrecht, & Schmitt, 2013; Gallagher et al., 2008). La part en pourcentage des escarres de catégorie 3 et supérieur en Suisse (13,5 %) est en partie à un niveau comparable (15,9 %, Bredesen, et al., 2015) ou significativement inférieure à celle des autres pays. Pour le résultat en Suisse indiquant qu'environ deux cinquièmes des escarres se sont déjà manifestés avant l'entrée à l'hôpital, des chiffres de référence semblables (Amir, et al., 2017) ainsi qu'inférieurs (17,3 %, Bredesen, et al., 2015) figurent dans la littérature.
- *Localisation* : Comme l'année précédente, le sacrum et les talons sont les localisations des escarres citées le plus fréquemment. Ces parties du corps sont fréquemment celles qui sont les plus exposées à la pression par appui, notamment chez les patient-e-s restreint-e-s dans leur mobilité. Ce résultat correspond aux données des publications internationales (Baath, Idvall, Gunningberg, & Hommel, 2014; Eberlein-Gonska, et al., 2013; VanDenKerkhof, et al., 2011) ainsi qu'aux résultats LPZ aux Pays-Bas (Halfens, et al., 2014). En Autriche, la région glutéale, le sacrum et les talons sont les localisations des escarres citées le plus fréquemment (Lohrmann, 2015). 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 et les talons (12 % chacun).
- *Interventions préventives* : L'évaluation des interventions de prévention et de traitement des escarres montre que presque tous/toutes les participant-e-s (écart de 95,5 % à 97,1 %) présentant un risque d'escarres et/ou des escarres bénéficiaient d'interventions préventives. Le fait que le nombre de mesures utilisées double dès qu'un risque d'escarres et/ou des escarres se sont manifestées peut être considéré comme l'expression d'une bonne qualité des processus. Les mesures les plus utilisées se recoupent majoritairement avec les recommandations actuelles des directives (National Pressure Ulcer Advisory Panel, et al., 2014b). Les supports d'assise demeurent très peu employés, contrairement aux recommandations. La part de l'éducation du/de la patient-e semble également plutôt basse dans le contexte de l'importance grandissante des concepts tels que la participation des patient-e-s et l'orientation des patient-e-s.

Pour les indicateurs de structure au niveau de l'hôpital ainsi qu'au niveau des unités de soins, les observations suivantes figurent au premier plan :

- Dans l'ensemble, la situation est plutôt stable pour les indicateurs de structure au niveau de l'hôpital concernant l'indicateur standard/directive. Au niveau des unités de soins, de légères variations peuvent être constatées. Le degré de réalisation de l'indicateur formation est étonnamment bas, si l'on prend en considération que la directive NPUAP-EPUAP-PPPIA a défini un nouveau système de classification. Comme cet indicateur a été recueilli pour la première fois au niveau des unités de soins, aucune donnée comparative n'est encore disponible.
- Pour tous les indicateurs qui comportent des aspects interdisciplinaires, les valeurs sont basses aussi bien au niveau de l'hôpital qu'au niveau des unités de soins. Le thème des escarres semble plutôt se situer dans le domaine de compétence des soins.

En conclusion, on peut noter que les résultats nationaux de la qualité des processus peuvent être considérés comme un indice de bonne qualité en matière de prévention et de traitement des escarres. Il pourrait cependant s'avérer nécessaire de développer l'aspect de l'éducation du/de la patient-e. Au



niveau des structures, il conviendrait de contrôler dans quelle mesure l'aspect de la formation des collaborateurs-trice-s pourrait contribuer à des résultats encore meilleurs.

5. Indicateur Chutes

5.1. Résultats descriptifs pour l'indicateur chutes

Dans ce chapitre, les résultats pour l'indicateur chutes sont décrits de manière suivante : caractéristiques des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital, taux nationaux de chutes ainsi que taux de chutes à l'hôpital, répartis selon le type d'hôpital et le type d'unité de soins, les interventions de prévention des chutes et enfin les indicateurs de structure pour l'indicateur chutes.

En règle générale, les descriptions des résultats sont orientées sur les événements de chute à l'hôpital. Ces résultats sont particulièrement intéressants pour le développement de la qualité ainsi que le benchmarking interne et externe dans les hôpitaux de soins aigus. Outre les représentations nationales des résultats, certaines informations complémentaires sur les résultats, données par type d'hôpital, figurent en annexe. Des références sont indiquées pour les représentations de résultats correspondantes.

5.1.1. Caractéristiques des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital

Parmi les 13 465 patient-e-s participant-e-s à la mesure au total, 511 participant-e-s ont chuté à l'hôpital dans les 30 jours précédant la mesure. Dans le tableau 10, les caractéristiques de ces 511 patient-e-s sont décrites et réparties selon le type d'hôpital.

Tableau 10 : caractéristiques des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital réparties selon le type d'hôpital

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s ayant chuté à l'hôpital	<i>n</i>	90	285	110	26	511
Sexe (féminin)	<i>n (%)</i>	45 (50.0)	150 (52.6)	55 (50.0)	16 (61.5)	266 (52.1)
Intervention chirurgicale (oui)	<i>n (%)</i>	29 (32.2)	60 (21.1)	31 (28.2)	8 (30.8)	128 (25.0)
Âge (en ans)	<i>VM (ÉT)</i>	68.1 (17.89)	75.8 (13.36)	78.0 (10.37)	71.8 (17.14)	74.7 (14.28)
Nombre des jours depuis l'admission	<i>VM (ÉT)</i>	18.6 (20.96)	13.8 (16.53)	13.3 (13.62)	22.1 (22.59)	14.9 (17.31)
Nombre des groupes de diagnostic CIM	<i>VM (ÉT)</i>	3.9 (2.12)	4.5 (2.44)	4.3 (2.14)	3.3 (1.51)	4.3 (2.30)
Dépendance aux soins (EDS)*	<i>VM (ÉT)</i>	57.0 (16.47)	55.8 (15.33)	57.9 (11.60)	54.3 (15.64)	56.4 (14.83)
EDS - Indépendance complète	<i>n (%)</i>	5 (5.6)	15 (5.3)	2 (1.8)	1 (3.8)	23 (4.5)
EDS - Indépendance prépondérante	<i>n (%)</i>	17 (18.9)	51 (17.9)	13 (11.8)	7 (26.9)	88 (17.2)
EDS - Dépendance partielle	<i>n (%)</i>	18 (20.0)	83 (29.1)	38 (34.5)	7 (26.9)	146 (28.6)
EDS - Dépendance prépondérante	<i>n (%)</i>	19 (21.1)	73 (25.6)	38 (34.5)	5 (19.2)	135 (26.4)
EDS - Dépendance complète	<i>n (%)</i>	31 (34.4)	63 (22.1)	19 (17.3)	6 (23.1)	119 (23.3)
Sédatifs et/ou des médicaments influençant son comportement (oui)	<i>n (%)</i>	50 (55.6)	184 (64.6)	66 (60.0)	17 (65.4)	317 (62.0)
Patient-e-s à risque d'escarre	<i>n (%)</i>	46 (51.1)	129 (45.3)	62 (56.4)	12 (46.2)	249 (48.7)

* Score total EDS (15-75 points) : dépendance complète (15-24), dépendance prépondérante (25-44), dépendance partielle (45-59), indépendance prépondérante (60-69), indépendance complète (70-75).

Les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital sont en moyenne plus âgé-e-s de 8,6 ans, ont une durée d'hospitalisation supérieure de 7,8 jours, présentent assez fréquemment un groupe de diagnostics CIM de plus et sont davantage dépendants aux soins (score total EDS de 56,4 contre 65,7) que les participants n'ayant pas connu d'événement de chute à l'hôpital. En outre, ils présentent plus fréquemment un risque d'escarres (+22,1 points de pourcentage) et ont été moins fréquemment opérés (-20,2 points de pourcentage). La répartition des sexes est semblable dans les deux groupes.

Pour plus de la moitié des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital, l'administration de sédatifs ou médicaments influençant le comportement a été indiquée. Les pourcentages dans les types d'hôpitaux sont compris entre 55,6 % et 65,4 %.

Parmi les 13 465 patient-e-s participant-e-s au total, 4 101 (30,5 %) présentent un risque de chute en raison d'une chute au cours des 12 derniers mois avant la mesure (tableau 11). La part en pourcentage la plus élevée de patient-e-s à risque de chute est enregistrée dans le type d'hôpital K112 avec 31,7 %, suivi des types d'hôpitaux K121-123 avec 31,0 %, K111 avec 27,7 % ainsi que K221 & K231-235 avec 26,7 %.

Depuis l'introduction de la méthode LPZ 2.0, l'indicateur des processus « évaluation du risque consignée dans la documentation des soins » est recueilli pour tous/toutes les participant-e-s. Le tableau 11 présente le résultat pour les patient-e-s à risque de chute ou ayant chuté à l'hôpital.

Tableau 11 : indicateur des processus « évaluation du risque consignée » chez les patient-e-s à risque de chute ou ayant chuté

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s à risque de chute	<i>n</i>	695	2133	1029	244	4101
Évaluation du risque consignée	<i>n (%)</i>	355 (51.1)	1629 (76.4)	692 (67.2)	148 (60.7)	2824 (68.9)
Patient-e-s ayant chuté à l'hôpital	<i>n</i>	90	285	110	26	511
Évaluation du risque consignée	<i>n (%)</i>	54 (60.0)	243 (85.3)	96 (87.3)	19 (73.1)	412 (80.6)

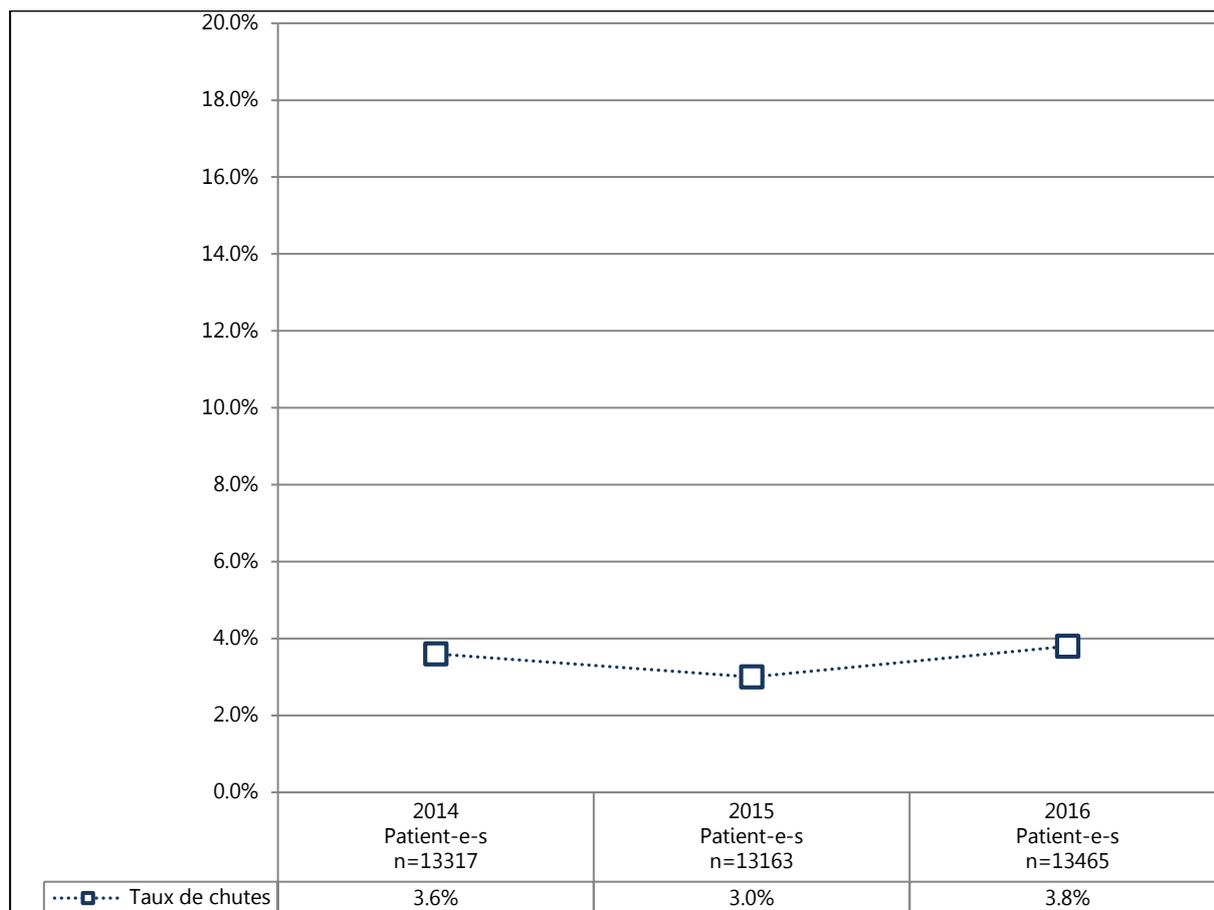
Chez 68,9 % des patient-e-s à risque (chute au cours des 12 derniers mois), la mise en application et la documentation d'une évaluation des risques ont été indiquées. Les pourcentages dans les types d'hôpitaux se situent entre 51,1 % (type d'hôpital K111) et 76,4 % (type d'hôpital K112).

La mise en application d'une évaluation des risques est consignée dans le dossier patient chez 80,6 % des participant-e-s ayant chuté à l'hôpital. Par conséquent, chez quatre personnes concernées sur cinq, une évaluation des risques documentée était disponible. L'on notera toutefois des différences entre les types d'hôpitaux. Les valeurs vont de 60,0 % dans le type d'hôpital K111 à 87,3 % dans le type d'hôpital K121-K123.

5.1.2. Taux des chutes à l'hôpital

Ce chapitre décrit les indicateurs des résultats relatifs aux chutes survenues en hôpital. La figure 21 indique le taux des chutes survenues en hôpital au cours des trois dernières années de mesure au niveau national.

Figure 21 : taux des chutes survenues en hôpital au cours des 3 dernières années de mesure



Au niveau national, le taux des chutes à l'hôpital de l'année de mesure 2016 a augmenté de 0,8 point de pourcentage par rapport à l'année de mesure 2015 et s'élève à 3,8 %. L'augmentation décrite relève du hasard, notamment parce que le taux des chutes au cours de l'année de mesure 2014 n'était que légèrement inférieur, avec 3,6 %, à celui de l'année de mesure 2016.

Le tableau 12 indique le taux de chutes à l'hôpital ainsi que le taux de chutes à l'hôpital chez les patient-e-s à risque répartis selon le type d'hôpital.

Tableau 12 : taux de chutes survenues en hôpital au cours des 3 dernières années de mesure répartis selon le type d'hôpital

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s participant-e-s		n	n	n	n	n
2016		2505	6722	3323	915	13465
2015		2527	6156	3477	1003	13163
2014		2443	6243	3667	964	13317
Taux de chutes survenues en hôpital		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
2016		90 (3.6)	285 (4.2)	110 (3.3)	26 (2.8)	511 (3.8)
2015		74 (2.9)	191 (3.1)	93 (2.7)	33 (3.3)	391 (3.0)
2014		83 (3.4)	237 (3.8)	116 (3.2)	43 (4.5)	479 (3.6)
Patient-e-s à risque de chute		n	n	n	n	n
2016		695	2133	1029	244	4101
Taux de chutes survenues en hôpital patient-e-s à risque		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
2016		90 (12.9)	285 (13.4)	110 (10.7)	26 (10.7)	511 (12.5)

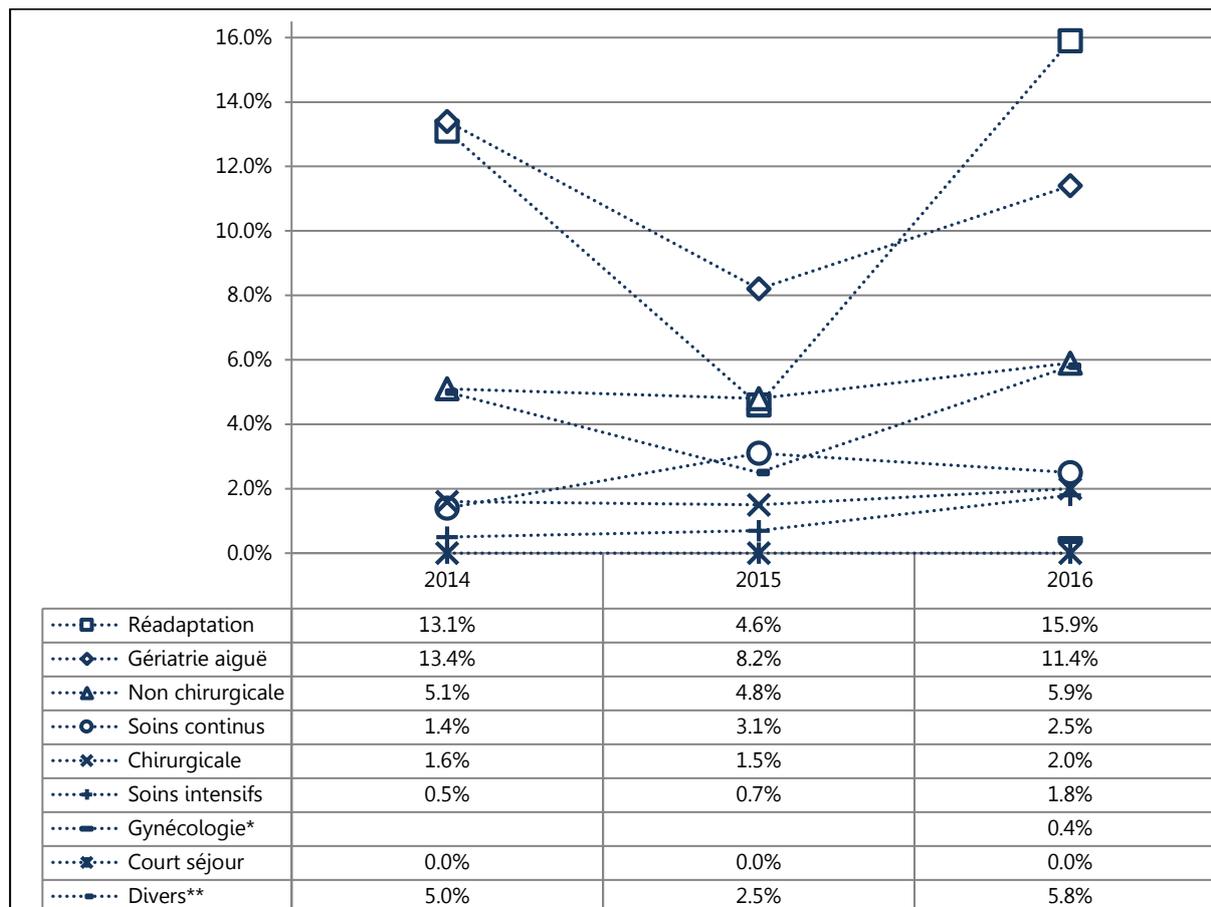
Dans le tableau 12, l'on observe que les taux de chutes à l'hôpital varient au sein de chaque type d'hôpital dans une fourchette allant de 2,8 % à 4,2 %. Au cours des trois dernières années de mesure, les hôpitaux de type K221 & K231-K235 enregistraient le taux de chute le plus élevé, mais au cours de l'année de mesure 2016, le plus faible, avec 2,8 %. Comme au cours des cycles de mesures antérieurs, le taux des chutes dans le type d'hôpital K112 au cours de l'année de mesure 2016 se situe au-dessus de la moyenne nationale avec une valeur de 4,2 %.

Chez les patient-e-s présentant un risque de chute, le taux national des chutes survenues en hôpital se situe à 12,5 %. Ces patient-e-s étaient trois fois plus souvent concernés par un événement de chute à l'hôpital en comparaison de tous les participants. Les types d'hôpitaux K121-K123 ainsi que K221 & K231-K235 affichent un taux de chutes identique avec 10,7 %. Les taux de chutes des types d'hôpitaux K111 et K112 se situent légèrement au-dessus de la moyenne nationale, avec respectivement 12,9 % et 13,4 %.

5.1.3. Taux de chutes survenues en hôpital selon le type d'unité de soins

Ce chapitre donne des renseignements sur les indicateurs des résultats au niveau de l'unité de soins. La figure 22 présente les taux de chutes répartis selon le type d'unité de soins au niveau national.

Figure 22 : taux de chutes survenues en hôpital répartis selon le type d'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure***



* Le type d'unité de soins « Gynécologie » a été enregistré comme type distinct pour la première fois au cours de l'année de mesure 2016.

** La « Psychiatrie » a été incluse sous la catégorie « Divers » au cours de l'année de mesure 2014.

*** Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 26 en annexe.

Au cours de l'année de mesure 2016, les taux de chutes les plus élevés ont été enregistrés dans les unités de soins de réadaptation et de gériatrie aiguë. Au cours des trois dernières années de mesure, des variations notables sont à constater pour ces deux types d'unités de soins. Pour l'unité de soins réadaptation cela pourrait être lié au faible nombre relatif de patient-e-s participant-e-s à la mesure (2014 = 84, 2015 = 87, 2016 = 44), qui favoriserait les variations liées au hasard. Les types d'unité de soins chirurgicale et non chirurgicale, qui affichent nettement plus de participants, présentent des taux de chutes relativement constants avec des variations comprises respectivement dans une plage de 1,1 point de pourcentage et 0,5 point de pourcentage.

5.1.4. Conséquences des chutes et taux de blessure

Ce chapitre décrit les conséquences des chutes survenues en hôpital. En outre, on y donne les taux de blessures calculés chez les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital. En raison de l'adaptation de la méthode

LPZ 2.0, les résultats décrits dans ce chapitre ne peuvent pas être comparés point par point avec les résultats des mesures antérieures.

Parmi les 511 patient-e-s ayant chuté à l'hôpital, 211 étaient concernés par des conséquences de la chute. 40,8 % des 211 personnes concernées par des conséquences de chute souffraient de blessures minimales, 19,0 % de blessures de gravité moyenne et 40,3 % de blessures graves.

Les taux de blessure, c'est-à-dire la part en pourcentage des blessures chez les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital sont décrits dans le tableau 13.

Tableau 13 : taux de blessures des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital répartis selon le type d'hôpital

Taux de blessures		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s ayant chuté à l'hôpital	<i>n</i>	90	285	110	26	511
Patient-e-s avec lésions minimales	<i>n (%)</i>	7 (7.8)	54 (18.9)	23 (20.9)	2 (7.7)	86 (16.8)
Patient-e-s avec blessures de gravité moyenne	<i>n (%)</i>	7 (7.8)	23 (8.1)	7 (6.4)	3 (11.5)	40 (7.8)
Patient-e-s avec blessures graves	<i>n (%)</i>	12 (13.3)	50 (17.5)	18 (16.4)	5 (19.2)	85 (16.6)
Taux de blessures totaux	<i>n (%)</i>	26 (28.9)	127 (44.6)	48 (43.6)	10 (38.5)	211 (41.3)

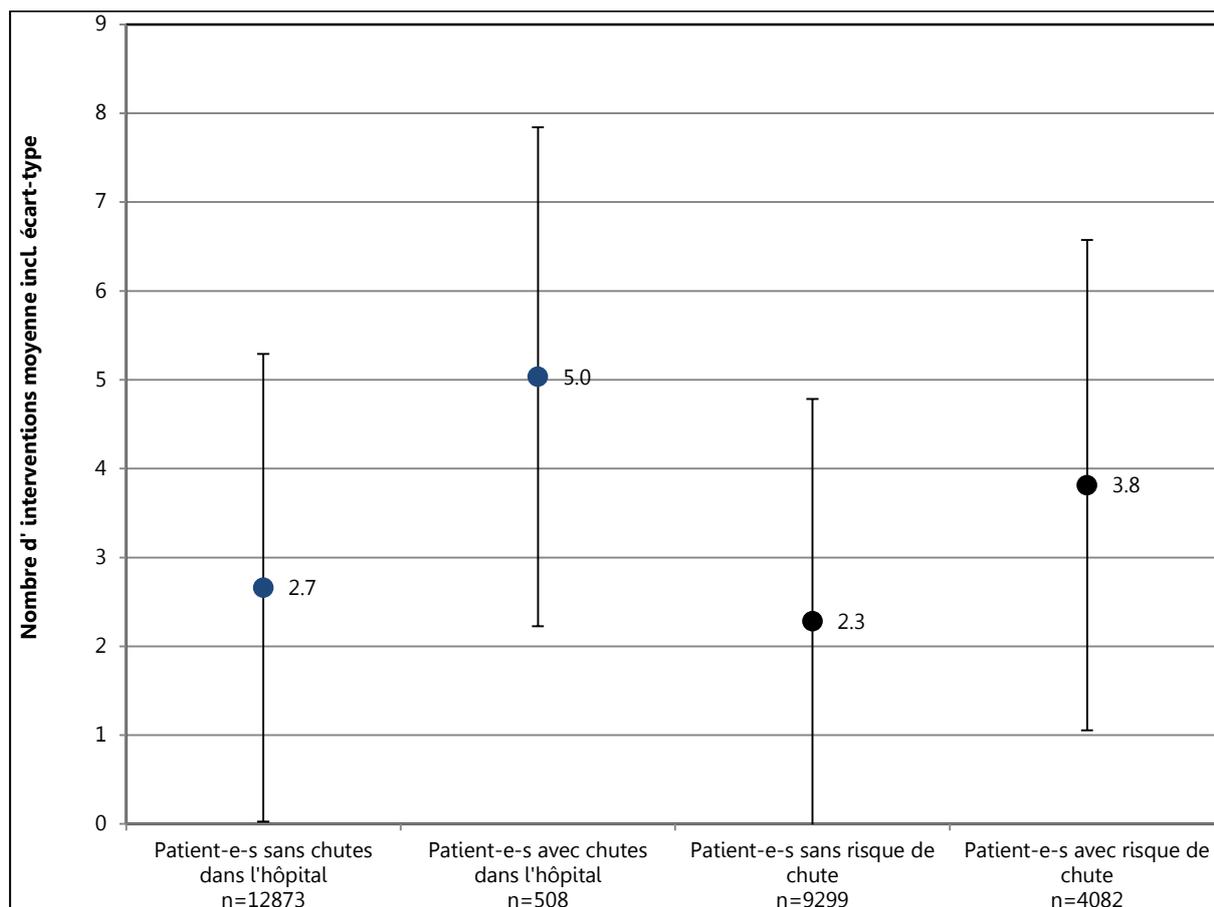
La part en pourcentage des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital présentant des blessures minimales (16,8 %) est presque aussi élevée au niveau national que la part des patient-e-s avec des blessures graves (16,6 %). Le taux national de blessures total s'élève à 41,3 %. Dans la répartition selon le type d'hôpital, le taux de blessures total après une chute à l'hôpital le plus bas s'observe dans le type d'hôpital K111 avec 28,9 %, suivi des types d'hôpitaux K221 & K231-K235 avec 38,5 %, K121-K123 avec 43,6 % et enfin K112 avec 44,6 %. Les grandes différences dans les taux de blessures totaux après une chute à l'hôpital apparaissant entre les types d'hôpitaux pourraient être liées au faible nombre de cas et à la population très hétérogène dans le type d'hôpital K221 & K231-K235. En raison du très faible nombre de personnes concernées par type d'hôpital, il s'avérerait peu judicieux de procéder à une analyse complémentaire par type d'unités de soins ; celle-ci n'a donc pas été réalisée.

5.1.5. Interventions de prévention des chutes

Ce chapitre décrit les indicateurs des processus. Ces derniers comprennent les interventions mises en œuvre pour la prévention des chutes. 84 cas ont dû être éliminés des analyses en raison de données improbables. Cela est dû au fait que pour ces participant-e-s, il a été indiqué aussi bien la catégorie de réponse « pas d'intervention » ou « patient-e refuse toutes les interventions liées aux chutes » que des interventions préventives. Dans ce chapitre, le total des cas valables analysés s'élève par conséquent à 13 381 au lieu de 13 465.

La figure 23 indique le nombre moyen d'interventions de prévention des chutes mises en œuvre chez différents groupes de patients au niveau national. Dans le questionnaire, plusieurs interventions préventives (plusieurs réponses possibles) ont pu être indiquées par patient-e.

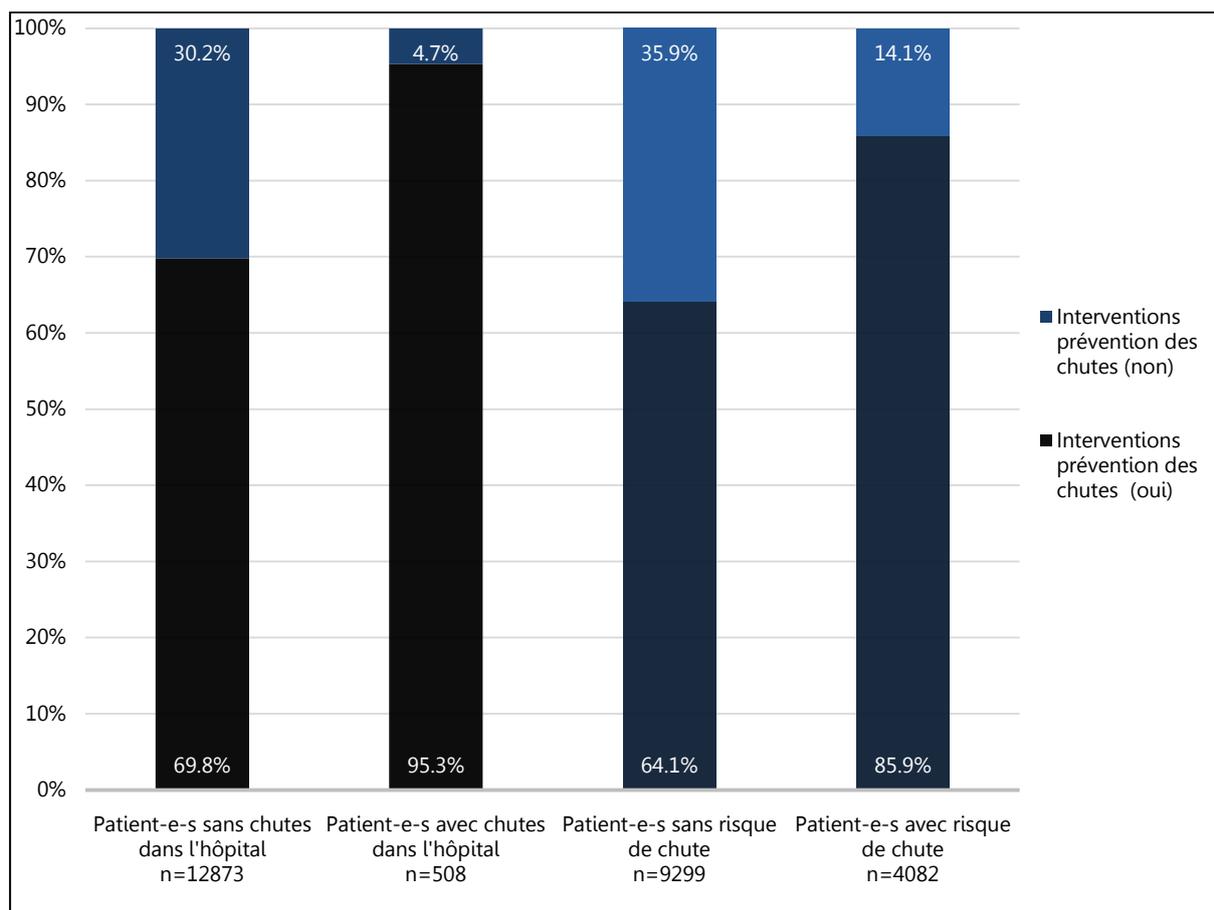
Figure 23 : nombre moyen d'interventions de prévention des chutes chez différents groupes de patients



La figure 23 montre que le nombre d'interventions préventives chez les participant-e-s ayant chuté à l'hôpital est presque deux fois plus élevé que chez les patient-e-s n'ayant pas chuté à l'hôpital (nombre moyen d'interventions de 2,7 contre 5,0). Par conséquent, cinq mesures de prévention différentes ont été réalisées en moyenne chez les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital au niveau national. Avec un écart-type de +/- 2,81, cela signifie que pour la majorité des participants ayant chuté à l'hôpital, deux à environ huit interventions préventives ont été mises en place. Les patient-e-s présentant un risque de chute ont reçu en moyenne plus d'interventions que les participants sans risque de chute (3,8 contre 2,3 interventions).

La figure 24 montre la part de patient-e-s ayant bénéficié ou non d'interventions préventives au sein de différents groupes de patients.

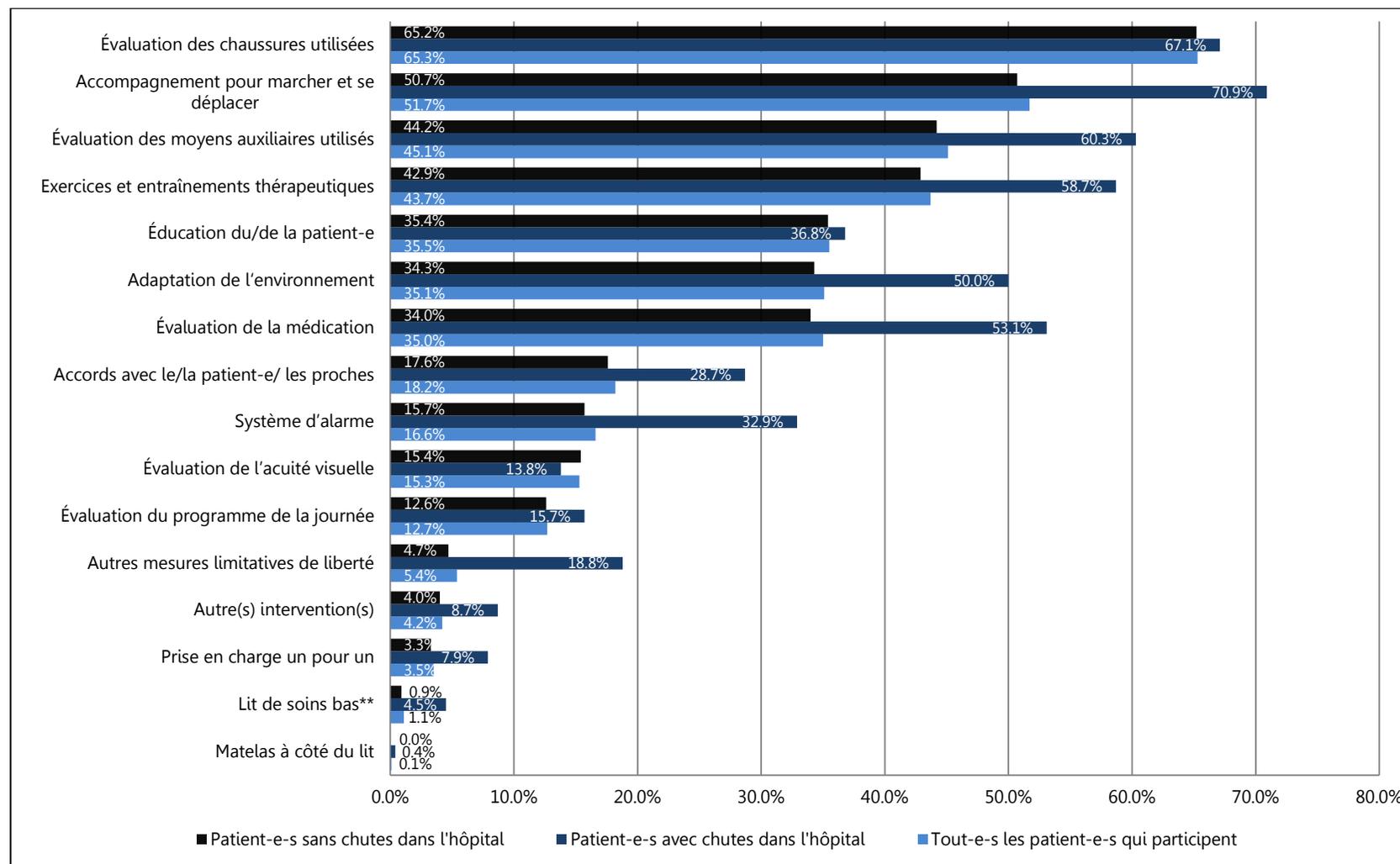
Figure 24 : part des patient-e-s ayant bénéficié ou non d'interventions de prévention des chutes dans différents groupes de patients en %



Parmi tous/toutes les participant-e-s, 70,7 % ont bénéficié d'au moins une intervention de prévention des chutes. Avec 95,3 %, les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital ont bénéficié plus fréquemment d'interventions préventives que les participants présentant un risque de chute (85,9 %).

Les deux figures suivantes décrivent les interventions de prévention des chutes mises en place chez les patient-e-s avec ou sans événement de chute à l'hôpital (figure 25) ainsi que chez les participants avec ou sans risque de chute (figure 26).

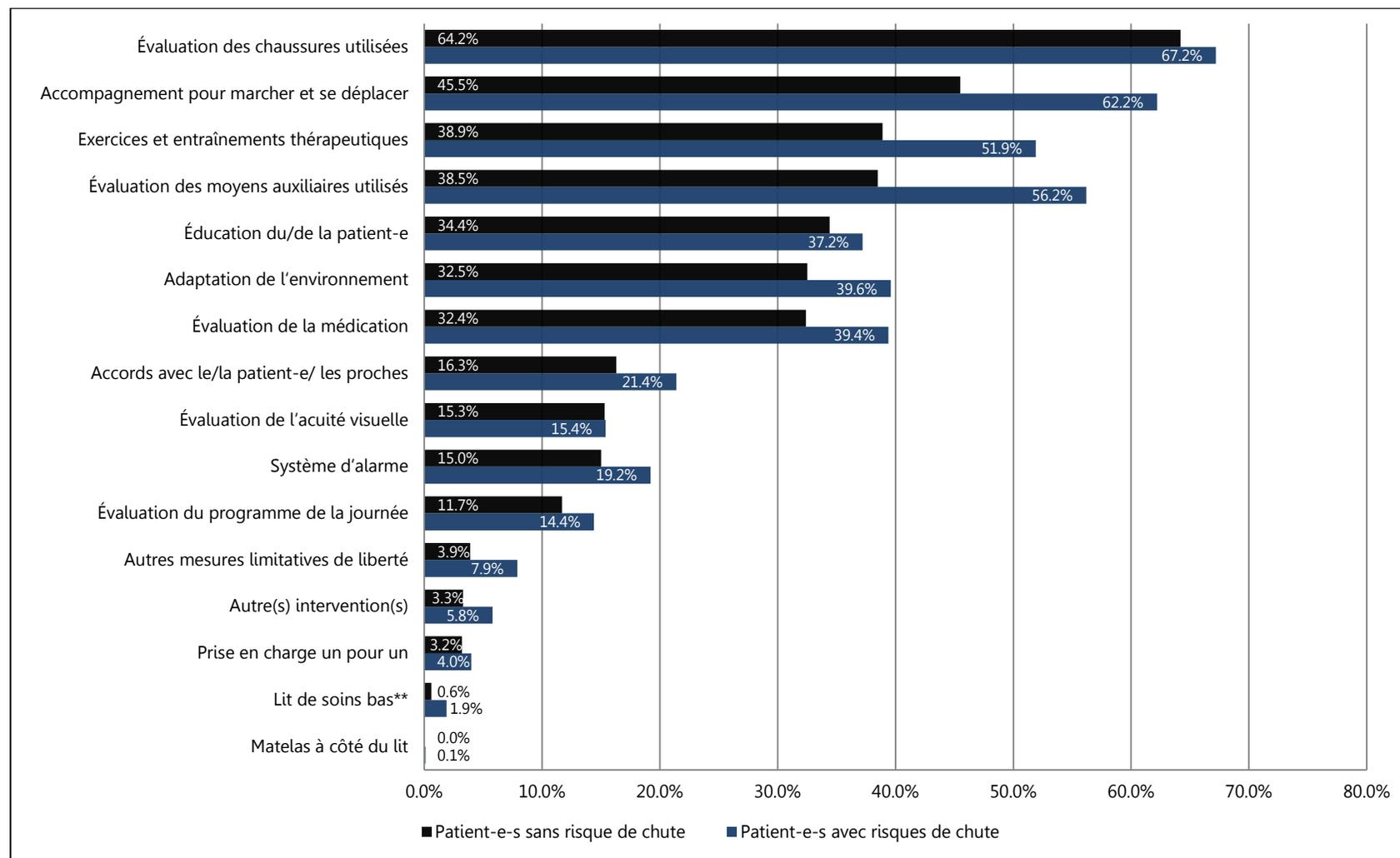
Figure 25 : interventions de prévention des chutes chez tous/toutes les patient-e-s ainsi que chez les patient-e-s ayant chuté ou non à l'hôpital au niveau national en %*



* Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 27 en annexe.

** La catégorie de réponse « lit de soins bas » comprend également la réponse « soins sur un matelas au sol ».

Figure 26 : interventions de prévention des chutes chez les patient-e-s avec ou sans risque de chute au niveau national en %*



* Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 28 en annexe.

** La catégorie de réponse « lit de soins bas » comprend également la réponse « soins sur un matelas au sol ».

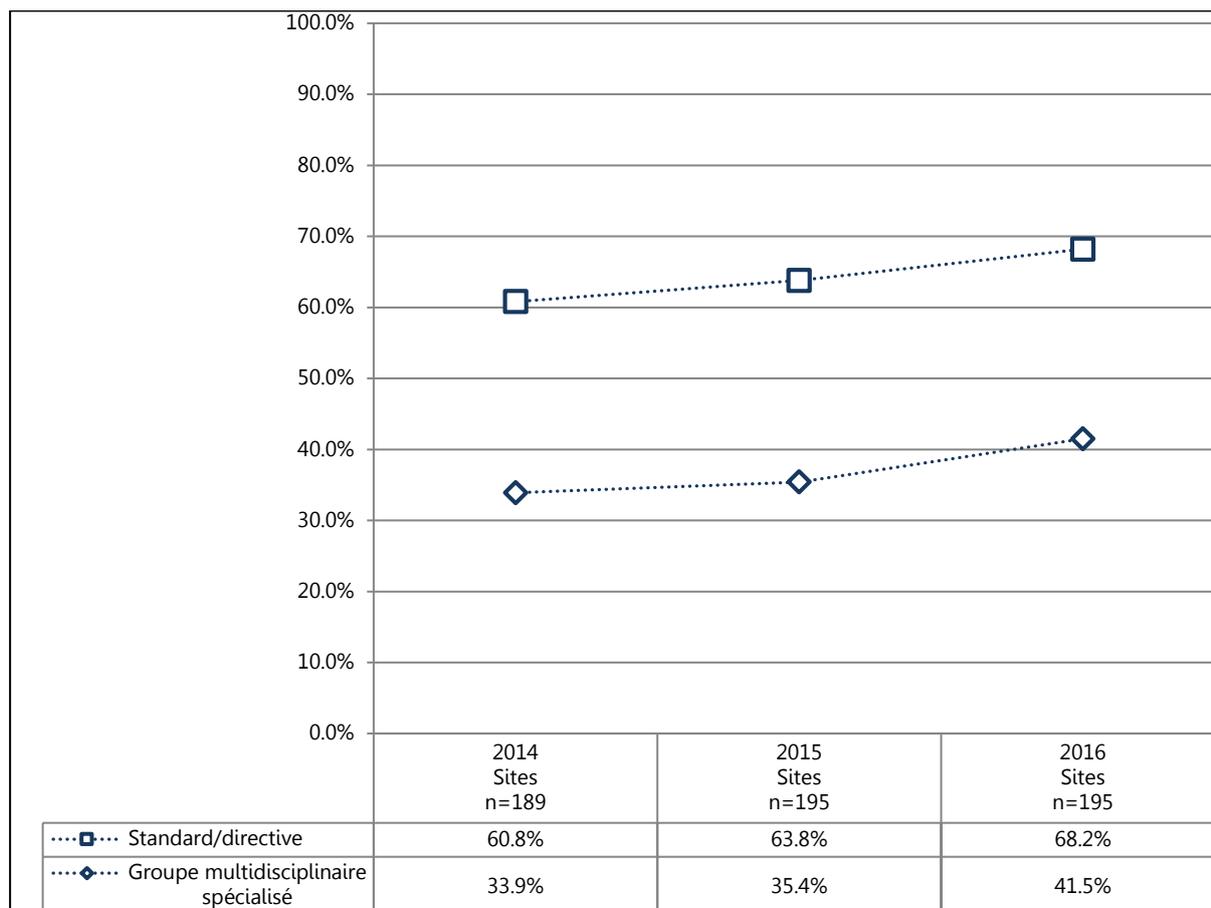
Comme il est possible de constater sur la figure 25, les interventions préventives suivantes, entre autres, figuraient au premier plan chez les patient-e-s n'ayant pas chuté à l'hôpital au niveau national : évaluation des chaussures utilisées (65,2 %), accompagnement pour marcher et se déplacer (50,7 %), évaluation des moyens auxiliaires utilisés (44,2 %) et exercices et entraînements thérapeutiques (42,9 %). Chez les participants ayant chuté à l'hôpital, on constate dans la majorité des cas que des interventions de prévention des chutes sont mises en application plus fréquemment. Dans ce cas, les interventions suivantes figurent au premier plan : Accompagnement pour se déplacer (70,9 %), évaluation des chaussures utilisées (67,1 %), évaluation des moyens auxiliaires utilisés (60,3 %) et exercices et entraînements thérapeutiques (58,7 %). Lorsque l'on compare les patient-e-s n'ayant pas chuté avec ceux ayant chuté à l'hôpital, les interventions suivantes ont été mises en œuvre deux fois plus fréquemment chez les personnes concernées avec une chute : système d'alarme (15,7 % contre 32,9 %), autres mesures limitatives de liberté (4,7 % contre 18,8 %), autre(s) intervention(s) (4,0 % contre 8,7 %), prise en charge un pour un (3,3 % contre 7,9 %), lit de soins bas/soins sur un matelas au sol (0,9 % contre 4,5 %) et matelas à côté du lit (0,0 % contre 0,4 %).

En termes de pourcentage, les interventions préventives ont été mises en application bien plus fréquemment chez les patient-e-s présentant un risque de chute (figure 26) que chez les participants sans risque de chute. Les plus grandes différences en termes de pourcentage, de l'ordre de plus de cinq points de pourcentage, ont pu être identifiées pour les interventions accompagnement pour marcher et se déplacer (45,5 % contre 62,2 %), évaluation des moyens auxiliaires utilisés (38,5 % contre 56,2 %), exercices et entraînements thérapeutiques (38,9 % contre 51,9 %), adaptation de l'environnement (32,5 % contre 39,6 %), évaluation de la médication (32,4 % contre 39,4 %) et accords avec le/la patient-e/ les proches/ le/la représentant-e mandaté-e (16,3 % contre 21,4 %).

5.1.6. Indicateurs de structure chutes

Dans ce chapitre, les indicateurs de structure relatifs aux chutes au niveau de l'hôpital ou de l'unité de soins sont décrits au niveau national. La figure 27 montre les indicateurs de structure relatifs aux chutes au niveau de l'hôpital.

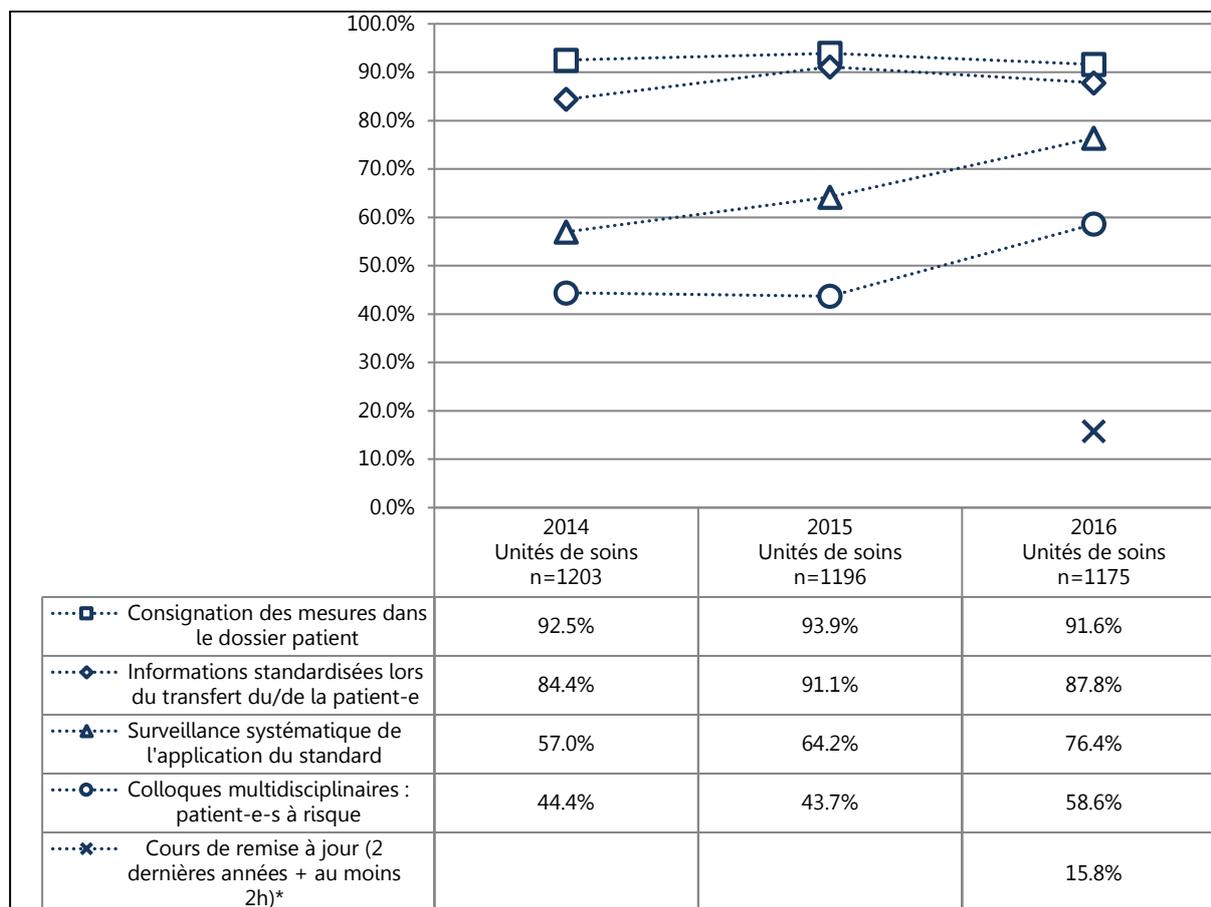
Figure 27 : indicateurs de structure chutes au niveau de l'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure en %



Au niveau national, plus de deux tiers de tous les sites hospitaliers disposent d'un standard basé sur une ligne directrice ou une directive sur le thème de la chute. Avec une disponibilité de 41,5 %, l'indicateur « groupe multidisciplinaire spécialisé » sur le thème de la chute dans les hôpitaux est moins largement répandu. En comparaison des cycles de mesure de 2014 et 2015, la disponibilité du « groupe multidisciplinaire spécialisé » ainsi que celle de l'indicateur « standard/directive » a légèrement augmenté au niveau national au cours des trois derniers cycles de mesure.

Les indicateurs de structure relatifs à la chute au niveau de l'unité de soins sont représentés ci-dessous dans la figure 28.

Figure 28 : indicateurs de structure chutes au niveau de l'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure en %



* L'indicateur de structure « cours de remise à jour » est seulement recueilli au niveau de l'unité de soins depuis la mesure de 2016.

Au niveau national, les indicateurs de structure consignation des mesures dans le dossier patient ainsi que les informations standardisées lors du transfert du/de la patient-e au niveau de l'unité de soins présentent un degré de réalisation élevé d'environ 90 %. Par rapport au cycle de mesure de 2015, les valeurs sont légèrement en recul ; cependant ces diminutions sont probablement liées au hasard. La surveillance systématique de l'application du standard affiche une augmentation d'environ 20 points de pourcentage depuis le cycle de mesure de 2014 et a par conséquent été indiquée comme ayant lieu par plus de trois quarts de toutes les unités de soins. La valeur de l'indicateur colloques multidisciplinaires : patient-e-s à risque a augmenté de 14,2 points de pourcentage pour atteindre 58,6 % depuis le cycle de mesure de 2014. Avec 15,8 %, à peine un sixième des unités de soins a indiqué que les collaborateur-trice-s avaient suivi un cours de remise à jour sur le thème de la chute au cours des deux dernières années.

5.2. Évaluation ajustée au risque de l'indicateur chutes

Ci-après sont rapportés les résultats ajustés au risque pour l'indicateur chutes à l'hôpital (de manière analogue à l'indicateur escarres ; voir aussi l'exemple de lecture à la page 50). La représentation graphique des résultats par type d'hôpital figure également en annexe (figures 39 à 42), tout comme la représentation des résultats sous forme de tableau (tableau 29).

Selon le modèle de sélection, les variables retenues pour le modèle hiérarchique sont les suivantes (cf. tableau 14) :

Tableau 14 : variables du modèle de régression logistique et hiérarchique et valeurs représentatives - Chutes à l'hôpital

	OR	Erreur standard	Valeur p	OR - intervalle de confiance à 95 %	
Groupe d'âge jusqu'à 54 ans	Référence				
55-74 ans	0.78	0.14	0.203	0.54	1.13
75 ans et plus	1.02	0.22	0.918	0.66	1.58
Nombre des jours depuis l'admission 0 – 7 jours	Référence				
8 – 28 jours	2.56	0.26	0.000	2.09	3.14
≥ 29 jours	4.96	0.84	0.000	3.54	6.94
EDS* - Indépendance complète	Référence				
EDS - Indépendance prépondérante	1.48	0.23	0.011	1.09	2.01
EDS - Dépendance partielle	1.73	0.37	0.011	1.13	2.65
EDS - Dépendance prépondérante	1.54	0.46	0.148	0.85	2.79
EDS - Dépendance complète	0.82	0.33	0.635	0.37	1.82
CIM GD : Tumeurs (1/0)	1.49	0.16	0.000	1.20	1.84
CIM GD : Maladies du sang et des organes hématopoïétiques (1/0)	1.29	0.14	0.023	1.03	1.62
CIM GD : Troubles mentaux et du comportement (1/0)	2.59	0.77	0.001	1.44	4.67
CIM GD : Maladies du système nerveux (1/0)	1.43	0.16	0.002	1.14	1.81
CIM GD : Maladies de l'appareil respiratoire (1/0)	0.74	0.08	0.008	0.59	0.92
CIM GD : Maladies de l'appareil digestif (1/0)	0.79	0.08	0.038	0.63	0.98
CIM GD : Lésions traumatiques et autres conséquences de causes externes (1/0)	1.67	0.25	0.001	1.23	2.25

	OR	Erreur standard	Valeur p	OR - intervalle de confiance à 95 %	
Interaction EDS-type d'hôpital	0.88	0.03	0.002	0.82	0.95
Interaction âge-type d'hôpital	1.00	0.00	0.001	1.00	1.01

OR : Rapport des cotes ; valeur p : résultats du test de signification ; EDS : échelle de la dépendance aux soins ; GD : groupe de diagnostics

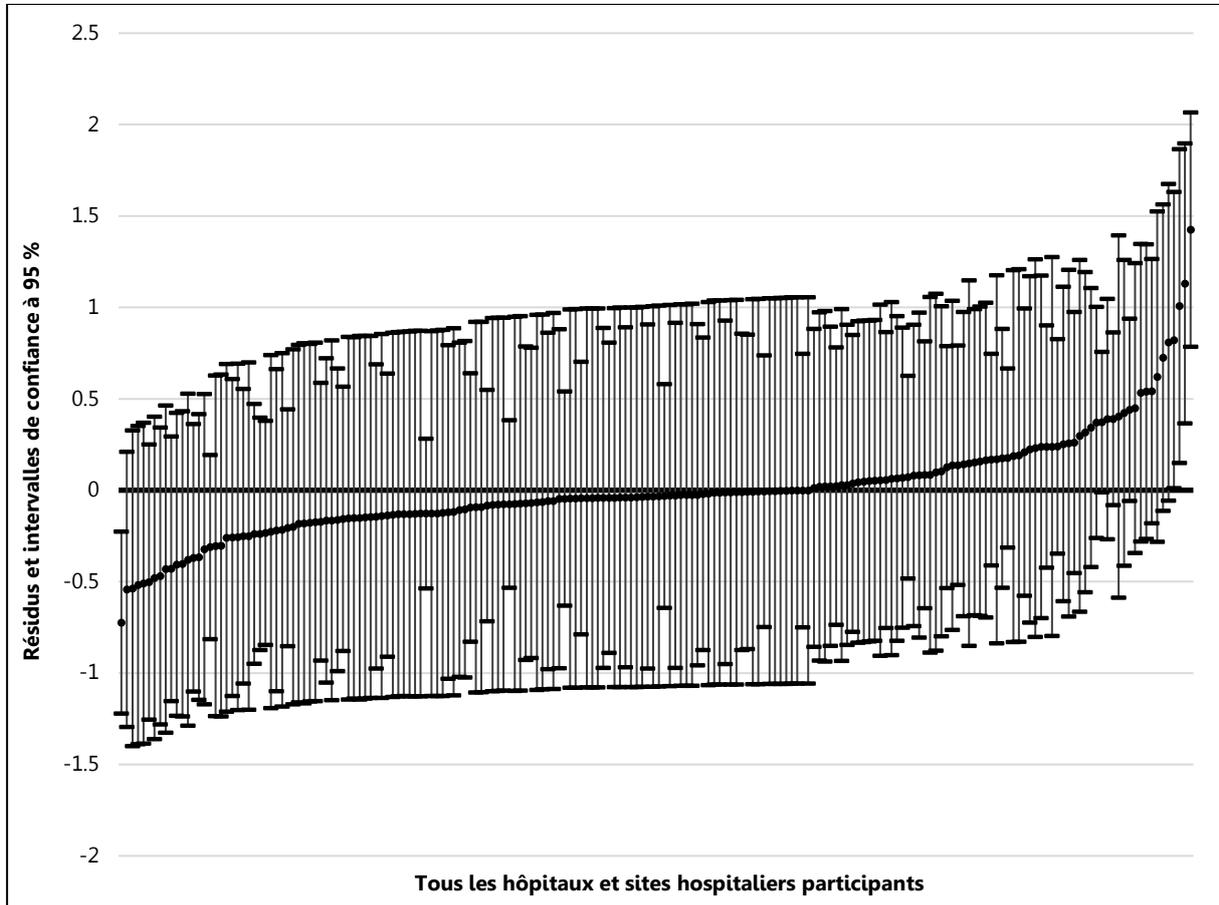
** Score total EDS (15-75 points) : dépendance complète (15-24), dépendance prépondérante (25-44), dépendance partielle (45-59), indépendance prépondérante (60-69), indépendance complète (70-75).

La valeur déterminante est à nouveau le rapport des cotes en lien avec la valeur p significative au niveau 5 % et l'intervalle de confiance à 95 %. Pour le formuler plus simplement : la durée d'hospitalisation, la dépendance aux soins et certains groupes de diagnostics CIM sont particulièrement importants, tandis que l'âge, bien que sélectionné dans le modèle et réparti en deux tranches d'âge, 55-74 et 75 ans et plus, n'a pas atteint le seuil de signification. La pertinence de la durée d'hospitalisation peut être considérée comme croissante, c'est-à-dire que le risque de chute augmente de deux fois et demi pour une durée d'alitement jusqu'à 28 jours, et de cinq fois pour une durée d'hospitalisation encore plus longue. Pour la dépendance aux soins, il est intéressant de noter que la dépendance complète et la dépendance prépondérante ne sont pas associées à un risque de chute significatif, ce qui s'explique probablement par une mobilité très limitée voire une immobilité des patient-e-s.

La présence de certains groupes de diagnostics médicaux CIM augmente le risque de chute de manière indépendante. Parmi ceux-ci, les troubles mentaux et du comportement, les maladies du sang ainsi que les lésions traumatiques et autres conséquences de causes externes ont été identifiés comme risques. Il est intéressant de noter que les maladies de l'appareil respiratoire et les maladies de l'appareil digestif sont associées à un risque significativement plus faible et représentent donc quasiment une protection par rapport au risque de chute. Il n'est pas possible ici de savoir avec certitude si ces patient-e-s sont particulièrement immobiles en raison d'autres maladies. L'interaction de la dépendance aux soins avec le type d'hôpital et l'interaction de l'âge avec le type d'hôpital sont également pertinentes : par exemple, la dépendance aux soins dans certains types d'hôpitaux diminue le risque de chute, alors qu'elle contribue à une augmentation dans d'autres types d'hôpitaux.

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 29.

Figure 29 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital - Tous les hôpitaux et sites hospitaliers participants*



* La représentation graphique des résultats par type d'hôpital figure également en annexe (figures 39 à 42) tout comme la représentation des résultats sous forme de tableau (tableau 29).

On constate (cf. l'exemple de lecture à la page 50) que cinq hôpitaux s'écartent significativement de la moyenne, du fait que l'intervalle de confiance ne coupe pas la ligne du zéro. Quatre hôpitaux s'écartent de manière négative du point de vue clinique, et un hôpital s'en écarte positivement. Cela signifie que quatre hôpitaux affichent un taux de chutes significativement supérieur et un hôpital un taux de chutes significativement inférieur en comparaison nationale. Cependant, on note ici aussi une grande homogénéité des hôpitaux ou sites hospitaliers, tout comme pour l'indicateur escarres.

5.3. Discussion et conclusions pour l'indicateur Chutes

Dans ce chapitre, les taux internationaux de chutes, les taux descriptifs de chutes, les résultats ajustés au risque ainsi que ceux en rapport avec les indicateurs de processus et de structure sont discutés.

5.3.1. Taux internationaux des chutes et des lésions consécutives à une chute

L'analyse de la littérature internationale, reposant sur des études publiées de 2011 à 2015 (Vangelooven, et al., 2016), a montré que peu de données comparatives sont disponibles concernant la prévalence des chutes, et ce pour diverses raisons (différences dans la conception des études, les formules de calcul utilisées, taux allant à peine au-dessus des limites institutionnelles et/ou spécifiques à la population). En conséquence, avec des valeurs se situant entre 0,2 % et 17,0 %, la fenêtre des taux de chutes publiés au niveau international était plutôt large. Dans la littérature actuelle, publiée depuis 2016, les taux des chutes à l'hôpital indiqués sont compris entre 0,5 % et 9,2 % (Hou et al., 2017; Latt, Loh, Ge, & Hepworth, 2016).

Des chiffres comparatifs directs, plus solides car recourant à une méthode identique, portant sur les taux des chutes sont disponibles pour les pays qui recueillent également les taux des chutes avec la méthode LPZ de l'université de Maastricht (Halfens, et al., 2015; Halfens, et al., 2014; Halfens, et al., 2013; Lohrmann, 2013, 2014, 2015). Dans le tableau 15, les données comparatives des trois dernières années de mesure en Autriche et aux Pays-Bas (dans la mesure où il y avait des participants dans le domaine des soins aigus), ont été mis en regard des résultats nationaux de la Suisse.

Tableau 15 : valeurs comparatives internationales des taux de chutes (soins aigus) des mesures LPZ

Taux de chute		Suisse			Autriche, LPZ			Pays-Bas, LPZ		
		2014	2015	2016	2013	2014	2015	2013*	2014**	2015**
Taux de chutes survenues en hôpital	%	3.6	3.0	3.8	3.0	2.9	2.7	0.4	---	---

* Aucun hôpital universitaire (non-participation) ; aucun hôpital de soins aigus (non-participation)

** Aucune évaluation dans le domaine des soins aigus (trop peu d'hôpitaux participants)

Les recommandations en matière de méthodologie concernant la mesure de l'indicateur chutes à l'hôpital soulignent le potentiel de la récolte simultanée des taux de blessures totaux et des taux de blessures selon le degré de gravité en tant qu'aide à l'interprétation des taux de chutes (Agency for Healthcare Research and Quality's (AHRQ), 2013; Currie, 2008; Quigley, et al., 2007). Ces différents taux permettent de procéder à une évaluation différenciée du déroulement dans le cadre des programmes d'amélioration de la qualité, où non seulement la baisse du taux de blessures total après une chute à l'hôpital, mais également la réduction des blessures graves peuvent fournir des données importantes sur la qualité.

Étant donné le recours à des classifications parfois différentes, les taux de blessures dans les études ne sont comparables que sous certaines conditions. Les taux rapportés peuvent également être très différents en fonction de la sous-population étudiée. Dans la littérature internationale, les taux de blessures totaux après une chute à l'hôpital indiqués varient entre 6 % et 50 % (Currie, 2008; Hester, Tsai, Rettiganti, & Mitchell, 2016; Lopez-Soto et al., 2016; Vangelooven, et al., 2016).

Des données comparatives, qui ont été recueillies selon la méthode LPZ en Autriche et en rapport avec les taux de blessures totaux après une chute à l'hôpital, sont disponibles. Elles s'élevaient à 29,5 % en 2014 et à 37,9 % en 2015 (Lohrmann, 2014, 2015).

5.3.2. Taux descriptifs des chutes à l'hôpital

Les taux nationaux des chutes à l'hôpital des six dernières années de mesure figurent dans le tableau 16.

Tableau 16 : comparaison des taux de chutes à l'hôpital sur les six dernières années de mesure

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Taux de chutes survenues en hôpital (intervalle de confiance à 95%)	4.3 (3.90 – 4.67)	3.7 (3.43 – 4.07)	4.1 (3.81 – 4.44)	3.6 (3.29 – 3.92)	3.0 (2.69 – 3.27)	3.8 (3.48 – 4.13)

Les valeurs nationales des taux de chutes étaient relativement stables sur les six dernières années de mesure. Des différences significatives apparaissent lors de la comparaison des taux des chutes de l'année de mesure 2015 à ceux de 2016 ainsi que de ceux de l'année de mesure 2011 à ceux de 2015. Sinon, les différences sont majoritairement minimales et sont de nature aléatoire.

En comparant les taux des chutes à l'hôpital répartis par type d'hôpital, une baisse constante des taux de chutes peut être constatée depuis le début de la mesure. Ainsi, des baisses de 0,5 point de pourcentage (K111) ainsi que d'1,4 point de pourcentage (K112) et 1,3 point de pourcentage (K121-K123) sont enregistrées. Dans le type d'hôpital K221 & K231-K235, aucune tendance claire n'apparaît, ce qui peut être lié à une taille très réduite de l'échantillon ainsi qu'à la population hétérogène dans ce type d'hôpital.

Le taux des chutes à l'hôpital en Suisse reste toujours supérieur dans la comparaison internationale, où des taux de prévalence (périodique) entre 0,2 % et 17,0 %, sont indiqués en partie pour des sous-populations spécifiques.

En comparaison des récoltes de données selon la méthode LPZ en Autriche et aux Pays-Bas également, la Suisse affiche des taux de chutes supérieurs. Alors que dans les hôpitaux suisses, le taux de prévalence des chutes survenues à l'hôpital est de 3,8 % pour tous les types d'hôpitaux, les derniers taux disponibles pour les Pays-Bas étaient de 0,4 % (Halfens, et al., 2015). Toutefois, il s'agit ici d'un tout petit échantillon, car très peu d'hôpitaux aux Pays-Bas ont mesuré l'indicateur chutes.

En Autriche, les taux des chutes à l'hôpital, de l'ordre de 2,7 à 3,0 % (Lohrmann, 2013, 2014, 2015), sont légèrement inférieurs ou égaux à ceux de la Suisse. Étant donné que les mesures dans ces pays ont été effectuées selon la même méthode, on peut en conclure que des améliorations qualitatives restent toujours nécessaires pour l'indicateur chutes dans les hôpitaux suisses.

Par rapport à la largeur de fenêtre de 6 % à 50 % indiquée dans la littérature, le taux de blessures total, avec 41,3 % dans cette mesure, figure dans la plage supérieure de l'intervalle indiqué et est nettement supérieur à celui de l'Autriche.

5.3.3. Résultats ajustés au risque

Après ajustement au risque, plus d'hôpitaux ont été identifiés en comparaison comme s'écartant de la moyenne. Alors qu'au cours des mesures des années précédentes, il y avait en règle générale seulement zéro à deux hôpitaux s'écartant de la moyenne, pour l'année de mesure 2016, cela concernait quatre sites hospitaliers. Trois s'en écartent négativement au sens clinique et un positivement. Ainsi, trois hôpitaux affichent des taux de chutes significativement supérieurs et un site hospitalier des taux significativement inférieurs. Les causes peuvent être liées au hasard ou à des évolutions particulières dans les différents hôpitaux. L'on ne peut en déduire des modifications systématiques.

En ce qui concerne les variables prédictives des risques, les données de 2016 ne peuvent que partiellement être comparées à celles des années précédentes, car différentes variables ont été supprimées en raison de la réduction du questionnaire ; concernant les chutes, il s'agit notamment de la dépendance à l'aide dans la vie quotidienne (ADL/HDL).

En outre, les groupes de diagnostics ont également été analysés sous une forme quelque peu différente correspondant désormais de manière stricte au catalogue CIM-10 actuel, même pour l'indicateur chutes à l'hôpital. Au cours des années précédentes, différents diagnostics ont été extraits des groupes et représentés à part, notamment la démence, qui fait partie du groupe de diagnostics CIM troubles mentaux et du comportement. Pour cette raison, l'éventail des caractéristiques pertinentes pour l'ajustement dans cette mesure ne peut être comparé que dans une certaine mesure avec les analyses des années précédentes. Comme il a déjà été évoqué pour l'indicateur escarres, cette modification n'a que des conséquences minimales sur les résultats relatifs à l'hôpital.

5.3.4. Indicateurs de processus et de structure

Pour les indicateurs des processus, les aspects concernant la documentation du risque, l'évaluation du risque de chute ainsi que les interventions de prévention sont discutés ci-après.

- *Documentation du risque et de l'évaluation de la chute* : Pour deux tiers des participants, le risque de chute a été recueilli et documenté. Cependant, cela signifie également que pour un bon tiers des patient-e-s à risque (chute dans l'anamnèse), la documentation de l'évaluation du risque est manquante. Pour les personnes ayant chuté à l'hôpital, nettement plus d'évaluations du risque ont été réalisées, bien qu'il manque ici une évaluation du risque pour un bon cinquième des personnes concernées. L'on peut dès lors se demander si trop peu d'interventions de prévention sont introduites ou si elles sont mises en œuvre de manière trop tardive dans le cas des personnes ayant chuté à l'hôpital. Si le risque n'est pas recueilli dans la documentation des soins, le danger est que le personnel soignant ne prête pas non plus systématiquement attention au risque dans le cadre du processus de soins.

Comme la qualité diagnostique (sensibilité, spécificité) des instruments d'évaluation du risque disponibles reste toujours modérée dans le milieu hospitalier (Hou, et al., 2017; Latt, et al., 2016), l'anamnèse clinique pour la clarification des antécédents d'événements de chute reste considérée comme la mesure la plus efficace dans l'identification précoce des patient-e-s à risque (Agency for Healthcare Research and Quality's (AHRQ), 2013; Latt, et al., 2016; Tiedemann et al., 2013; Zhao & Kim, 2015). 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) il a pu être confirmé dans le cadre du suivi sur cinq ans que ces personnes présentaient un risque plus élevé d'événement de chute avec des conséquences de chutes (Pohl, Nordin, Lundquist, Bergstrom, & Lundin-Olsson, 2014).

En relation avec les résultats d'évaluation du risque, il existe ici un potentiel considérable d'amélioration de la qualité qui consisterait en l'identification précoce des patient-e-s à risque et en l'introduction anticipée de mesures de prévention correspondantes, donc déjà avant un événement de chute à l'hôpital.

- *L'évaluation des interventions de prévention des chutes* montre que pour près de trois quarts de tous les participants avec ou sans événement de chute, des interventions de prévention des chutes ont également été mises en œuvre. Cela n'est guère étonnant, étant donné que certaines interventions sont mises en place de manière routinière pour assurer la sécurité des patient-e-s (par exemple de bonnes chaussures, un environnement sûr, etc.). Ces interventions ne peuvent par conséquent pas être interprétées comme indiquant un excès ou un manque au niveau de la prise en charge.
- Le nombre presque deux fois supérieur d'interventions chez les personnes ayant chutées pourrait indiquer que l'événement de chute a déclenché un processus de sensibilisation. Cette augmentation est renforcée par la constatation que les personnes ayant fait une chute à l'hôpital bénéficient de nettement plus d'interventions que les patient-e-s à risque. Toutefois, l'écart dans le nombre d'interventions (entre 2 et 8) chez les personnes ayant fait une chute à l'hôpital est relativement grand. L'on note aussi une grande variabilité des interventions utilisées au sein des types d'hôpitaux. En outre, certaines interventions font partie de la routine quotidienne mise en place pour la sécurité des patients, et l'approche multi-interventions pour la prévention des chutes est reconnue comme « meilleure pratique » (Cameron et al., 2010; Hempel et al., 2013; Miake-Lye, Hempel, Ganz, & Shekelle, 2013). Ainsi, l'écart et la variabilité en matière d'interventions de prévention des chutes pourraient être interprétés comme indiquant une possible déficience en matière de prise en charge dans le domaine de la prévention des chutes.

Pour les indicateurs de structure au niveau de l'hôpital ainsi qu'au niveau des unités de soins, les observations suivantes figurent au premier plan :

- L'augmentation légère, constante du degré de réalisation de plusieurs indicateurs de structure de 20 à 40 % depuis le cycle de mesure de 2014 peut être considérée comme une indication de la mise en œuvre des mesures de développement de la qualité relatives à l'indicateur chutes dans les hôpitaux. Des indicateurs de processus tels que la mise en œuvre d'une directive de prévention des chutes ont fait leurs preuves en tant que variable prédictive pour la réduction du taux de chutes (Aydin, Donaldson, Aronow, Fridman, & Brown, 2015). Cependant, les degrés de réalisation des différents indicateurs, qu'ils soient au niveau de l'hôpital ou, pour certains indicateurs de structure, au niveau de l'unité de soins (surveillance systématique de l'application du standard, colloques multidisciplinaires : patient-e à risque, cours de remise à jour) demeurent toujours légèrement inférieurs en comparaison de l'indicateur escarres. L'indicateur cours de remise à jour recueilli pour la première fois au cours de l'année de mesure 2016 au niveau de l'unité de soins indique un degré de réalisation assez bas. Celui-ci pourrait représenter un point d'approche important pour des mesures d'amélioration.

En conclusion, on peut constater que certains résultats descriptifs indiquent que les hôpitaux ont introduit des mesures de développement dans le domaine de l'indicateur chutes. Pour l'instant, ils semblent se répercuter davantage encore au niveau de la structure qu'au niveau des processus et des résultats. Pour le développement des mesures d'amélioration de la qualité, il est recommandé de prioriser l'identification des patient-e-s à risque, le développement de l'approche à multi-interventions de la prévention des chutes et des blessures, l'éducation du/de la patient-e et la formation des collaborateur-trice-s.

6. Discussion relative à la mesure globale

6.1. Participation à la mesure

195 sites hospitaliers (29 groupes hospitaliers et 114 hôpitaux) provenant de tous les cantons ont participé à la mesure. Le taux de participation correspond ainsi à 100 % des hôpitaux inscrits à la mesure ainsi qu'à 96,0 % des hôpitaux suisses de soins aigus rattachés au contrat de qualité national de l'ANQ. L'engagement à réaliser la mesure à travers un contrat de qualité national conduit à cette forte participation. Les unités de soins participantes sont représentatives des hôpitaux de soins aigus de la Suisse.

La taille de l'échantillon de la mesure de la prévalence est restée relativement constante au cours des trois dernières années de mesure. Le taux de participation de 76,4 % est aussi demeuré constant, c'est-à-dire identique à la mesure de 2015 ainsi que 0,5 points de pourcentage supérieur à celui de la mesure de 2014. Cependant, cette participation reste toujours inférieure au taux visé de 80 % pour améliorer encore l'impact de la mesure, et ceci, en dépit des mesures introduites telles que l'intégration de la thématique dans la formation, des listes de contrôle relatives à l'information pour les patient-e-s ainsi que le consentement oral le jour de la mesure.

Si l'on considère de plus près les causes de non-participation, il est réjouissant de constater que la part des patient-e-s qui refuse la participation diminue (baisse de 4,5 points de pourcentage depuis 2014). Le plus grand potentiel d'augmentation du taux de participation se situera toujours dans ce domaine. Parmi les autres causes importantes de non-participation, sur lesquelles il est toutefois difficilement possible d'intervenir, l'on compte, comme au cours des années précédentes, les troubles cognitifs ou l'absence du/de la patient-e au moment de la collecte de données (par exemple en raison d'une opération). Le questionnaire de 2016 a permis d'enregistrer pour la première fois le nombre de patient-e-s ne pouvant pas participer à la mesure en raison de connaissances linguistiques insuffisantes. L'on a constaté que cela concernait environ un non-participant sur dix. Une conséquence positive du développement du questionnaire est qu'il a permis de réduire d'environ 4 points de pourcentage la part de personnes qui ne pouvaient pas participer à la mesure pour d'autres raisons (non différenciées).

Dans la comparaison internationale avec d'autres pays participants à la mesure LPZ, le taux de participation est semblable à celui de l'Autriche (en moyenne 75 % de consentements écrits) (Lohrmann, 2013, 2014, 2015), et nettement inférieur à celui des Pays-Bas (consentement oral le jour de la mesure) avec un taux moyen de participation de 99 % (Halfens, et al., 2015; Halfens, et al., 2014; Halfens, et al., 2013). Il faut cependant noter que, comparé à la Suisse, un nombre nettement plus petit d'hôpitaux a participé volontairement à la mesure en Autriche (en moyenne 50 hôpitaux) et aux Pays-Bas (en moyenne 17 hôpitaux) par rapport à la population totale de ces pays. Ni le questionnaire d'évaluation de la mesure de 2016, ni d'autres retours divers ne sont en mesure d'apporter des indications claires qui contribueraient à expliquer le taux de participation.

6.2. Population

Dans ce chapitre, la population analysée dans le contexte des valeurs comparatives nationales et internationales est discutée.

Le tableau 17 donne un aperçu de certaines caractéristiques des patient-e-s participant-e-s à la mesure de 2016 pour lesquelles des valeurs comparatives nationales et internationales sont disponibles.

Tableau 17 : les caractéristiques des patient-e-s dans la comparaison nationale et internationale

		Mesure de la prévalence 2016	OFS 2015	Autriche, LPZ 2015	Pays-Bas, LPZ 2015
Âge (en ans)	VM	67	---	65	69
Nombre des jours depuis l'admission	VM	7.4*	8.2/7.3	---	---
Échelle de la dépendance aux soins (EDS)***	VM	65.4	---	66.3	---
EDS - Indépendance complète	(%)	54.5	---	63.9	60.1
EDS - Indépendance prépondérante	(%)	24.1	---	16.6	18.4
EDS - Dépendance partielle	(%)	13.1	---	9.6	11.1
EDS - Dépendance prépondérante	(%)	5.8	---	6.5	6.6
EDS - Dépendance complète	(%)	2.5	---	3.4	3.7
Nombre des groupes de diagnostics CIM par patient-e **	VM	3.2	---	---	2.2

* Chiffre basé sur la valeur calculée dans le rapport (à l'exclusion de la gynécologie et l'obstétrique, la pédiatrie, la psychiatrie, la psychothérapie et la gériatrie).

** Depuis l'introduction de la méthode LPZ 2.0 en 2016, les diagnostics individuels sont comptabilisés dans le groupe de diagnostics CIM correspondant

*** Score total EDS (15-75 points) : dépendance complète (15-24), dépendance prépondérante (25-44), dépendance partielle (45-59), indépendance prépondérante (60-69), indépendance complète (70-75).

Le tableau 17 montre que les résultats relatifs à la durée d'hospitalisation de la mesure de la prévalence de 2016 sont semblables à ceux trouvés dans les statistiques médicales des hôpitaux de 2015 de l'OFS (2017). Il faut toutefois noter que dans la mesure, la durée d'hospitalisation est recueillie jusqu'au jour de la récolte des données, ce qui n'est pas le cas dans les données de l'OFS (2017), qui rapporte la durée totale d'hospitalisation de l'admission à la sortie. La durée d'hospitalisation moyenne jusqu'au moment de la mesure de 7,4 jours est un peu inférieure à la durée d'hospitalisation publiée par l'OFS (2017), qui est de 8,2 jours. Cependant, si des groupes de patients comme ceux de pédiatrie sont exclus des données de l'OFS, la durée d'hospitalisation est également inférieure et s'élève à 7,3 jours.

En comparaison des données internationales de LPZ pour le Pays-Bas et l'Autriche, les chiffres de l'âge et de la dépendance aux soins ne présentent que des écarts minimes les uns par rapport aux autres. Ainsi, la part en pourcentage des participants au moins partiellement dépendants aux soins, par exemple, se situe dans une plage comprise entre 19,5 % et 21,4 % pour les trois pays. Il est intéressant de noter que les participants de Suisse affichent un groupe de diagnostics CIM supplémentaire au

total par rapport aux Pays-Bas. Il est possible que cela soit lié au faible nombre de participant-e-s par comparaison dans le domaine des soins aigus aux Pays-Bas.

Le tableau 18 donne un aperçu des groupes de diagnostics CIM les plus fréquents dans la comparaison nationale et internationale.

Tableau 18 : les groupes de diagnostics CIM les plus fréquents dans la comparaison nationale et internationale

Valeurs comparatives	CIM groupe de diagnostic	
Mesure de la prévalence 2016	1. Maladies de l'appareil circulatoire	(54.1%)
	2. Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	(41.2%)
	3. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métab.	(32.4%)
	4. Maladies de l'appareil génito-urinaire	(30.4%)
Statistique médicale des hôpitaux 2015 (OFS)	1. Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	(18.2%)
	2. Lésions traumatiques et autres conséquences de causes externes	(12.5%)
	3. Maladies de l'appareil circulatoire	(11.3%)
	4. Maladies de l'appareil digestif	(11.0%)
Autriche, LPZ	1. Maladies de l'appareil circulatoire	(46.1%)
	2. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métab.	(29.3%)
	3. Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	(24.7%)
	4. Maladies de l'appareil respiratoire	(19.9%)
Pays-Bas, LPZ	1. Maladies de l'appareil circulatoire	(60.7%)
	2. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métab.	(27.4%)
	3. Maladies de l'appareil respiratoire	(27.4%)
	4. Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	(18.8%)

Dans cette mesure, les groupes de diagnostics CIM les plus fréquents sont les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies ostéo-articulaires, des muscles et tissu conjonctif, les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques ainsi que les maladies de l'appareil génito-urinaire. Comme le montre le tableau 18, trois des quatre groupes de diagnostics CIM mentionnés figurent également parmi les quatre plus fréquents en Autriche (Lohrmann, 2015) et aux Pays-Bas (Halfens, et al., 2015). De plus grands écarts sont constatés dans la comparaison avec la statistique de l'OFS (2017) de 2015 portant sur les cas les plus fréquents dans les hôpitaux. Cependant, dans cette statistique, seul le diagnostic principal par patient-e a été pris en compte dans l'évaluation, et non les diagnostics multiples.

6.3. Indicateurs de qualité sensibles des soins et développement de la qualité

Même si les résultats ajustés au risque au niveau de l'hôpital restent homogènes, il est possible de constater, dans la rétrospective des six dernières mesures nationales de la prévalence, que les taux de prévalence dans tous les types d'hôpitaux sont stables (escarres) ou affichent une légère tendance à la baisse dans les résultats descriptifs, même si cela n'est pas significatif d'un point de vue statistique. Pour des raisons méthodologiques, il n'est pas possible de prouver ici de relation causale avec les développements dans le domaine des indicateurs des structures et des processus. Néanmoins, on constate que le taux de prévalence de l'indicateur, qui est plutôt bas dans la comparaison internationale, présente également un degré de réalisation supérieur au niveau des indicateurs des structures et des processus. Concernant l'indicateur chutes, qui présente en Suisse des taux de prévalence supérieurs en comparaison internationale, l'on a pu observer au cours des six mesures des développements plutôt timides en ce sens qui se reflètent dans les données des deux dernières années de mesure.

6.3.1. Escarres nosocomiales

Concernant l'indicateur escarres, il est réjouissant de noter que les taux de prévalence nosocomiale en Suisse se montrent plutôt stables au niveau national et se situent dans le tiers inférieur des valeurs de référence internationales.

Il existe pourtant un potentiel pour d'autres améliorations. Il pourrait s'avérer nécessaire de développer le domaine de l'éducation du/de la patient-e. Dans les résultats spécifiques aux unités de soins, l'on remarque que les soins intensifs présentent des taux en hausse dans le domaine de prévalence des escarres. Ces valeurs élevées de prévalence ont sans doute contribué au fait que le nombre de publications sur la réduction des escarres dans les soins intensifs a fortement augmenté. Ainsi des facteurs de risque spécifiques au milieu clinique ont été déterminés et des programmes spécifiques d'amélioration de la qualité ont été développés (Tayyib & Coyer, 2016, 2017; Tayyib, et al., 2016). Ceux-ci combinent avec succès et de manière durable les approches multi-interventions (appelées « care bundles ») spécifiques au milieu clinique avec des interventions de développement de la qualité comme les procédures d'audit, le coaching clinique, l'évaluation par les pairs ainsi que le feedback sur les résultats ou le benchmarking interne (Elliott, McKinley, & Fox, 2008; Kelleher, Moorer, & Makic, 2012; Sving, Högman, Mamhidir, & Gunningberg, 2014; Tayyib, et al., 2016).

En dépit du consensus admettant que toutes les escarres ne sont pas évitables (Black et al., 2011), des analyses de coût montrent que des programmes de prévention efficaces restent toujours plus économiques que le financement des soins consécutifs (Demarré et al., 2015; Mathiesen, Nørgaard, Andersen, Møller, & Ehlers, 2013). Il serait donc possible de favoriser d'autres améliorations au niveau du processus en recourant à des mesures de prévention en position assise et en développant des mesures d'éducation du/de la patient-e ainsi que de formation des collaborateur-trice-s (voir également 6.3.3).

6.3.2. Chutes à l'hôpital

En ce qui concerne les chutes survenues à l'hôpital (mesures 2011 – 2016), la situation reste différente de la situation présentée par l'indicateur escarres. Les résultats ajustés au risque pour l'indicateur chutes restent toujours très homogènes entre les hôpitaux suisses. Cependant, les taux des chutes à l'hôpital au niveau national sont trop élevés en comparaison internationale.

Comme il a été constaté dans le chapitre 5.3.4, les mesures d'amélioration introduites dans certains hôpitaux semblent se répercuter en premier lieu plutôt sur le niveau de la structure que sur le celui des processus et des résultats.

Des indicateurs de structure et de processus tels que la mise en œuvre d'une directive de prévention des chutes ont fait leurs preuves en tant que variables prédictives pour la réduction du taux de chutes (Aydin, Donaldson, Aronow, et al., 2015). Les bilans systématiques actuels renvoient à l'efficacité de l'approche multi-interventions (les « care bundles ») dans la prévention des chutes en milieu hospitalier (Cameron, et al., 2010; Miake-Lye, et al., 2013) ; ce type d'approche a par ailleurs été développé et mis en œuvre dans le cadre de l'amélioration de la qualité dans le domaine de la prévention des chutes :

- Un programme de mesures (analyse des causes des événements de chute, adaptations des directives, feedback sur les résultats, implication de la gestion de soins infirmiers) mis en place sur quatre ans dans deux unités de soins médico-chirurgicales mixtes a 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).

- Aux États-Unis, une communauté de coopération de 38 hôpitaux placée sous la direction du ministère de la santé a réussi récemment à réduire fortement les blessures causées par les chutes par le biais de formations de prévention des chutes et des blessures, du coaching et du monitoring, et de programmes de prévention des chutes spécifiques à l'unité de soins (Gray-Miceli, Mazza, & Crane, 2017).

Dans les publications, une chute dans l'anamnèse est toujours considérée comme une variable prédictive importante pour d'autres événements de chute (Frank & Schwendimann, 2008; Tiedemann, et al., 2013; Zhao & Kim, 2015). On constate ici une approche centralisée en matière de mesures d'amélioration, en particulier si l'on tient compte du fait que dans cette mesure, aucune évaluation du risque n'était documentée pour un tiers des personnes concernées ayant fait une chute à l'hôpital. Miake-Lye, et al. (2013) et Zhao et Kim (2015) attribuent aux infirmier-ère-s la tâche d'identifier les personnes présentant un risque de chuter, c'est-à-dire de reconnaître les facteurs de risque importants (trouble cognitif, mobilité réduite, longue durée d'hospitalisation et chutes dans l'anamnèse ainsi que facteurs environnementaux), et d'introduire les mesures préventives adéquates. En Suisse également, l'évaluation du risque fait clairement partie du domaine de compétence des infirmier-ère-s.

6.3.3. Stratégie de développement de la qualité

Compte tenu de l'opposition entre l'homogénéité des résultats ajustés au risque dans la comparaison des hôpitaux d'une part, et des différences concernant les indicateurs des processus et des structures utilisés d'autre part, la question se pose de savoir à quel point l'évaluation du risque ainsi que les interventions de prévention et de traitement sont effectives et efficaces en ce qui concerne l'indicateur respectif.

Depuis quelques années, l'on étudie dans quelle mesure les indicateurs de processus contribuent à l'explication de la variabilité des résultats au niveau de l'organisation. Certains facteurs contextuels peuvent rendre l'analyse difficile. Ainsi, les taux de prévalence des escarres ne peuvent pas toujours être considérés de manière linéaire, car les escarres ne peuvent pas toujours être évitées selon le profil de risque des patient-e-s (van Dishoeck, Looman, Steyerberg, Halfens, & Mackenbach, 2016). En outre, le manque de constance dans l'utilisation ou la documentation des indicateurs de processus (évaluation du risque, prévention) dans la pratique clinique rend l'interprétation des résultats difficile (Moore, Johansen, & van Etten, 2013; van Dishoeck, et al., 2016; Van Gaal et al., 2014).

En tenant compte de ces facteurs, Bredesen, et al. (2015) ont constaté que la variation de la prévalence des escarres dépend plus du niveau des patient-e-s et partiellement du niveau de l'unité de soins que du niveau de l'hôpital. Une étude « cas-témoin » (van Dishoeck, et al., 2016) tend également à montrer de manière significative qu'il y a une relation entre la qualité des interventions de prévention et la manifestation de lésions cutanées nosocomiales en hôpital de soins aigus, étant donné que des taux de prévalence supérieurs ont pu être reliés à une variabilité supérieure dans la qualité des soins (van Dishoeck, et al., 2016).

D'autres études, reposant parfois sur de très gros échantillons et des mesures répétées, identifient de plus en plus souvent aux côtés des thèmes spécifiques à la spécialité des facteurs systémiques qui influencent les résultats de la qualité au niveau de l'organisation et de l'unité de soins. Ci-après quelques exemples à ce sujet :

- Dans les récoltes de données de la CALNOC aux États-Unis (données de 798 unités médico-chirurgicales dans 215 hôpitaux), les aspects de la charge de travail et de l'expertise sont identifiés comme variables prédictives influençant les résultats (Aydin, Donaldson, Stotts, Fridman, & Brown, 2015).

- Padula et al. (2015) ont analysé l'efficacité des interventions de qualité (notamment la réduction des escarres des catégories 3 et 4) dans une analyse chronologique comparant les hôpitaux (5 ans, 55 hôpitaux), les initiatives de leadership ayant été identifiées en tant que facteur de réussite, notamment dans la phase de mise en œuvre.
- Hommel, Gunningberg, Idvall et Baath (2017) ont identifié des facteurs de réussite de réduction de la prévalence des escarres dans des entretiens avec des groupes cibles (6 hôpitaux, 39 spécialistes). En plus du leadership, les stratégies de sensibilisation (feedback sur les données, mesures d'amélioration, disponibilité du matériel de prévention, etc.) et les améliorations au niveau des patient-e-s ainsi que les stratégies d'intervention centrées sur les patient-e-s ont été mis en exergue.
- Dans le cadre du projet PURPOSE, des facteurs ont été identifiés au niveau des patient-e-s et de l'organisation. La douleur y est à considérer comme variable prédictive du développement d'une escarre de catégorie 2 et supérieur. De plus, le développement d'une escarre grave est influencé par la manière dont le personnel soignant réagit face à ce qu'expriment les patient-e-s. En d'autres termes, à l'aptitude à identifier les situations de risque ou les escarres déjà existantes. Une coordination inefficace des prestations était également un facteur pouvant influencer négativement le développement d'escarres (Nixon et al., 2015).

Actuellement, les publications relatives au développement de la qualité des indicateurs de cette mesure soulignent de plus en plus l'importance de la participation et de l'orientation des patient-e-s. Les aspects de la participation des patient-e-s sont explicitement intégrés dans des interventions de soins interactives. Celles-ci englobent par exemple l'intégration active lors de la prévention des escarres, le matériel d'éducation (poster, vidéo, DVD, slogans etc.) étant étudié dans un échange commun (Roberts et al., 2017). Cette nouvelle orientation a été très bien accueillie aussi bien par le personnel soignant que par les patient-e-s (Roberts, et al., 2017). En ce qui concerne l'indicateur chutes, l'on observe que des stratégies similaires, orientées sur la participation des patients et des proches, sont également intégrées et appliquées. Ainsi, par exemple, le personnel soignant utilise des vidéos d'instruction dans le cadre d'une éducation individualisée du/de la patient-e ou d'une planification d'intervention (Opsahl et al., 2016).

6.4. Points forts et limites

Les points forts et les limites de cette mesure comprennent les thèmes de la qualité des données, la méthode clinique de récolte des données, la comparaison des hôpitaux conformément à la typologie des hôpitaux de l'OFS, la comparaison à long terme des indicateurs de résultats ainsi que l'ajustement au risque. Ces thèmes ne sont que brièvement décrits ici et sont exposés en détail dans le concept d'évaluation de la mesure de la prévalence (Vangelooven, et al., 2017).

La qualité des données est influencée positivement par des instruments de mesure comparables sur le plan international, la participation active de la BFH au processus de développement de la méthode LPZ 2.0 (prise en compte des particularités spécifiques au contexte) ainsi que la routine croissante dans la récolte de données. A cela s'ajoute des mesures de soutien comme le manuel de la mesure Suisse, le helpdesk téléphonique ainsi que les formations des coordinateur-trice-s d'hôpital. La nouvelle méthode de récolte de données LPZ 2.0 s'est révélée adéquate et fonctionnelle, les moyens auxiliaires techniques (questionnaire en ligne, importation automatique de données de routine, etc.) notamment ayant contribué à l'amélioration de la qualité des données.

La récolte de données cliniques auprès du/de la patient-e par des infirmier-ère-s formé-e-s apporte des résultats plus fiables que les données reposant sur les indications figurant dans le dossier patient ou les données de routine, et leur est donc préférable (Backman, Vanderloo, Miller, Freeman, & Forster, 2016; Meddings, Reichert, Hofer, & McMahon, 2013; Van Gaal, et al., 2014; Viana et al., 2011). L'institut national d'analyse peut difficilement vérifier si la collecte de données a été réalisée selon les

directives en matière de méthodologie du manuel de mesure (par exemple l'évaluation clinique auprès du/de la patient-e). La récolte des données repose ainsi dans une certaine mesure sur une auto-déclaration qui ne permet pas d'écarter le risque d'imprécision dans la récolte de données elles-mêmes.

La cohérence des résultats des indicateurs de résultats ainsi que les résultats du questionnaire d'évaluation concernant la compréhensibilité et l'intérêt des indicateurs des résultats montrent que l'on peut considérer qu'il sera toujours possible d'effectuer sur le long terme des comparaisons fiables des indicateurs des résultats, et ce malgré la révision de la méthode.

L'utilisation des types d'hôpitaux conformément à la typologie des hôpitaux de l'OFS (2006) peut rendre le benchmarking externe difficile, notamment pour les groupes hospitaliers dont le mandat de prestation est varié.

En conclusion, l'on peut constater, pour la comparaison ajustée au risque, que les résultats des escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur, de catégorie 2 et supérieur ainsi que des chutes à l'hôpital affichent une homogénéité considérable, comme lors des années précédentes. Plusieurs causes peuvent en être à l'origine. La méthode de modélisation hiérarchique choisie tend vers des résultats « conservateurs », de telle sorte que peu d'écarts statistiques sont à attendre en raison de l'ajustement global. Une autre explication pourrait résider dans le faible nombre de cas dans chaque hôpital. 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 et les autres hôpitaux pour les escarres, les hôpitaux qui s'écartent négativement au sens clinique présentent non seulement en règle générale les taux de prévalence non ajustés les plus élevés, mais également de loin le plus grand nombre de cas. Cette association des taux de prévalence et du nombre de cas conduit vraisemblablement à un écart statistique. Avec cette méthode, les petits hôpitaux n'ont ainsi pratiquement aucune chance de présenter des valeurs statistiques aberrantes. D'un côté, cela peut être vu comme un inconvénient, de l'autre, cela peut toutefois être considéré comme une protection pour les plus petits hôpitaux. Les plus petits hôpitaux présentent un risque nettement plus grand d'afficher des taux de prévalence accidentellement élevés le jour fixé pour la collecte (Krumholz et al., 2006). Si cette situation n'est pas prise en compte, la comparabilité est considérablement limitée.

Il a été confirmé par une étude norvégienne comparable à notre procédure que ce procédé peut conduire à réduire le nombre des hôpitaux « hors norme ». Lors d'une comparaison des taux de prévalence des escarres de 84 unités de soins, la variation entre les unités de soins a intégralement disparu après avoir ajouté les caractéristiques des patient-e-s (Bredesen, et al., 2015). Il faut toutefois prendre en compte que le nombre de cas était nettement inférieur que lors de cette mesure nationale. En dépit de ces problèmes de méthode, le procédé de la modélisation hiérarchique ou à multiples niveaux utilisé ici s'est imposé à l'échelle internationale au cours des dernières années comme procédé de pointe de comparaison des hôpitaux (Morton, Mengersen, Playford, & Whitby, 2013; Normand et al., 2016). Il est cependant impératif de procéder à un ajustement préalable des différents niveaux pour assurer une comparaison équitable.

Concernant l'ajustement au risque des chutes à l'hôpital deux limites sont à prendre en compte : sur la base de l'évaluation de la méthode d'ajustement au risque, les caractéristiques sédentaires et chutes dans l'anamnèse (fall history) ont été ajoutés à la récolte des données (Richter, Vangeloven, & Hahn, 2015) ; elles ont toutefois exclusivement été recueillies chez les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital. Ainsi, cette information n'était pas disponible pour tous/toutes les participant-e-s et ne pouvait donc pas être prise en compte dans l'ajustement au risque. En outre, tous/toutes les participant-e-s ayant chuté à l'hôpital ont été automatiquement classés en tant que patient-e-s à risque en raison de la logique du questionnaire. Ainsi, 100 % des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital présentaient un risque de chute. Cela a eu pour conséquence que la variable dans l'analyse multivariée a entraîné une rupture



complète du modèle de régression et a donc été exclue de l'analyse. Cela est d'autant plus regrettable que la chute dans l'anamnèse représente une des variables prédictives les plus fortes pour les chutes conformément à la littérature de recherche actuelle (Deandrea, et al., 2013; Evans, et al., 2001; Oliver, et al., 2004).

7. Conclusions et recommandations concernant la mesure globale

7.1. Participation à la mesure et population

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. Il est possible que la rédaction de l'information à destination des patient-e-s et des proches dans les principales langues migratoires puisse contribuer à l'augmentation de la participation à la mesure de personnes parlant une langue étrangère. En outre, une politique d'information publique plus dynamique pourrait s'avérer utile dans ce contexte afin d'informer les patient-e-s ainsi que leurs représentant-e-s de l'importance de la mesure et de les motiver à y participer.

7.2. Recommandations relatives aux indicateurs des résultats sensibles des soins et au développement de la qualité

Étant donné les taux de chutes trop élevés sur six ans en comparaison internationale, les interventions doivent être traitées comme une priorité dans ce domaine pour le processus de développement de la qualité des hôpitaux suisses. De plus, il conviendrait de s'assurer que les indicateurs existants au niveau de la structure (tels que la directive, les groupes multidisciplinaires spécialisés) sont mis en œuvre durablement au niveau des processus.

Pour garantir la réussite de la mise en œuvre d'un programme d'intervention contre les chutes, il faudrait également incorporer la culture de l'organisation (leadership, culture de la sécurité, communication, niveau du personnel et des patient-e-s) (Gonella, Basso, & Scaffidi, 2014; Miake-Lye, et al., 2013). L'aspect de la participation des patient-e-s doit aussi faire l'objet d'une intégration active.

Même si les données de la mesure nationale de la prévalence sont recueillies en premier lieu pour permettre les comparaisons au niveau de l'hôpital, l'on observe pour les deux indicateurs de plus en plus de publications traitant des interventions de qualité, lesquelles se concentrent avec succès sur la mise en œuvre d'interventions multiples (appelées « care bundles ») au niveau de l'unité de soins (niveau micro). Ce procédé semble particulièrement approprié pour influencer efficacement la prévention des événements de chute, qui se présente comme multifactorielle et se produisant dans un contexte global. L'approche systémique des interventions d'amélioration complexes combinée à des modifications à un micro niveau semble être très bien accueillie en raison de la faisabilité, du transfert des connaissances, des effets de sensibilisation ainsi que de la communication sur les améliorations dans la pratique (Gray-Miceli, et al., 2017; Roberts et al., 2016).

Les nouvelles approches abordées dans les études d'amélioration de la qualité combinent la mise en œuvre d'interventions multiples spécifiques à l'indicateur avec des mesures d'accompagnement, tout en intégrant activement les spécialistes au processus d'amélioration dans la pratique. À cet effet, des approches telles que le coaching, les procédures d'audit, l'accompagnement pratique au chevet, la désignation de responsables thématiques parmi le personnel soignant, la formation continue ciblée, l'intégration dans le cycle PDCA (comme la collaboration lors d'audits, la communication de données, le feedback, etc.) peuvent convenir.

7.3. Recommandations quant à la méthodologie

En raison des limites relatives à l'indicateur chutes à l'hôpital identifiées dans l'ajustement au risque, les deux adaptations méthodologiques suivantes sont recommandées pour le développement du questionnaire LPZ 2.0 :

- La question de la prise de médicaments sédatifs ou influençant le comportement doit dorénavant être recueillie auprès de tous/toutes les participant-e-s pour que cette variable soit prise en compte dans l'ajustement au risque.
- Sur le plan de la méthode, le questionnaire doit être adapté pour que les variables chute à l'hôpital et chute dans l'anamnèse fassent l'objet de questions bien distinctes. En outre, la logique du questionnaire doit être adaptée pour que la réponse à la question relative au risque du chute (anamnèse) soit donnée de manière indépendante à l'indication d'une chute dans l'hôpital de séjour du/de la patient-e au cours des 30 derniers jours. L'association automatique des deux questions doit être supprimée.

D'après les recommandations trouvées dans la littérature internationale, en plus des taux de chutes, les taux de blessures en milieu hospitalier devraient aussi être publiés (AHRQ, 2013; Currie, 2008; Quigley, et al., 2007), car ils permettent par exemple une évaluation différenciée du déroulement dans le cadre de programmes d'amélioration de la qualité. La diminution du taux de chutes, mais aussi la réduction des blessures graves, donne des indications à propos de la qualité de l'indicateur chutes. En ce sens, il est recommandé de vérifier dans quelle mesure la publication des taux de chutes à l'hôpital doit être complétée de celle des taux de blessures, que ce soit dans le rapport national ou sur le portail de données LPZ 2.0 spécifique à l'institution.

Concernant l'auto-déclaration dans le cadre de la récolte des données dans les hôpitaux, il est recommandé de vérifier dans quelle mesure il est judicieux et possible de développer une procédure d'audit afin d'évaluer le respect de la méthode LPZ 2.0.

7.4. Recommandations relatives à la mesure de la prévalence

Cette mesure nationale de la prévalence permet une comparaison concrète de l'état théorique/réel avec le niveau de qualité défini en interne, permettant d'acquérir des indications importantes pour la priorisation des processus internes de développement de la qualité. En outre, les hôpitaux ont 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 au niveau du processus. Les résultats de cette mesure peuvent également être utilisés dans les hôpitaux pour le benchmarking interne et externe ainsi que pour établir des rapports sur la qualité.

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 de prévention gagnent du poids (Power et al., 2014; Stotts, et al., 2013; VanGilder, et al., 2017) ou se maintiennent. L'on peut observer des optimisations au niveau de la structure et du processus dans la pratique clinique (Beal & Smith, 2016; Gunningberg, Donaldson, Aydin, & Idvall, 2011; McBride & Richardson, 2015).

Au vu de la fluctuation des taux de prévalence nosocomiale dans les années 2011 – 2016, en particulier au sein des types d'hôpitaux et pour l'indicateur des résultats des chutes à l'hôpital, il serait recommandé de continuer à effectuer les mesures régulièrement à l'avenir. Les effets positifs avérés des mesures récurrentes chaque année sur le développement de la qualité contribuent à une sensibilisation durable envers l'indicateur en milieu clinique.

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 » (OFSP, 2013). 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.

Bibliographie

- Agency for Healthcare Research and Quality's (AHRQ). (2013, Content last reviewed January 2013). 5. How do you measure fall rates and fall prevention practices? Retrieved 01.05.2017, 2017, from <https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/fallpxtoolkit/fallpxtk5.html>
- Amir, Y., Lohrmann, C., Halfens, R. J., & Schols, J. M. (2017). Pressure ulcers in four Indonesian hospitals: Prevalence, patient characteristics, ulcer characteristics, prevention and treatment. *International wound journal*, *14*(1), 184–193.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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. *Journal of evaluation in clinical practice*, *20*(1), 58-65.
- Backman, C., Vanderloo, S. E., Miller, T. B., Freeman, L., & Forster, A. J. (2016). Comparing physical assessment with administrative data for detecting pressure ulcers in a large Canadian academic health sciences centre. *BMJ Open*, *6*(10), e012490.
- Beal, M. E., & Smith, K. (2016). Inpatient Pressure Ulcer Prevalence in an Acute Care Hospital Using Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *13*(2), 112–117.
- Bernardes, R. M., & Caliri, M. H. L. (2016). Pressure ulcer prevalence in emergency hospitals: a cross-sectional study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, *15*(2), 236-244.
- Bernet, N., Vangeloooven, C., Richter, D., Gugler, E., Schlunegger, M., Thomann, S., . . . Baumgartner, A. (2017). Mesure nationale de la prévalence Escarres enfants - Rapport comparatif national Mesure 2016. 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.
- 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. [Consensus Development Conference, Practice Guideline]. *Ostomy/wound management*, *57*(2), 24-37.
- Bours, G. J., Halfens, R. J. G., Lubbers, M., & Haalboom, J. R. (1999). The development of a national registration form to measure the prevalence of pressure ulcers in the Netherlands. *Ostomy/wound management*, *45*(11), 28-33, 36-28, 40.
- Bredesen, I. M., Bjoro, K., Gunningberg, L., & Hofoss, D. (2015). The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, *52*(1), 149-156.
- 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.
- Burston, S., Chaboyer, W., & Gillespie, B. (2014). Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: a review and discussion of issues. *Journal of clinical nursing*, *23*(13-14), 1785-1795.

- 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).
- 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.
- Deandrea, S., Bravi, F., Turati, F., Lucenteforte, E., La Vecchia, C., & Negri, E. (2013). Risk factors for falls in older people in nursing homes and hospitals. A systematic review and meta-analysis. *Archives of gerontology and geriatrics*, *56*(3), 407-415.
- 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.
- 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.
- 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.
- Evans, D., Hodgkinson, B., Lambert, L., & Wood, J. (2001). Falls risk factors in the hospital setting: a systematic review. *International journal of Nursing Practice*, *7*(1), 38-45.
- Frank, O., & Schwendimann, R. (2008). Sturzprävention. Orientierungshilfe und Empfehlungen für stationäre Gesundheitsinstitutionen, Einrichtungen der Langzeitbetreuung, Institutionen der primären Gesundheitsversorgung (Spitex und Hausärzte). In Stiftung für Patientensicherheit (Ed.), *Schriftenreihe Patientensicherheit Schweiz* Zürich.
- Gallagher, P., Barry, P., Hartigan, I., McCluskey, P., O'Connor, K., & O'Connor, M. (2008). Prevalence of pressure ulcers in three university teaching hospitals in Ireland. *Journal of Tissue Viability*, *17*(4), 103-109.
- Garcez Sardo, P. M., Simoes, C. S. O., Alvarelhao, J. J. M., Oliveira e Costa, C. T. d., Simoes, C. J. C., Figueira, J. M. R., . . . Pinheiro de Melo, E. M. O. (2016). Analyses of pressure ulcer point prevalence at the first skin assessment in a Portuguese hospital. *Journal of Tissue Viability*, *25*(2), 75-82.
- Gonella, S., Basso, A. M., & Scaffidi, M. C. (2014). Quanto, come e perche si cade in ospedale? Indagine in un'ASL piemontese. [What, how and why people fall in hospital? Study in a Northern Italian Hospital]. *Professioni infermieristiche*, *67*(1), 21-30.
- Gordis, L. (2009). *Epidemiology* (4th ed.). Philadelphia: Saunders.
- Gray-Miceli, D., Mazzia, L., & Crane, G. (2017). Advanced Practice Nurse-Led Statewide Collaborative to Reduce Falls in Hospitals. *Journal of nursing care quality*, *32*(2), 120-125.
- 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*.
- 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., Neyens, J. C. L., Rondas, A. A. L. M., Rijcken, S., Wolters, S., & Schols, J. M. G. A. (2015). Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen Rapportage resultaten

2015. 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., 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.
- He, J., Staggs, V. S., Bergquist-Beringer, S., & Dunton, N. (2013). Unit-level time trends and seasonality in the rate of hospital-acquired pressure ulcers in US acute care hospitals. *Research in nursing & health, 36*(2), 171-180.
- Hempel, S., Newberry, S., Wang, Z., Booth, M., Shanman, R., Johnsen, B., . . . Ganz, D. A. (2013). Hospital fall prevention: a systematic review of implementation, components, adherence, and effectiveness. [Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.; Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.; Review]. *Journal of the American Geriatrics Society, 61*(4), 483-494.
- Heslop, L., & Lu, S. (2014). Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. *Journal of advanced Nursing, 70*(11), 2469-2482.
- Hester, A. L., Tsai, P.-F., Rettiganti, M., & Mitchell, A. (2016). CE: Original Research: Predicting Injurious Falls in the Hospital Setting: Implications for Practice. *The American journal of nursing, 116*(9), 24-31.
- Hommel, A., Gunningberg, L., Idvall, E., & Baath, C. (2017). Successful factors to prevent pressure ulcers - an interview study. *Journal of clinical nursing, 26*(1-2), 182-189.
- Hou, W.-H., Kang, C.-M., Ho, M.-H., Kuo, J. M.-C., Chen, H.-L., & Chang, W.-Y. (2017). Evaluation of an inpatient fall risk screening tool to identify the most critical fall risk factors in inpatients. *Journal of clinical nursing, 26*(5-6), 698-706.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale INSERM. (2015). I. Chutes chez les personnes âgées Retrieved 28.06.2016, from http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/Chapitre_1.html
- 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. *International Journal of Clinical and Experimental Pathology, 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.
- Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly. (1987). The prevention of falls in later life. A report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly. *Danish medical bulletin, 34*(Suppl 4), 1-24.
- 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. [Meta-Analysis, Research Support, Non-U.S. Gov't, Review]. *Cochrane database of systematic reviews*(11), CD004538.
- 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. [Guideline]. *Circulation*, 113(3), 456-462.
- Kuster, B. (2009). Literaturarbeit und Expertinnen/Experten-Bewertung für relevante Qualitätsindikatoren Pflege. Retrieved from http://www.swissnurseleaders.ch/fileadmin/user_upload/B.1_Gesundheitspolitik/Qualitaetsindikatoren_Pflege/Gesamtabschlussbericht_Q-Indikatoren_091215_1.0.pdf.
- Latt, M. D., Loh, K. F., Ge, L., & Hepworth, A. (2016). The validity of three fall risk screening tools in an acute geriatric inpatient population. *Australasian journal on ageing*, 35(3), 167–173.
- Lohrmann, C. (2013). Europäische Pflegequalitätserhebung: 9. April 2013. Graz: Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft.
- Lohrmann, C. (2014). Europäische Pflegequalitätserhebung: 8. April 2014. Graz: Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft.
- Lohrmann, C. (2015). Pflegequalitätserhebung: 14. April 2015. Graz: Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft.
- Lopez-Soto, P. J., Smolensky, M. H., Sackett-Lundeen, L. L., Giorgi, A., Rodriguez-Borrego, M. A., Manfredini, R., . . . Fabbian, F. (2016). Temporal Patterns of In-Hospital Falls of Elderly Patients. *Nursing research*, 65(6), 435–445.
- Mallah, Z., Nassar, N., & Kurdahi Badr, L. (2014). The Effectiveness of a Pressure Ulcer Intervention Program on the Prevalence of Hospital Acquired Pressure Ulcers: Controlled Before and After Study. *Applied Nursing 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.
- McBride, J., & Richardson, A. (2015). A critical care network pressure ulcer prevention quality improvement project. *Nursing in Critical Care*.
- Meddings, J. A., Reichert, H., Hofer, T., & McMahon, L. F., Jr. (2013). Hospital report cards for hospital-acquired pressure ulcers: how good are the grades? [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Validation Studies]. *Annals of internal medicine*, 159(8), 505-513.
- 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. [Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S., Research Support, U.S. Gov't, P.H.S., Review]. *Annals of internal medicine*, 158(5 Pt 2), 390-396.
- Moore, Z., Johansen, E., & van Etten, M. (2013). A review of PU risk assessment and prevention in Scandinavia, Iceland and Ireland (Part II). *Journal of Wound Care*, 22(8), 423-431.
- Moore, Z., Johansen, E., van Etten, M., Strapp, H., Solbakken, T., Smith, B. E., & Faulstich, J. (2015). Pressure ulcer prevalence and prevention practices: A cross-sectional comparative survey in Norway and Ireland. *Journal of wound care*, 24(8), 333–339.
- Morton, A., Mengersen, K. L., Playford, G., & Whitby, M. (2013). *Statistical Methods for Hospital Monitoring with R*. Chichester: Wiley.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014a). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. In E. Haesler (Ed.). Perth, Australia.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014b). Prévention et Traitement des Escarres: Guide de Référence Abrégé. In E. Haesler (Ed.). Osborne Park, Western Australia.
- Nixon, J., Nelson, E. A., Rutherford, C., Coleman, S., Muir, D., Keen, J., . . . Brown, J. M. (2015). Pressure Ulcer Programme Of reSEarch (PURPOSE): using mixed methods (systematic reviews,

- prospective cohort, case study, consensus and psychometrics) to identify patient and organisational risk, develop a risk assessment tool and patient-reported outcome Quality of Life and Health Utility measures. *Programme Grants for Applied Research*, 3(6). Retrieved from
- Normand, S.-L. T., Ash, A. S., Fienberg, S. E., Stukel, T. A., Utts, J., & Louis, T. A. (2016). League Tables for Hospital Comparisons. *Annual Review of Statistics and Its Application*, 3(1), 21-50.
- 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. (2017). Statistique médicale des hôpitaux 2015 - Tableaux standard. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS).
- 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.
- 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.
- Opsahl, A. G., Ebricht, P., Cangany, M., Lowder, M., Scott, D., & Shaner, T. (2016). Outcomes of Adding Patient and Family Engagement Education to Fall Prevention Bundled Interventions. *Journal of nursing care quality*.
- 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. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMC geriatrics*, 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. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 26(3), 287-297.
- Quigley, P. A., Neily, J., Watson, M., Wright, M., & Strobel, K. (2007). Measuring Fall Program Outcomes. *Online Journal of Issues in Nursing*, 12(2), 8. Retrieved from
- Rabe-Hesketh, S., & Skrondal, A. (2008). *Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata*. College Station, TX.
- Richter, D., Vangeloooven, C., & Hahn, S. (2015). Nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus – Erwachsene, Evaluation der Risikoadjustierungsmethode: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit Abteilung angewandte Forschung und Entwicklung, Dienstleistung.
- Roberts, S., McInnes, E., Bucknall, T., Wallis, M., Banks, M., & Chaboyer, W. (2017). Process evaluation of a cluster-randomised trial testing a pressure ulcer prevention care bundle: A mixed-methods study. *Implementation science : IS*, 12(1), 18.
- Roberts, S., McInnes, E., Wallis, M., Bucknall, T., Banks, M., & Chaboyer, W. (2016). Nurses' perceptions of a pressure ulcer prevention care bundle: A qualitative descriptive study. *BMC nursing*, 15, 64.
- Schubert, M., Clarke, S. P., Glass, T. R., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2009). Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. [Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 884-893.

- 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.
- 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.
- Tayyib, N., & Coyer, F. (2016). Effectiveness of Pressure Ulcer Prevention Strategies for Adult Patients in Intensive Care Units: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(6), 432-444.
- Tayyib, N., & Coyer, F. (2017). Translating Pressure Ulcer Prevention Into Intensive Care Nursing Practice: Overlaying a Care Bundle Approach With a Model for Research Implementation. *Journal of nursing care quality*, 32(1), 6-14.
- Tayyib, N., Coyer, F., & Lewis, P. (2016). Saudi Arabian adult intensive care unit pressure ulcer incidence and risk factors: A prospective cohort study. *International wound journal*, 13(5), 912-919.
- 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. *Australian and New Zealand journal of public health*, 37(2), 179-185.
- 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 Dishoeck, A. M., Looman, C. W., Steyerberg, E. W., Halfens, R. J. G., & Mackenbach, J. P. (2016). Performance indicators; the association between the quality of preventive care and the prevalence of hospital-acquired skin lesions in adult hospital patients. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2818-2830.
- Van Gaal, B. G., Schoonhoven, L., Mintjes-de Groot, J. A., Defloor, T., Habets, H., Voss, A., . . . Koopmans, R. T. (2014). Concurrent incidence of adverse events in hospitals and nursing homes. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(3), 187-198.
- 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.
- VanDenKerkhof, E. G., Friedberg, E., & Harrison, M. B. (2011). Prevalence and Risk of Pressure Ulcers in Acute Care Following Implementation of Practice Guidelines: Annual Pressure Ulcer Prevalence Census 1994-2008. *Journal for Healthcare Quality*, 33(5), 58-67.
- Vangelooven, C., Bernet, N., Richter, D., Thomann, S., & Baumgartner, A. (2017). Concept d'évaluation ANQ. Mesure nationale de la prévalence chutes & escarres (adultes) et escarres enfants, à partir de 2016 *Version 3.0*. 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
- Vangelooven, C., Schwarze, T., Fumasoli, A., Bernet, N., Richter, D., Hofer, I., & Hahn, S. (2016). Mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres - Rapport final de la mesure 2015 - adultes: 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.
- VanGilder, C., Lachenbruch, C., Algrim-Boyle, C., & Meyer, S. (2017). The International Pressure Ulcer Prevalence Survey: 2006-2015: A 10-Year Pressure Injury Prevalence and Demographic Trend Analysis by Care Setting. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 44(1), 20-28.

- Viana, T. S., García Martín, M. R., Núñez Crespo, F., Velayos Rodríguez, E. M., Martín Merino, G., González Ruiz, J. M., . . . Nogueira Quintas, C. G. (2011). ¿Cuál es la incidencia de caídas real en un hospital? *Enfermería Clínica*, 21(5), 271-274.
- Von Siebenthal, D., & Baum, S. (2012). Dekubitus: Epidemiologie, Definition und Prävention. *Wundmanagement, Supplement* (3), 20-27.
- 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.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*, 8(2), 94-104.
- Willis, G. B. (2005). *Cognitive Interviewing. A Tool for Improving Questionnaire Design.* Thousand Oak's; California - London: Sage.
- Zhao, Y. L., & Kim, H. (2015). Older Adult Inpatient Falls in Acute Care Hospitals: Intrinsic, Extrinsic, and Environmental Factors. *Journal of Gerontological Nursing*, 41(7), 29-43; quiz 44-25.

Liste des figures

Figure 1 : distribution des sites hospitaliers par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure en %	21
Figure 2 : distribution des unités de soins participantes par type d'unité au cours des 3 dernières années de mesure en %	22
Figure 3 : nombre de patient-e-s hospitalisé-e-s et participant-e-s ainsi que taux de participation en % lors des 3 dernières années de mesure	23
Figure 4 : comparaison des taux de participation dans les cantons avec le taux de participation nationale en %	24
Figure 5 : distribution des patient-e-s participant-e-s par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure en %	25
Figure 6 : raisons de la non-participation au cours des 3 dernières années de mesure en %	26
Figure 7 : fréquence des groupes de diagnostics CIM* en %	29
Figure 8 : taux national de prévalence des escarres au cours des 3 dernières années de mesure.....	33
Figure 9 : taux national de prévalence des escarres nosocomiales chez les patient-e-s à risque au cours des 2 dernières années de mesure	34
Figure 10 : taux de prévalence nosocomiale de catégorie ≥ 2 distribué par type d'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure*	36
Figure 11 : nombre d'escarres contractées avant l'admission à l'hôpital et nosocomiales selon la classification EPUAP en %*	38
Figure 12 : localisation anatomique des escarres contractées avant l'admission à l'hôpital et des escarres nosocomiales en %.....	39
Figure 13 : nombre moyen d'interventions de prévention des escarres chez différents groupes de patients	40
Figure 14 : part des patient-e-s ayant bénéficié ou non d'intervention de prévention des escarres dans différents groupes de patients en %.....	41
Figure 15 : interventions de prévention des escarres chez tous/toutes les patient-e-s ainsi que chez les patient-e-s avec ou sans escarres au niveau national en %*	42
Figure 16 : interventions de prévention des escarres chez tous/toutes les patient-e-s à risque ainsi que chez les patient-e-s à risque avec ou sans escarres au niveau national en %*	43
Figure 17 : indicateurs de structure escarres au niveau de l'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure en %	45
Figure 18 : indicateurs de structure escarres au niveau de l'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure en %	46
Figure 19 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur - Tous les hôpitaux et sites hospitaliers participants*	49
Figure 20 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur - Tous les hôpitaux et sites hospitaliers participants*	52
Figure 21 : taux des chutes survenues en hôpital au cours des 3 dernières années de mesure	62

Figure 22 : taux de chutes survenues en hôpital répartis selon le type d'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure***	64
Figure 23 : nombre moyen d'interventions de prévention des chutes chez différents groupes de patients	66
Figure 24 : part des patient-e-s ayant bénéficié ou non d'interventions de prévention des chutes dans différents groupes de patients en %	67
Figure 25 : interventions de prévention des chutes chez tous/toutes les patient-e-s ainsi que chez les patient-e-s ayant chuté ou non à l'hôpital au niveau national en %*	68
Figure 26 : interventions de prévention des chutes chez les patient-e-s avec ou sans risque de chute au niveau national en %*	69
Figure 27 : indicateurs de structure chutes au niveau de l'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure en %	71
Figure 28 : indicateurs de structure chutes au niveau de l'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure en %	72
Figure 29 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital - Tous les hôpitaux et sites hospitaliers participants*	75
Figure 30 : taux de prévalence totale des escarres nosocomiales répartis par type d'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure	104
Figure 31 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur - type d'hôpital K111	117
Figure 32 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur - type d'hôpital K112	118
Figure 33 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur - type d'hôpital K121-K231	119
Figure 34 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur - type d'hôpital K221 & K231, K235	120
Figure 35 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur - type d'hôpital K111	121
Figure 36 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur - type d'hôpital K112	122
Figure 37 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieure - type d'hôpital K121-K231	123
Figure 38 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur - type d'hôpital K221 & K231, K235	124
Figure 39 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital - type d'hôpital K111	125
Figure 40 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital - type d'hôpital K112	126
Figure 41 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital - type d'hôpital K121-K231	127

Figure 42 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital - type d'hôpital K221 & K231, K235128

Liste des tableaux

Tableau 1 : calcul de la prévalence des escarres (en %) au moment de la mesure.....	14
Tableau 2 : caractéristiques des patient-e-s participant-e-s réparties selon le type d'hôpital.....	27
Tableau 3 : caractéristiques des patient-e-s avec une escarre nosocomiale par type d'hôpital.....	31
Tableau 4 : indicateur de processus « évaluation du risque consignée » chez les patient-e-s présentant un risque d'escarre ou une escarre.....	32
Tableau 5 : taux de prévalence des escarres nosocomiales par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure.....	35
Tableau 6 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives - escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur.....	48
Tableau 7 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives - escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur.....	51
Tableau 8 : valeurs comparatives internationales des taux de prévalence des escarres (soins aigus) des mesures LPZ.....	54
Tableau 9 : comparaison des taux de prévalence des escarres nosocomiales sur les six dernières années de mesure.....	55
Tableau 10 : caractéristiques des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital réparties selon le type d'hôpital..	60
Tableau 11 : indicateur des processus « évaluation du risque consignée » chez les patient-e-s à risque de chute ou ayant chuté.....	61
Tableau 12 : taux de chutes survenues en hôpital au cours des 3 dernières années de mesure répartis selon le type d'hôpital.....	63
Tableau 13 : taux de blessures des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital répartis selon le type d'hôpital.	65
Tableau 14 : variables du modèle de régression logistique et hiérarchique et valeurs représentatives - Chutes à l'hôpital.....	73
Tableau 15 : valeurs comparatives internationales des taux de chutes (soins aigus) des mesures LPZ..	76
Tableau 16 : comparaison des taux de chutes à l'hôpital sur les six dernières années de mesure.....	77
Tableau 17 : les caractéristiques des patient-e-s dans la comparaison nationale et internationale.....	81
Tableau 18 : les groupes de diagnostics CIM les plus fréquents dans la comparaison nationale et internationale.....	82
Tableau 19 : distribution des unités de soins et des patient-e-s participant-e-s par type d'unité de soins et par type d'hôpital en %.....	102
Tableau 20 : taux de prévalence nosocomiale de catégorie ≥ 2 répartis par type d'unité de soins et par type d'hôpital.....	103
Tableau 21 : taux de prévalence totale des escarres nosocomiales répartis par type d'unité de soins et par type d'hôpital.....	105
Tableau 22: nombre d'escarres acquises avant l'admission à l'hôpital et nosocomiales selon la classification de l'EPUAP, réparti par type d'hôpital.....	106

Tableau 23 : localisation anatomique des escarres acquises avant l'admission à l'hôpital et nosocomiales, par type d'hôpital	107
Tableau 24 : interventions de prévention des escarres chez les patient-e-s avec ou sans escarres réparties par type d'hôpital	108
Tableau 25 : interventions de prévention des escarres chez les patient-e-s à risque avec ou sans escarres, réparties par type d'hôpital.....	109
Tableau 26 : taux des chutes survenues à l'hôpital répartis par type d'unité de soins et par type d'hôpital*	110
Tableau 27 : interventions de prévention des chutes chez les patient-e-s avec ou sans chutes à l'hôpital, réparties par type d'hôpital	111
Tableau 28 : interventions de prévention des chutes chez les patient-e-s avec ou sans risque de chute, réparties par type d'hôpital	114
Tableau 29 : taux de participation ainsi que résidus et limites des intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital*	129

Annexe

Tableau 19 : distribution des unités de soins et des patient-e-s participant-e-s par type d'unité de soins et par type d'hôpital en %

Type d'unité de soins	K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Chirurgicale	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Unités de soins	78 (39.4)	233 (42.4)	148 (44.0)	57 (68.7)	516 (44.3)
Patient-e-s qui participent	1087 (43.4)	3371 (50.1)	1824 (54.9)	725 (79.2)	7007 (52.0)
Non chirurgicale	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Unités de soins	74 (37.4)	184 (33.5)	112 (33.3)	2 (2.4)	372 (31.9)
Patient-e-s qui participent	1049 (41.9)	2584 (38.4)	1162 (35.0)	16 (1.7)	4811 (35.7)
Soins intensifs	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Unités de soins	14 (7.1)	46 (8.4)	24 (7.1)	2 (2.4)	86 (7.4)
Patient-e-s qui participent	135 (5.4)	217 (3.2)	72 (2.2)	9 (1.0)	433 (3.2)
Soins continus	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Unités de soins	20 (10.1)	18 (3.3)	16 (4.8)	3 (3.6)	57 (4.9)
Patient-e-s qui participent	114 (4.6)	59 (0.9)	55 (1.7)	12 (1.3)	240 (1.8)
Gynécologie	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Unités de soins	5 (2.5)	25 (4.6)	16 (4.8)	0 (0.0)	46 (3.9)
Patient-e-s qui participent	52 (2.1)	126 (1.9)	52 (1.6)	0 (0.0)	230 (1.7)
Gériatrie aiguë	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Unités de soins	1 (0.5)	29 (5.3)	6 (1.8)	5 (6.0)	41 (3.5)
Patient-e-s qui participent	25 (1.0)	265 (3.9)	59 (1.8)	73 (8.0)	422 (3.1)
Court séjour	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Unités de soins	3 (1.5)	2 (0.4)	2 (0.6)	1 (1.2)	8 (0.7)
Patient-e-s qui participent	19 (0.8)	23 (0.3)	10 (0.3)	2 (0.2)	54 (0.4)
Réadaptation	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Unités de soins	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (7.2)	6 (0.5)
Patient-e-s qui participent	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	44 (4.8)	44 (0.3)
Divers	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Unités de soins	3 (1.5)	12 (2.2)	12 (3.6)	7 (8.4)	34 (2.9)
Patient-e-s qui participent	24 (1.0)	77 (1.1)	89 (2.7)	34 (3.7)	224 (1.7)
Total	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Unités de soins	198 (100.0)	549 (100.0)	336 (100.0)	83 (100.0)	1166 (100.0)
Patient-e-s qui participent	2505 (100.0)	6722 (100.0)	3323 (100.0)	915 (100.0)	13465 (100.0)

Tableau 20 : taux de prévalence nosocomiale de catégorie ≥ 2 répartis par type d'unité de soins et par type d'hôpital

Type d'unité de soins		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpital
Patient-e-s participant-e-s		n	n	n	n	n
	2016	2505	6722	3323	915	13465
	2015	2527	6156	3477	1003	13163
	2014	2443	6243	3667	964	13317
Soins intensifs		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	30 (22.2)	16 (7.4)	5 (6.9)	0 (0.0)	51 (11.8)
	2015	20 (14.0)	15 (7.1)	4 (4.8)	-	39 (8.8)
	2014	22 (17.9)	10 (5.6)	1 (1.3)	0 (0.0)	33 (8.6)
Réadaptation		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (6.8)	3 (6.8)
	2015	-	-	-	3 (3.4)	3 (3.4)
	2014	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (3.6)	3 (3.6)
Soins continus		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	6 (5.3)	1 (1.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (2.9)
	2015	8 (7.3)	2 (2.5)	-	-	10 (4.4)
	2014	2 (3.0)	0 (0.0)	1 (2.1)	1 (20.0)	4 (1.9)
Gériatrie aiguë		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	0 (0.0)	8 (3.0)	0 (0.0)	4 (5.5)	12 (2.8)
	2015	-	11 (5.2)	-	6 (3.5)	17 (3.8)
	2014	0 (0.0)	15 (3.7)	8 (8.2)	6 (4.1)	29 (4.5)
Chirurgicale		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	28 (2.6)	49 (1.5)	37 (2.0)	10 (1.4)	124 (1.8)
	2015	26 (2.3)	64 (2.0)	18 (1.0)	8 (1.3)	116 (1.7)
	2014	21 (1.8)	44 (1.5)	33 (1.7)	2 (0.3)	100 (1.5)
Non chirurgicale		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	17 (1.6)	43 (1.7)	9 (0.8)	1 (6.3)	70 (1.5)
	2015	18 (1.8)	35 (1.5)	13 (1.0)	-	66 (1.4)
	2014	20 (2.1)	39 (1.6)	11 (0.8)	0 (0.0)	70 (1.5)
Gynécologie		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Court séjour		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	2015	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	2014	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Divers		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.1)	0 (0.0)	1 (0.4)
	2015	1 (1.2)	-	-	1 (1.8)	2 (0.5)
	2014	2 (1.9)	2 (1.1)	0 (0.0)	1 (1.4)	5 (1.1)
Total		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	81 (3.2)	117 (1.7)	52 (1.6)	18 (2.0)	268 (2.0)
	2015	73 (2.9)	127 (2.1)	35 (1.0)	18 (1.8)	253 (1.9)
	2014	67 (2.7)	110 (1.8)	54 (1.5)	13 (1.3)	244 (1.8)

Figure 30 : taux de prévalence totale des escarres nosocomiales répartis par type d'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure

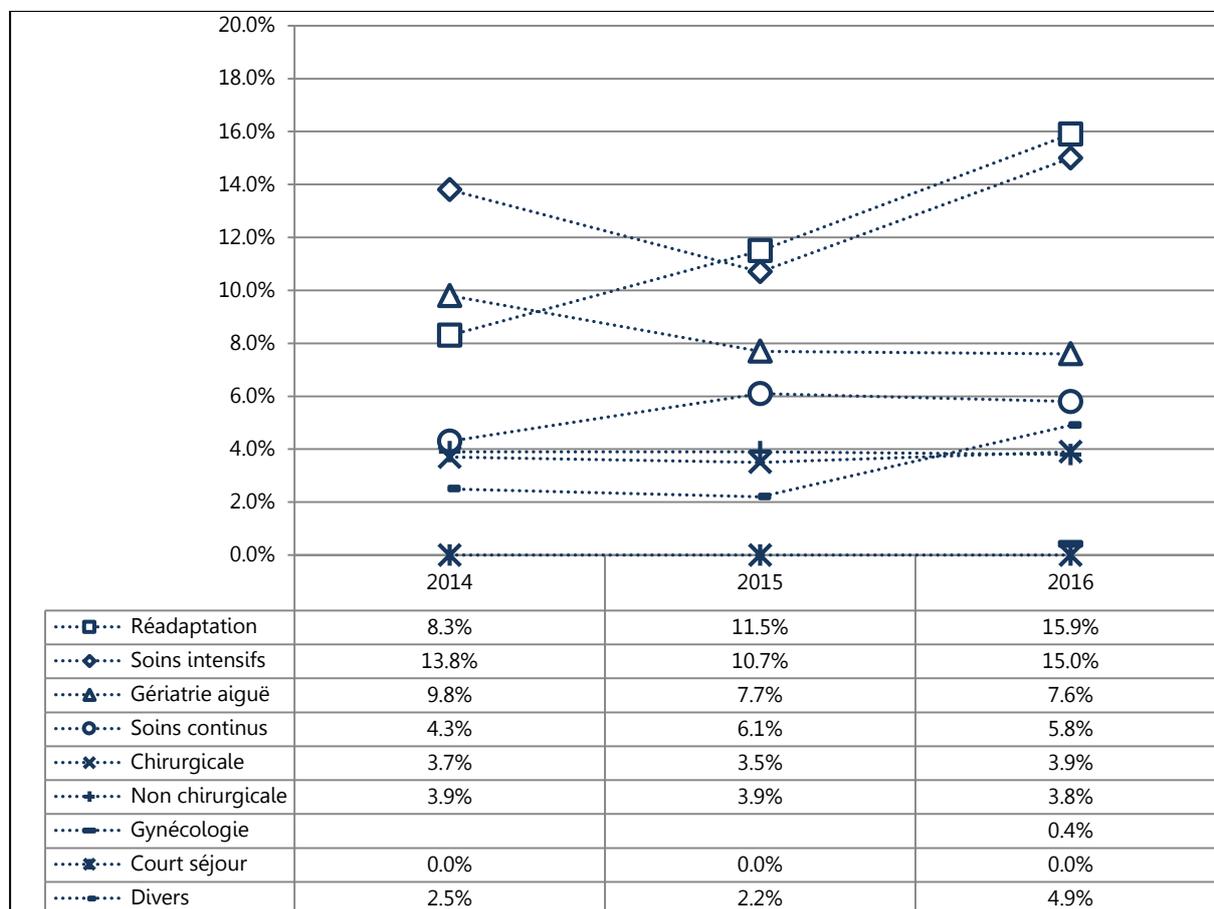


Tableau 21 : taux de prévalence totale des escarres nosocomiales répartis par type d'unité de soins et par type d'hôpital

Type d'unité de soins		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s participant-e-s		n	n	n	n	n
	2016	2505	6722	3323	915	13465
	2015	2527	6156	3477	1003	13163
	2014	2443	6243	3667	964	13317
Soins intensifs		n (%)				
	2016	33 (24.2)	26 (12.0)	6 (8.3)	0 (0.0)	65 (15.0)
	2015	24 (16.8)	18 (8.6)	5 (6.0)	0 (0.0)	47 (10.7)
	2014	33 (26.8)	14 (7.8)	6 (7.5)	0 (0.0)	53 (13.8)
Réadaptation		n (%)				
	2016	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (15.9)	7 (15.9)
	2015	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (11.5)	10 (11.5)
	2014	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (8.3)	7 (8.3)
Soins continus		n (%)				
	2016	7 (6.1)	7 (11.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (5.8)
	2015	10 (9.2)	4 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (6.1)
	2014	2 (3.0)	4 (4.4)	2 (4.3)	1 (20.0)	9 (4.3)
Gériatrie aiguë		n (%)				
	2016	0 (0.0)	24 (9.1)	2 (3.4)	6 (8.2)	32 (7.6)
	2015	0 (0.0)	18 (8.6)	1 (1.9)	16 (9.2)	35 (7.7)
	2014	0 (0.0)	41 (10.1)	9 (9.3)	14 (9.5)	64 (9.8)
Chirurgicale		n (%)				
	2016	55 (5.1)	115 (3.4)	77 (4.2)	25 (3.4)	272 (3.9)
	2015	51 (4.4)	119 (3.8)	41 (2.2)	27 (4.0)	238 (3.5)
	2014	61 (5.2)	116 (3.9)	61 (3.2)	7 (1.1)	245 (3.7)
Non chirurgicale		n (%)				
	2016	43 (4.1)	108 (4.2)	33 (2.8)	1 (6.3)	185 (3.8)
	2015	43 (4.3)	98 (4.1)	46 (3.4)	0 (0.0)	187 (3.9)
	2014	45 (4.7)	101 (4.2)	41 (2.9)	0 (0.0)	187 (3.9)
Gynécologie		n (%)				
	2016	1 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)
Court séjour		n (%)				
	2016	0 (0.0)				
	2015	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	2014	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Divers		n (%)				
	2016	4 (16.7)	2 (2.6)	3 (3.4)	2 (5.9)	11 (4.9)
	2015	3 (3.6)	2 (1.7)	1 (1.0)	2 (3.5)	8 (2.2)
	2014	4 (3.9)	3 (1.7)	1 (1.1)	3 (4.3)	11 (2.5)
Total		n (%)				
	2016	143 (5.7)	282 (4.2)	121 (3.6)	41 (4.5)	587 (4.4)
	2015	131 (5.2)	259 (4.2)	94 (2.7)	55 (4.1)	539 (4.1)
	2014	145 (5.9)	279 (4.5)	120 (3.3)	32 (3.3)	576 (4.3)

Tableau 22: nombre d'escarres acquises avant l'admission à l'hôpital et nosocomiales selon la classification de l'EPUAP, réparti par type d'hôpital

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Nombre des escarres acquises avant l'admission à l'hôpital	<i>n</i>	91	304	138	19	552
Catégorie 1	<i>n (%)</i>	22 (24.2)	115 (37.8)	51 (37.0)	10 (52.6)	198 (35.9)
Catégorie 2	<i>n (%)</i>	24 (26.4)	103 (33.9)	56 (40.6)	6 (31.6)	189 (34.2)
Catégorie 3	<i>n (%)</i>	17 (18.7)	32 (10.5)	14 (10.1)	2 (10.5)	65 (11.8)
Catégorie 4	<i>n (%)</i>	10 (11.0)	32 (10.5)	7 (5.1)	0 (0.0)	49 (8.9)
Inclassable : Perte tissulaire ou cutanée complète de profondeur inconnue	<i>n (%)</i>	12 (13.2)	16 (5.3)	4 (2.9)	1 (5.3)	33 (6.0)
Dommages tissulaires profonds probables de profondeur inconnue	<i>n (%)</i>	6 (6.6)	6 (2.0)	6 (4.3)	0 (0.0)	18 (3.3)
Nombre des escarres nosocomiales	<i>n</i>	219	384	160	55	818
Catégorie 1	<i>n (%)</i>	109 (49.8)	235 (61.2)	101 (63.1)	36 (65.5)	481 (58.8)
Catégorie 2	<i>n (%)</i>	53 (24.2)	109 (28.4)	49 (30.6)	16 (29.1)	227 (27.8)
Catégorie 3	<i>n (%)</i>	23 (10.5)	7 (1.8)	6 (3.8)	2 (3.6)	38 (4.6)
Catégorie 4	<i>n (%)</i>	6 (2.7)	5 (1.3)	1 (0.6)	0 (0.0)	12 (1.5)
Inclassable : Perte tissulaire ou cutanée complète de profondeur inconnue	<i>n (%)</i>	15 (6.8)	13 (3.4)	2 (1.3)	0 (0.0)	30 (3.7)
Dommages tissulaires profonds probables de profondeur inconnue	<i>n (%)</i>	13 (5.9)	15 (3.9)	1 (0.6)	1 (1.8)	30 (3.7)

Tableau 23 : localisation anatomique des escarres acquises avant l'admission à l'hôpital et nosocomiales, par type d'hôpital

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Nombre des escarres acquises avant l'admission à l'hôpital	<i>n</i>	91	304	138	19	552
Talon	<i>n (%)</i>	35 (38.5)	73 (24.0)	32 (23.2)	3 (15.8)	143 (25.9)
Sacrum	<i>n (%)</i>	29 (31.9)	94 (30.9)	45 (32.6)	9 (47.4)	177 (32.1)
Coude	<i>n (%)</i>	2 (2.2)	12 (3.9)	10 (7.2)	1 (5.3)	25 (4.5)
Tête	<i>n (%)</i>	1 (1.1)	6 (2.0)	3 (2.2)	1 (5.3)	11 (2.0)
Tubérosité ischiatique	<i>n (%)</i>	4 (4.4)	24 (7.9)	6 (4.3)	0 (0.0)	34 (6.2)
Trochanter	<i>n (%)</i>	3 (3.3)	11 (3.6)	1 (0.7)	0 (0.0)	15 (2.7)
Cheville	<i>n (%)</i>	4 (4.4)	21 (6.9)	11 (8.0)	0 (0.0)	36 (6.5)
Autre	<i>n (%)</i>	13 (14.3)	63 (20.7)	30 (21.7)	5 (26.3)	111 (20.1)
Nombre des escarres nosocomiales	<i>n</i>	219	384	160	55	818
Talon	<i>n (%)</i>	67 (30.6)	124 (32.3)	46 (28.8)	18 (32.7)	255 (31.2)
Sacrum	<i>n (%)</i>	71 (32.4)	113 (29.4)	51 (31.9)	11 (20.0)	246 (30.1)
Coude	<i>n (%)</i>	5 (2.3)	30 (7.8)	20 (12.5)	10 (18.2)	65 (7.9)
Tête	<i>n (%)</i>	21 (9.6)	19 (4.9)	9 (5.6)	1 (1.8)	50 (6.1)
Tubérosité ischiatique	<i>n (%)</i>	11 (5.0)	17 (4.4)	3 (1.9)	2 (3.6)	33 (4.0)
Trochanter	<i>n (%)</i>	7 (3.2)	10 (2.6)	1 (0.6)	0 (0.0)	18 (2.2)
Cheville	<i>n (%)</i>	5 (2.3)	11 (2.9)	1 (0.6)	0 (0.0)	17 (2.1)
Autre	<i>n (%)</i>	32 (14.6)	60 (15.6)	29 (18.1)	13 (23.6)	134 (16.4)

Tableau 24 : interventions de prévention des escarres chez les patient-e-s avec ou sans escarres réparties par type d'hôpital

Interventions	K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Matelas en mousse passif/support passif	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans escarre	1094 (67.1)	2952 (67.1)	1442 (61.6)	296 (48.5)	578 (64.4)
Patient-e-s avec escarre	86 (43.9)	225 (50.0)	107 (52.2)	24 (42.9)	442 (48.7)
Produits pour maintenir l'humidité cutanée (émollients) et pour protéger la peau	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans escarre	721 (44.2)	1651 (37.5)	840 (35.9)	268 (43.9)	348 (38.7)
Patient-e-s avec escarre	131 (66.8)	303 (67.3)	142 (69.3)	32 (57.1)	608 (67.0)
Stimuler une mobilisation ciblée	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans escarre	551 (33.8)	1597 (36.3)	908 (38.8)	321 (52.6)	337 (37.6)
Patient-e-s avec escarre	79 (40.3)	247 (54.9)	119 (58.0)	35 (62.5)	480 (52.9)
Education du/de la patient-e	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans escarre	407 (25.0)	961 (21.8)	628 (26.8)	237 (38.9)	223 (24.9)
Patient-e-s avec escarre	44 (22.4)	130 (28.9)	74 (36.1)	30 (53.6)	278 (30.7)
Talons en suspension/ talonnière de protection	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans escarre	347 (21.3)	877 (19.9)	505 (21.6)	269 (44.1)	199 (22.2)
Patient-e-s avec escarre	96 (49.0)	231 (51.3)	92 (44.9)	29 (51.8)	448 (49.4)
Prévention ou traitement des déficits nutritionnels et/ou liquidiens	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans escarre	454 (27.8)	761 (17.3)	434 (18.5)	133 (21.8)	178 (19.8)
Patient-e-s avec escarre	89 (45.4)	167 (37.1)	74 (36.1)	18 (32.1)	348 (38.4)
Réduction de la pression sur les autres parties du corps	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans escarre	280 (17.2)	564 (12.8)	287 (12.3)	167 (27.4)	129 (14.4)
Patient-e-s avec escarre	100 (51.0)	171 (38.0)	76 (37.1)	27 (48.2)	374 (41.2)
Repositionnement/changement de position en étant couché-e	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans escarre	258 (15.8)	508 (11.5)	174 (7.4)	44 (7.2)	984 (11.0)
Patient-e-s avec escarre	94 (48.0)	195 (43.3)	76 (37.1)	17 (30.4)	382 (42.1)
Fauteuil roulant de confort avec dossier inclinable	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans escarre	292 (17.9)	487 (11.1)	129 (5.5)	22 (3.6)	930 (10.4)
Patient-e-s avec escarre	52 (26.5)	105 (23.3)	42 (20.5)	7 (12.5)	206 (22.7)
Matelas actif/support actif permettant la redistribution des pressions	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans escarre	123 (7.5)	147 (3.3)	145 (6.2)	11 (1.8)	426 (4.7)
Patient-e-s avec escarre	87 (44.4)	93 (20.7)	44 (21.5)	12 (21.4)	236 (26.0)
Autre(s) intervention(s)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans escarre	94 (5.8)	239 (5.4)	93 (4.0)	60 (9.8)	486 (5.4)
Patient-e-s avec escarre	8 (4.1)	47 (10.4)	18 (8.8)	12 (21.4)	85 (9.4)
Support d'assise	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans escarre	100 (6.1)	147 (3.3)	73 (3.1)	26 (4.3)	346 (3.9)
Patient-e-s avec escarre	26 (13.3)	43 (9.6)	22 (10.7)	8 (14.3)	99 (10.9)
Total pat. avec interventions	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans escarre	1631 (100.0)	4401 (100.0)	2342 (100.0)	610 (100.0)	898 (100.0)
Patient-e-s avec escarre	196 (100.0)	450 (100.0)	205 (100.0)	56 (100.0)	907 (100.0)

Tableau 25 : interventions de prévention des escarres chez les patient-e-s à risque avec ou sans escarres, réparties par type d'hôpital

Interventions	K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Matelas en mousse passif/support passif	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s à risque sans escarre	330 (57.6)	799 (59.0)	340 (53.5)	73 (45.6)	1542 (56.6)
Patient-e-s à risque avec escarre	78 (42.2)	197 (49.1)	92 (50.3)	18 (38.3)	385 (47.2)
Produits pour maintenir l'humidité cutanée (émollients) et pour protéger la peau	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s à risque sans escarre	368 (64.2)	795 (58.7)	396 (62.4)	98 (61.3)	1657 (60.9)
Patient-e-s à risque avec escarre	127 (68.6)	284 (70.8)	133 (72.7)	28 (59.6)	572 (70.1)
Stimuler une mobilisation ciblée	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s à risque sans escarre	261 (45.5)	752 (55.5)	379 (59.7)	106 (66.3)	1498 (55.0)
Patient-e-s à risque avec escarre	74 (40.0)	226 (56.4)	113 (61.7)	32 (68.1)	445 (54.5)
Education du/de la patient-e	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s à risque sans escarre	182 (31.8)	405 (29.9)	242 (38.1)	81 (50.6)	910 (33.4)
Patient-e-s à risque avec escarre	40 (21.6)	117 (29.2)	69 (37.7)	29 (61.7)	255 (31.3)
Talons en suspension/ talonnière de protection	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s à risque sans escarre	258 (45.0)	561 (41.4)	269 (42.4)	112 (70.0)	1200 (44.1)
Patient-e-s à risque avec escarre	93 (50.3)	219 (54.6)	85 (46.4)	28 (59.6)	425 (52.1)
Prévention ou traitement des déficits nutritionnels et/ou liquidiens	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s à risque sans escarre	244 (42.6)	411 (30.3)	217 (34.2)	59 (36.9)	931 (34.2)
Patient-e-s à risque avec escarre	86 (46.5)	160 (39.9)	74 (40.4)	18 (38.3)	338 (41.4)
Réduction de la pression sur les autres parties du corps	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s à risque sans escarre	221 (38.6)	381 (28.1)	173 (27.2)	60 (37.5)	835 (30.7)
Patient-e-s à risque avec escarre	97 (52.4)	161 (40.1)	73 (39.9)	26 (55.3)	357 (43.8)
Repositionnement/changement de position en étant couché-e	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s à risque sans escarre	214 (37.3)	392 (28.9)	143 (22.5)	34 (21.3)	783 (28.8)
Patient-e-s à risque avec escarre	94 (50.8)	191 (47.6)	75 (41.0)	17 (36.2)	377 (46.2)
Fauteuil roulant de confort avec dossier inclinable	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s à risque sans escarre	164 (28.6)	300 (22.1)	85 (13.4)	14 (8.8)	563 (20.7)
Patient-e-s à risque avec escarre	51 (27.6)	102 (25.4)	40 (21.9)	7 (14.9)	200 (24.5)
Matelas actif/support actif permettant la redistribution des pressions	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s à risque sans escarre	113 (19.7)	106 (7.8)	60 (9.4)	7 (4.4)	286 (10.5)
Patient-e-s à risque avec escarre	86 (46.5)	92 (22.9)	39 (21.3)	12 (25.5)	229 (28.1)
Autre(s) intervention(s)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s à risque sans escarre	55 (9.6)	99 (7.3)	34 (5.4)	24 (15.0)	212 (7.8)
Patient-e-s à risque avec escarre	7 (3.8)	40 (10.0)	17 (9.3)	10 (21.3)	74 (9.1)
Support d'assise	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s à risque sans escarre	80 (14.0)	103 (7.6)	62 (9.8)	14 (8.8)	259 (9.5)
Patient-e-s à risque avec escarre	26 (14.1)	42 (10.5)	20 (10.9)	8 (17.0)	96 (11.8)
Total pat. avec interventions	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s à risque sans escarre	573 (100.0)	1355 (100.0)	635 (100.0)	160 (100.0)	2723 (100.0)
Patient-e-s à risque avec escarre	185 (100.0)	401 (100.0)	183 (100.0)	47 (100.0)	816 (100.0)

Tableau 26 : taux des chutes survenues à l'hôpital répartis par type d'unité de soins et par type d'hôpital*

Type d'unité de soins		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Réadaptation		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (15.9)	7 (15.9)
	2015	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (4.6)	4 (4.6)
	2014	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (13.1)	11 (13.1)
Gériatrie aiguë		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	1 (4.0)	35 (13.2)	6 (10.2)	6 (8.2)	48 (11.4)
	2015	1 (5.9)	15 (7.1)	4 (7.5)	17 (9.8)	37 (8.2)
	2014	0 (0.0)	55 (13.5)	10 (10.3)	22 (14.9)	87 (13.4)
Non chirurgicale		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	54 (5.1)	156 (6.0)	74 (6.4)	2 (12.5)	286 (5.9)
	2015	41 (4.1)	128 (5.4)	62 (4.6)	0 (0.0)	231 (4.8)
	2014	53 (5.5)	120 (5.0)	69 (4.9)	1 (5.9)	243 (5.1)
Soins continus		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	6 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (2.5)
	2015	4 (3.7)	1 (1.3)	2 (6.1)	0 (0.0)	7 (3.1)
	2014	1 (1.5)	1 (1.1)	1 (2.1)	0 (0.0)	3 (1.4)
Chirurgicale		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	25 (2.3)	86 (2.6)	25 (1.4)	6 (0.8)	142 (2.0)
	2015	27 (2.4)	45 (1.4)	22 (1.2)	6 (0.9)	100 (1.5)
	2014	29 (2.5)	47 (1.6)	27 (1.4)	7 (1.1)	110 (1.6)
Soins intensifs		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	2 (1.5)	5 (2.3)	1 (1.4)	0 (0.0)	8 (1.8)
	2015	1 (0.7)	1 (0.5)	1 (1.2)	0 (0.0)	3 (0.7)
	2014	0 (0.0)	2 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.5)
Gynécologie		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	1 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)
Court séjour		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	2015	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	2014	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Divers		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2016	1 (4.2)	3 (3.9)	4 (4.5)	5 (14.7)	13 (5.8)
	2015	0 (0.0)	1 (0.8)	2 (1.9)	6 (10.5)	9 (2.5)
	2014	0 (0.0)	12 (6.9)	8 (9.0)	2 (2.9)	22 (5.0)

* Pour comprendre les taux de chutes calculés par cellule, se référer au total des patient-e-s par cellule tableau 19. Le taux des chutes pour les unités de soins chirurgicales dans le type d'hôpital K111 se calcule par exemple comme suit : 25 patient-e-s ayant chuté à l'hôpital (chiffre provenant du tableau 26) divisés par 1 087 participants (chiffre provenant du tableau 19) multipliés par 100 = taux des chutes à l'hôpital de 2,3 % (tableau 26).



Tableau 27 : interventions de prévention des chutes chez les patient-e-s avec ou sans chutes à l'hôpital, réparties par type d'hôpital

Interventions	K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Evaluation des chaussures utilisées	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	688 (49.8)	3181 (68.1)	1460 (64.0)	527 (81.6)	5856 (65.2)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	45 (55.6)	180 (66.2)	80 (75.5)	20 (80.0)	325 (67.1)
Accompagnement pour marcher et se déplacer	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	671 (48.6)	2327 (49.8)	1263 (55.3)	291 (45.0)	4552 (50.7)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	50 (61.7)	190 (69.9)	79 (74.5)	24 (96.0)	343 (70.9)
Evaluation des moyens auxiliaires utilisés	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	507 (36.7)	1992 (42.6)	1050 (46.0)	424 (65.6)	3973 (44.2)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	43 (53.1)	164 (60.3)	68 (64.2)	17 (68.0)	292 (60.3)
Exercices et entraînements thérapeutiques	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	557 (40.3)	1903 (40.7)	1019 (44.6)	376 (58.2)	3855 (42.9)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	40 (49.4)	154 (56.6)	70 (66.0)	20 (80.0)	284 (58.7)
Education du/de la patient-e	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	404 (29.2)	1556 (33.3)	929 (40.7)	290 (44.9)	3179 (35.4)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	35 (43.2)	89 (32.7)	43 (40.6)	11 (44.0)	178 (36.8)
Adaptation de l'environnement	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	531 (38.4)	1573 (33.7)	667 (29.2)	312 (48.3)	3083 (34.3)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	41 (50.6)	139 (51.1)	53 (50.0)	9 (36.0)	242 (50.0)
Evaluation de la médication	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	450 (32.6)	1605 (34.4)	649 (28.4)	353 (54.6)	3057 (34.0)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	44 (54.3)	142 (52.2)	52 (49.1)	19 (76.0)	257 (53.1)
Accords avec le/la patient-e/ les proches/ le/la représentant-e mandaté-e	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	158 (11.4)	860 (18.4)	321 (14.1)	246 (38.1)	1585 (17.6)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	19 (23.5)	80 (29.4)	28 (26.4)	12 (48.0)	139 (28.7)
Système d'alarme	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	224 (16.2)	698 (14.9)	341 (14.9)	147 (22.8)	1410 (15.7)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	19 (23.5)	91 (33.5)	38 (35.8)	11 (44.0)	159 (32.9)
Evaluation de l'acuité visuelle	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	209 (15.1)	708 (15.2)	268 (11.7)	199 (30.8)	1384 (15.4)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	10 (12.3)	38 (14.0)	8 (7.5)	11 (44.0)	67 (13.8)
Evaluation du programme de la journée	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	187 (13.5)	518 (11.1)	237 (10.4)	187 (28.9)	1129 (12.6)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	15 (18.5)	42 (15.4)	11 (10.4)	8 (32.0)	76 (15.7)
Autres mesures limitatives de liberté	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	82 (5.9)	236 (5.1)	92 (4.0)	11 (1.7)	421 (4.7)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	13 (16.0)	60 (22.1)	13 (12.3)	5 (20.0)	91 (18.8)

Interventions	K111	K112	K121-K123	K221 & K231- K235	Total hôpitaux
Prise en charge un pour un	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	59 (4.3)	118 (2.5)	77 (3.4)	42 (6.5)	296 (3.3)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	6 (7.4)	24 (8.8)	5 (4.7)	3 (12.0)	38 (7.9)
Utilisation d'un lit de soins bas/soins sur un matelas au sol	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	1 (0.1)	44 (0.9)	26 (1.1)	10 (1.5)	81 (0.9)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	0 (0.0)	15 (5.5)	3 (2.8)	4 (16.0)	22 (4.5)
Matelas à côté du lit	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	0 (0.0)	3 (0.1)	1 (0.04)	0 (0.0)	4 (0.04)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	0 (0.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	1 (4.0)	2 (0.4)
Autre(s) intervention(s)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	44 (3.2)	210 (4.5)	60 (2.6)	42 (6.5)	356 (4.0)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	5 (6.2)	29 (10.7)	7 (6.6)	1 (4.0)	42 (8.7)
Total pat. avec interventions	n	n	n	n	n
sans chutes à l'hôpital	1382	4672	2283	646	8983
avec chutes à l'hôpital	81	272	106	25	484



Tableau 28 : interventions de prévention des chutes chez les patient-e-s avec ou sans risque de chute, réparties par type d'hôpital

Interventions	K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Evaluation des chaussures utilisées	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans risque de chute	440 (48.0)	2063 (67.1)	933 (62.5)	388 (81.5)	3824 (64.2)
Patient-e-s avec risque de chute	293 (53.7)	1298 (69.4)	607 (67.7)	159 (81.5)	2357 (67.2)
Accompagnement pour marcher et se déplacer	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans risque de chute	391 (42.6)	1341 (43.6)	768 (51.4)	213 (44.7)	2713 (45.5)
Patient-e-s avec risque de chute	330 (60.4)	1176 (62.9)	574 (64.1)	102 (52.3)	2182 (62.2)
Evaluation des moyens auxiliaires utilisés	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans risque de chute	297 (32.4)	1095 (35.6)	599 (40.1)	302 (63.4)	2293 (38.5)
Patient-e-s avec risque de chute	253 (46.3)	1061 (56.8)	519 (57.9)	139 (71.3)	1972 (56.2)
Exercices et entraînements thérapeutiques	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans risque de chute	345 (37.6)	1108 (36.0)	605 (40.5)	263 (55.3)	2321 (38.9)
Patient-e-s avec risque de chute	252 (46.2)	949 (50.8)	484 (54.0)	133 (68.2)	1818 (51.9)
Education du/de la patient-e	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans risque de chute	255 (27.8)	982 (31.9)	599 (40.1)	216 (45.4)	2052 (34.4)
Patient-e-s avec risque de chute	184 (33.7)	663 (35.5)	373 (41.6)	85 (43.6)	1305 (37.2)
Adaptation de l'environnement	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans risque de chute	361 (39.4)	945 (30.7)	394 (26.4)	235 (49.4)	1935 (32.5)
Patient-e-s avec risque de chute	211 (38.6)	767 (41.0)	326 (36.4)	86 (44.1)	1390 (39.6)
Evaluation de la médication	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans risque de chute	284 (31.0)	1008 (32.8)	396 (26.5)	246 (51.7)	1934 (32.4)
Patient-e-s avec risque de chute	210 (38.5)	739 (39.5)	305 (34.0)	126 (64.6)	1380 (39.4)
Accord avec le/la patient-e/ les proches/ le/la représentant-e mandaté-e	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans risque de chute	103 (11.2)	525 (17.1)	182 (12.2)	164 (34.5)	974 (16.3)
Patient-e-s avec risque de chute	74 (13.6)	415 (22.2)	167 (18.6)	94 (48.2)	750 (21.4)
Système d'alarme	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans risque de chute	161 (17.6)	427 (13.9)	190 (12.7)	117 (24.6)	895 (15.0)
Patient-e-s avec risque de chute	82 (15.0)	362 (19.4)	189 (21.1)	41 (21.0)	674 (19.2)
Evaluation de l'acuité visuelle	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans risque de chute	139 (15.2)	466 (15.2)	164 (11.0)	141 (29.6)	910 (15.3)
Patient-e-s avec risque de chute	80 (14.7)	280 (15.0)	112 (12.5)	69 (35.4)	541 (15.4)
Evaluation du programme de la journée	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans risque de chute	131 (14.3)	295 (9.6)	144 (9.6)	130 (27.3)	700 (11.7)
Patient-e-s avec risque de chute	71 (13.0)	265 (14.2)	104 (11.6)	65 (33.3)	505 (14.4)
Autres mesures limitatives de liberté	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans risque de chute	56 (6.1)	135 (4.4)	37 (2.5)	7 (1.5)	235 (3.9)
Patient-e-s avec risque de chute	39 (7.1)	161 (8.6)	68 (7.6)	9 (4.6)	277 (7.9)

Interventions	K111	K112	K121-K123	K221 & K231- K235	Total hôpitaux
Prise en charge un pour un	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans risque de chute	43 (4.7)	79 (2.6)	36 (2.4)	35 (7.4)	193 (3.2)
Patient-e-s avec risque de chute	22 (4.0)	63 (3.4)	46 (5.1)	10 (5.1)	141 (4.0)
Utilisation d'un lit de soins bas/soins sur un matelas au sol	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans risque de chute	0 (0.0)	15 (0.5)	14 (0.9)	8 (1.7)	37 (0.6)
Patient-e-s avec risque de chute	1 (0.2)	44 (2.4)	15 (1.7)	6 (3.1)	66 (1.9)
Matelas à côté du lit	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans risque de chute	0 (0.0)	1 (0.03)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.02)
Patient-e-s avec risque de chute	0 (0.0)	3 (0.2)	1 (0.1)	1 (0.5)	5 (0.1)
Autre(s) intervention(s)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Patient-e-s sans risque de chute	25 (2.7)	113 (3.7)	24 (1.6)	32 (6.7)	194 (3.3)
Patient-e-s avec risque de chute	24 (4.4)	126 (6.7)	43 (4.8)	11 (5.6)	204 (5.8)
Total pat. avec interventions	n	n	n	n	n
sans risque de chute	917	3075	1493	476	5961
avec risque de chute	546	1869	896	195	3506

Figure 31 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur - type d'hôpital K111

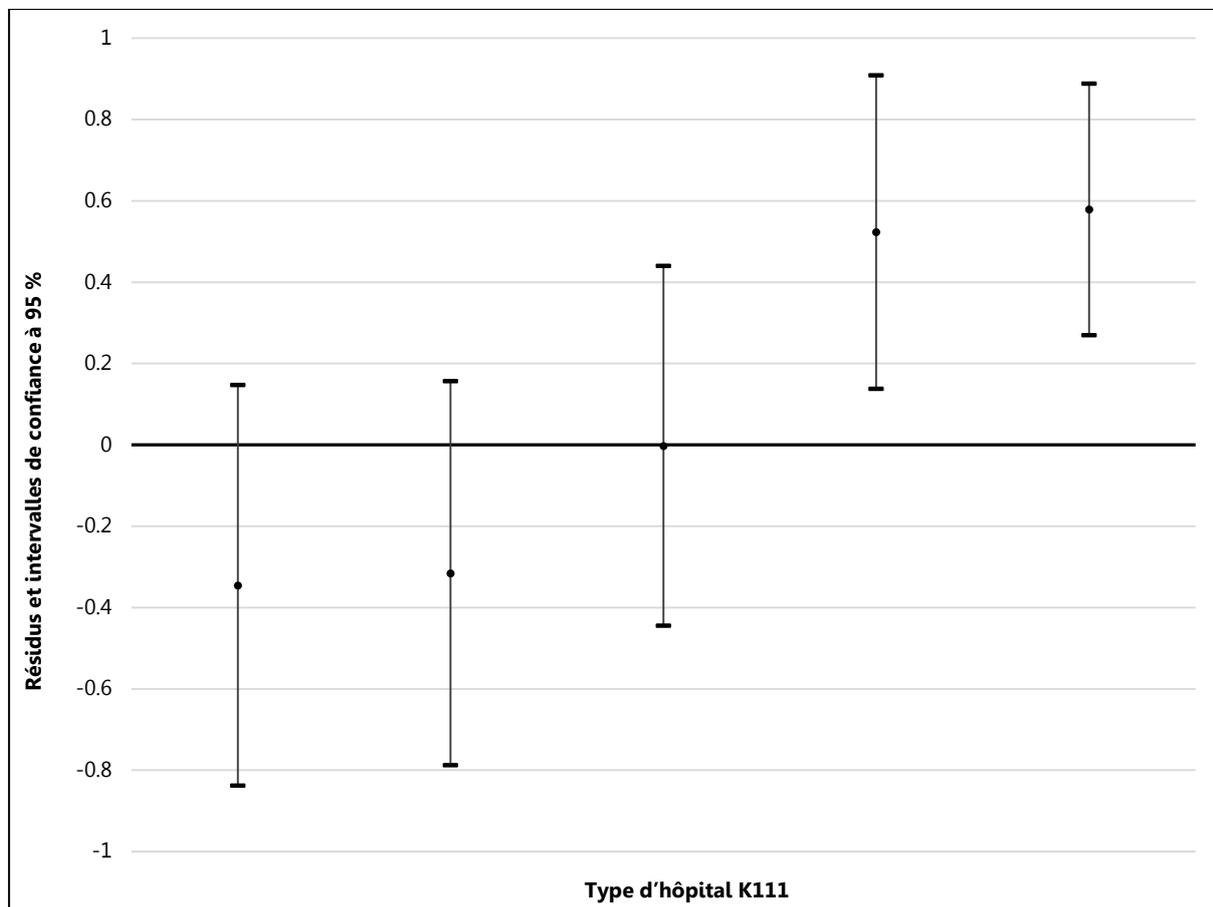


Figure 32 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur - type d'hôpital K112

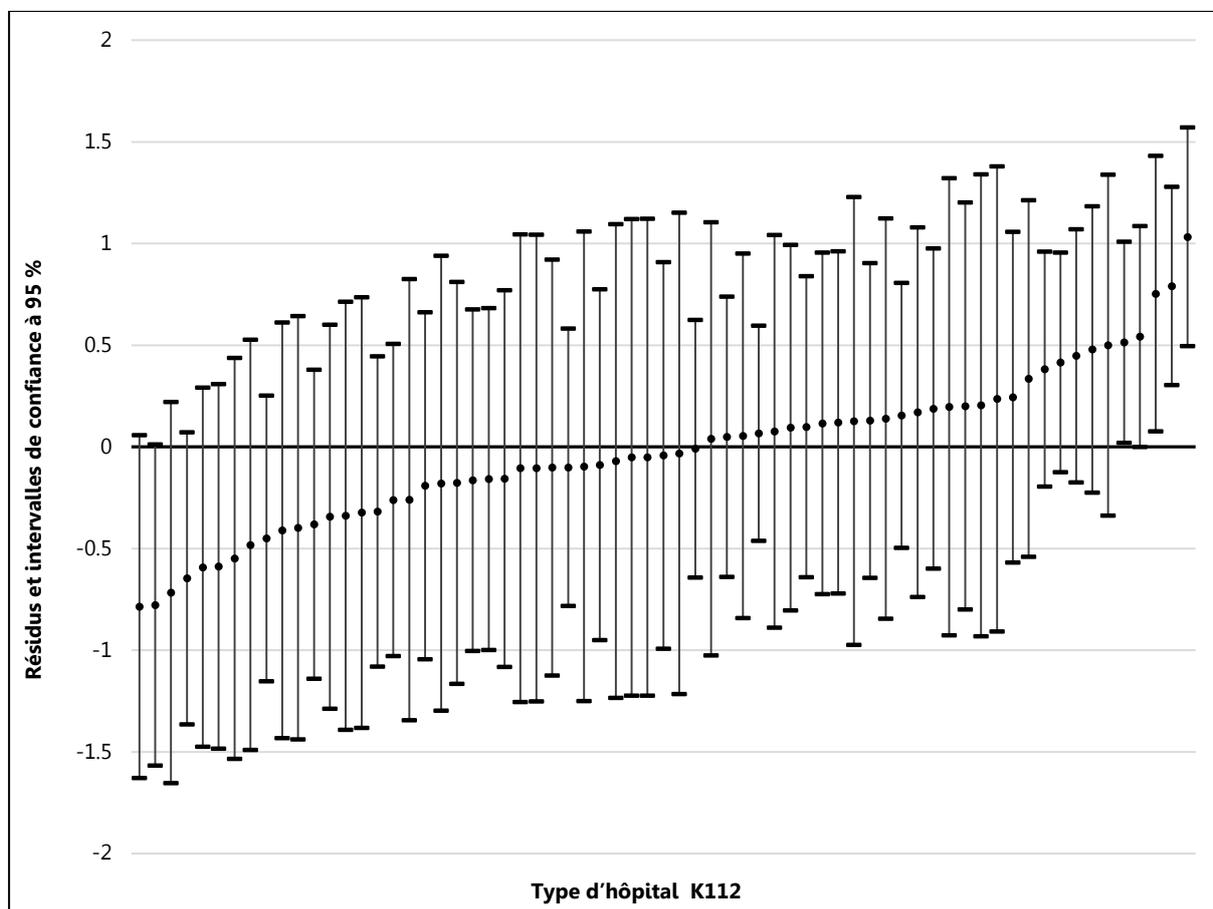


Figure 33 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur - type d'hôpital K121-K231

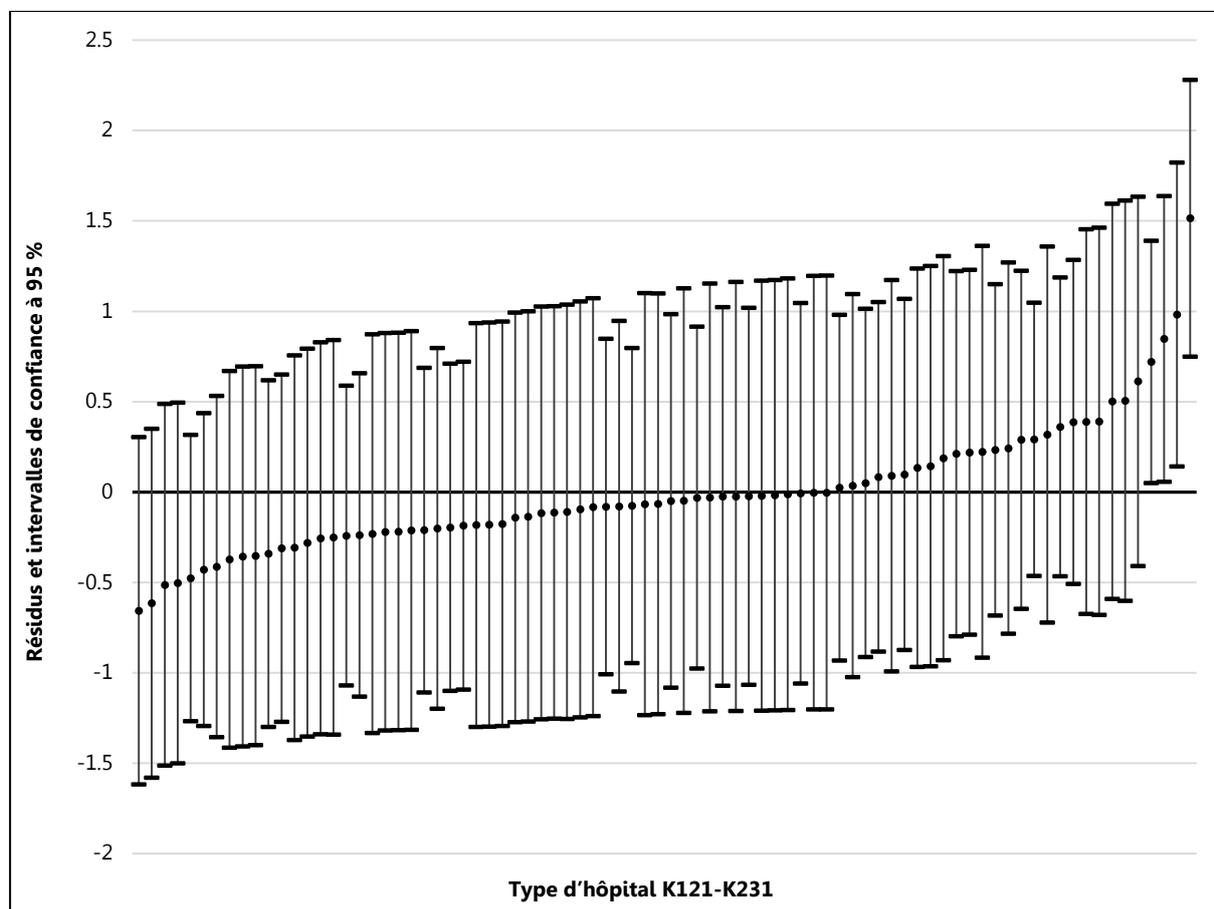


Figure 34 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur - type d'hôpital K221 & K231, K235

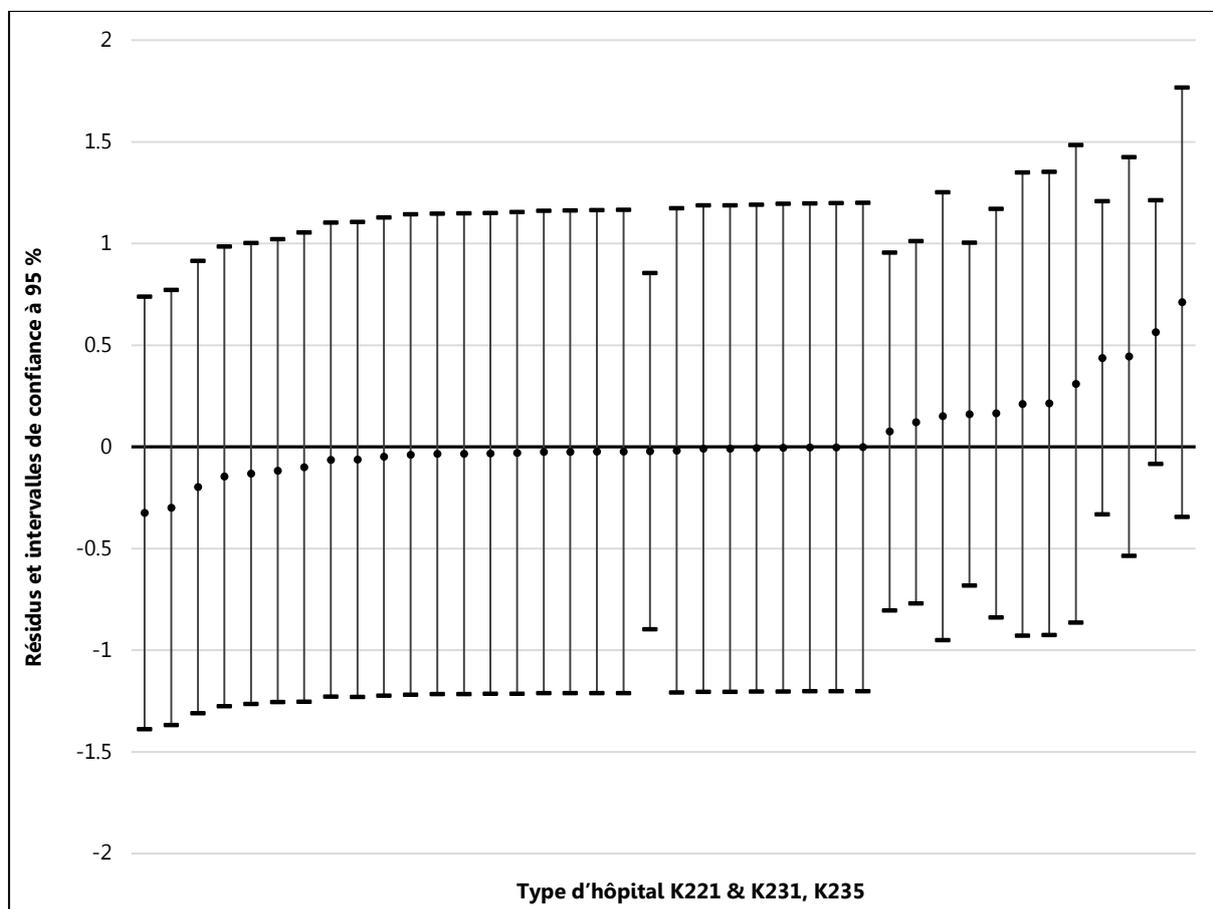


Figure 35 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur - type d'hôpital K111

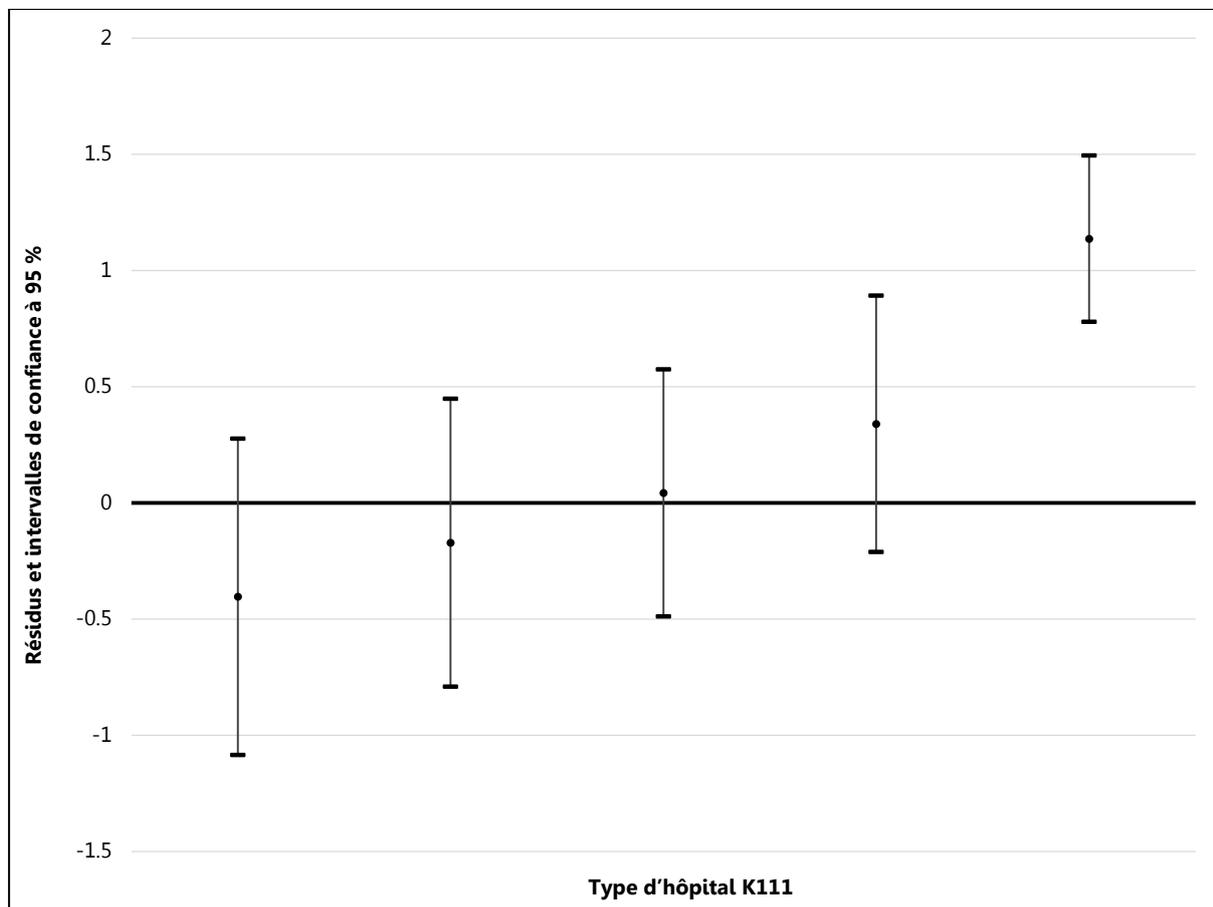


Figure 36 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur - type d'hôpital K112

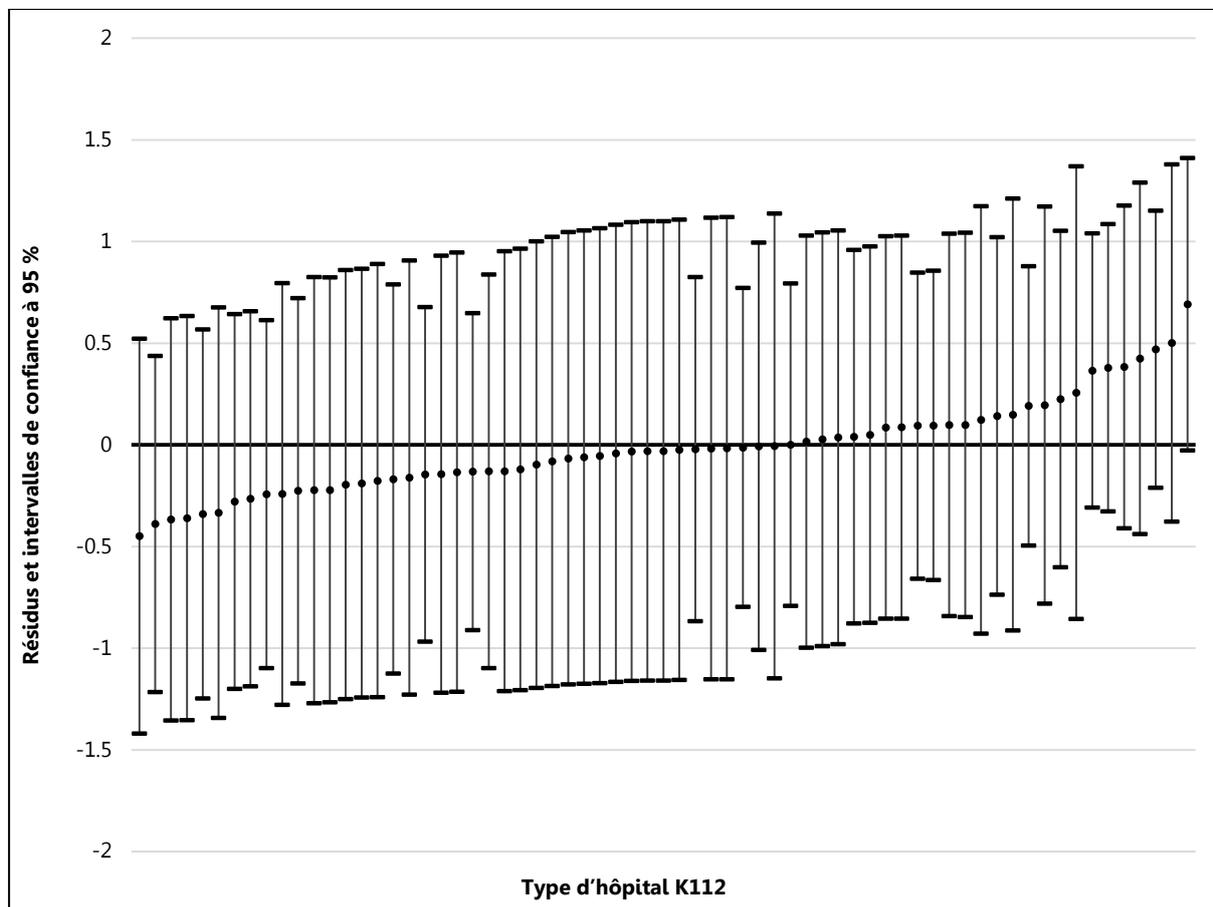


Figure 37 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieure - type d'hôpital K121-K231

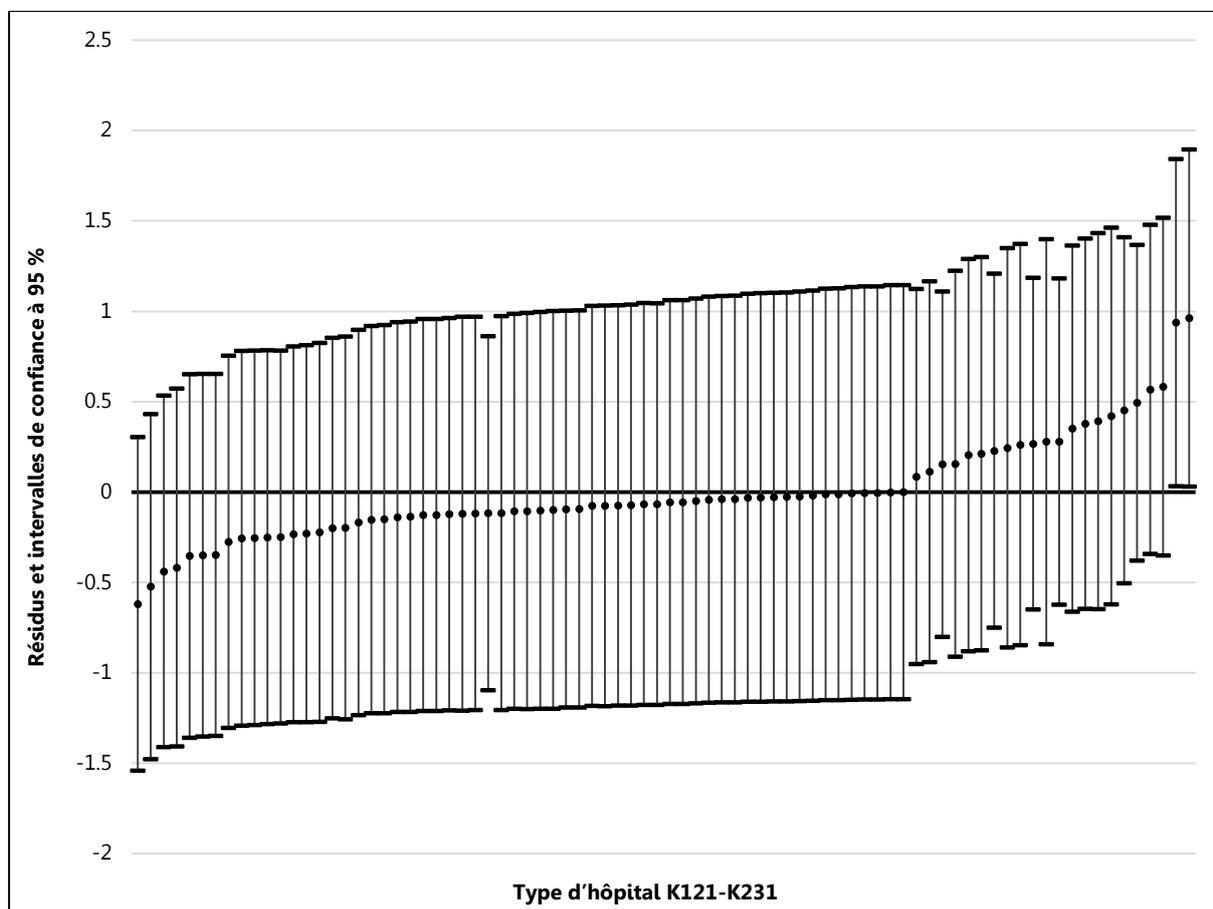


Figure 38 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur - type d'hôpital K221 & K231, K235

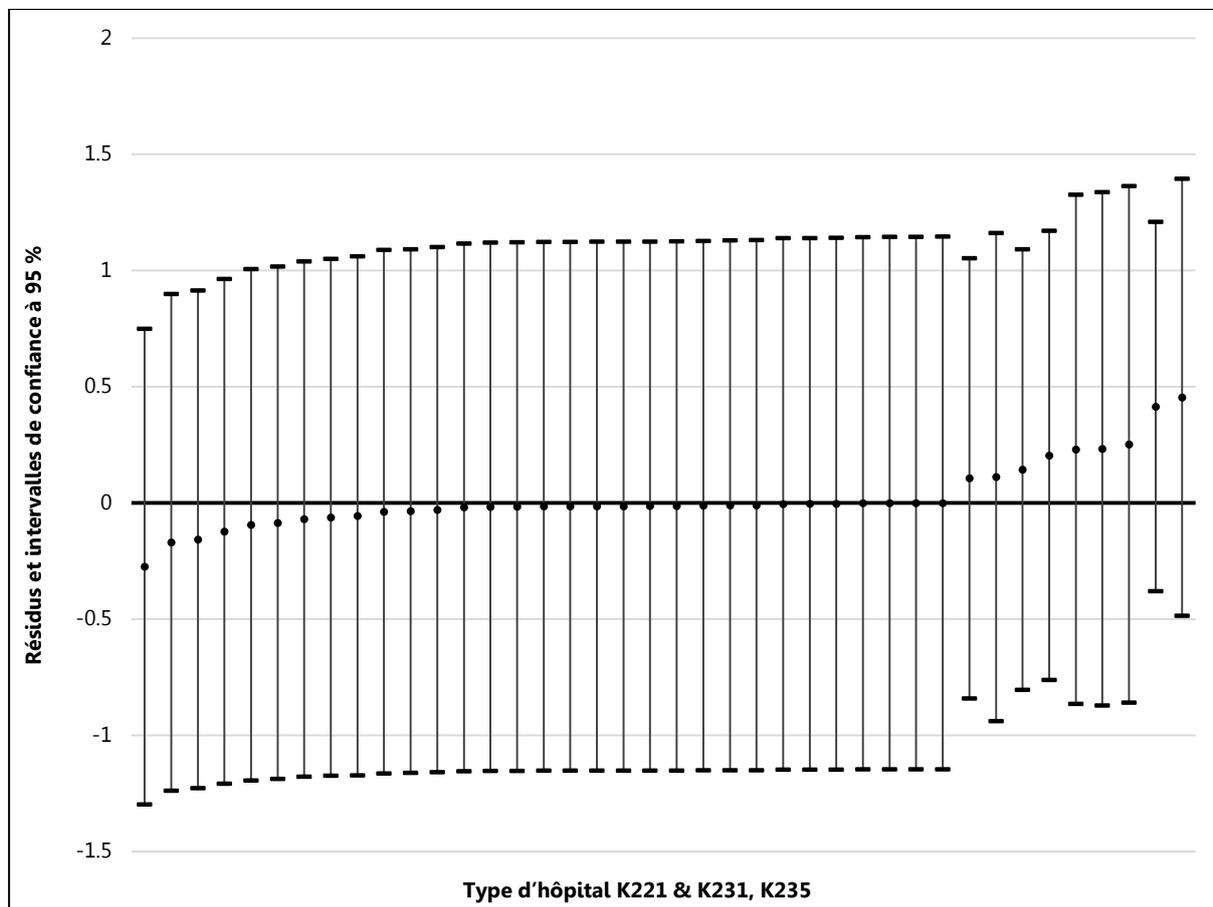


Figure 39 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital - type d'hôpital K111

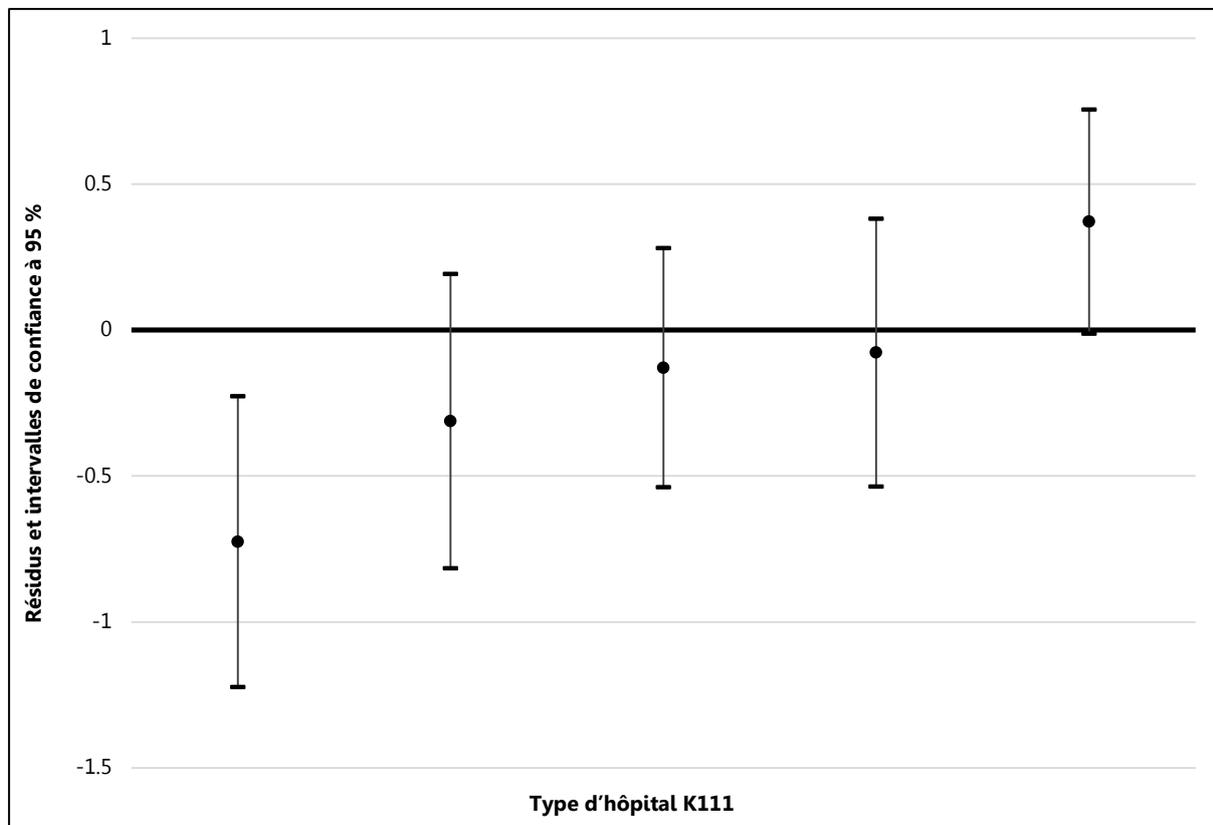


Figure 40 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital - type d'hôpital K112

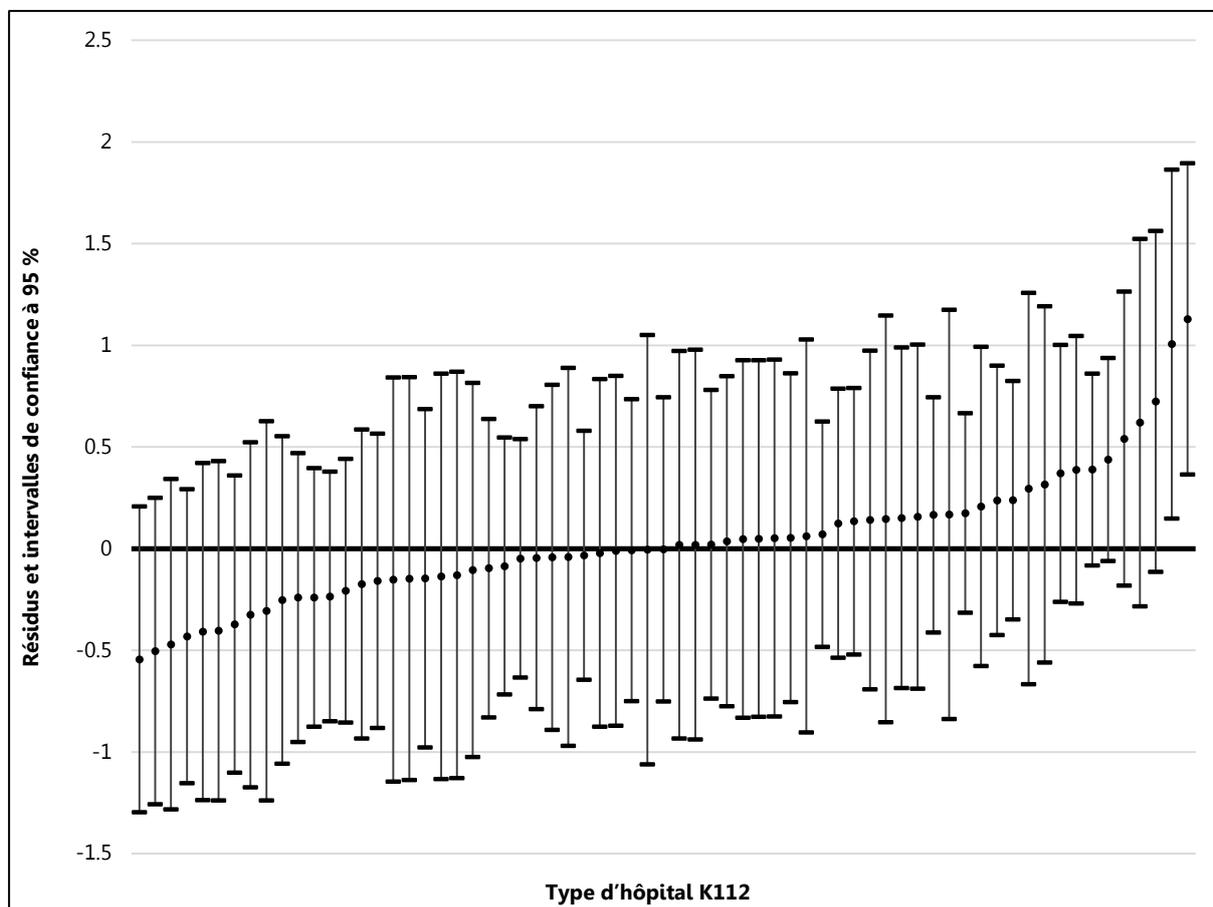


Figure 41 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital - type d'hôpital K121-K231



Figure 42 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital - type d'hôpital K221 & K231, K235

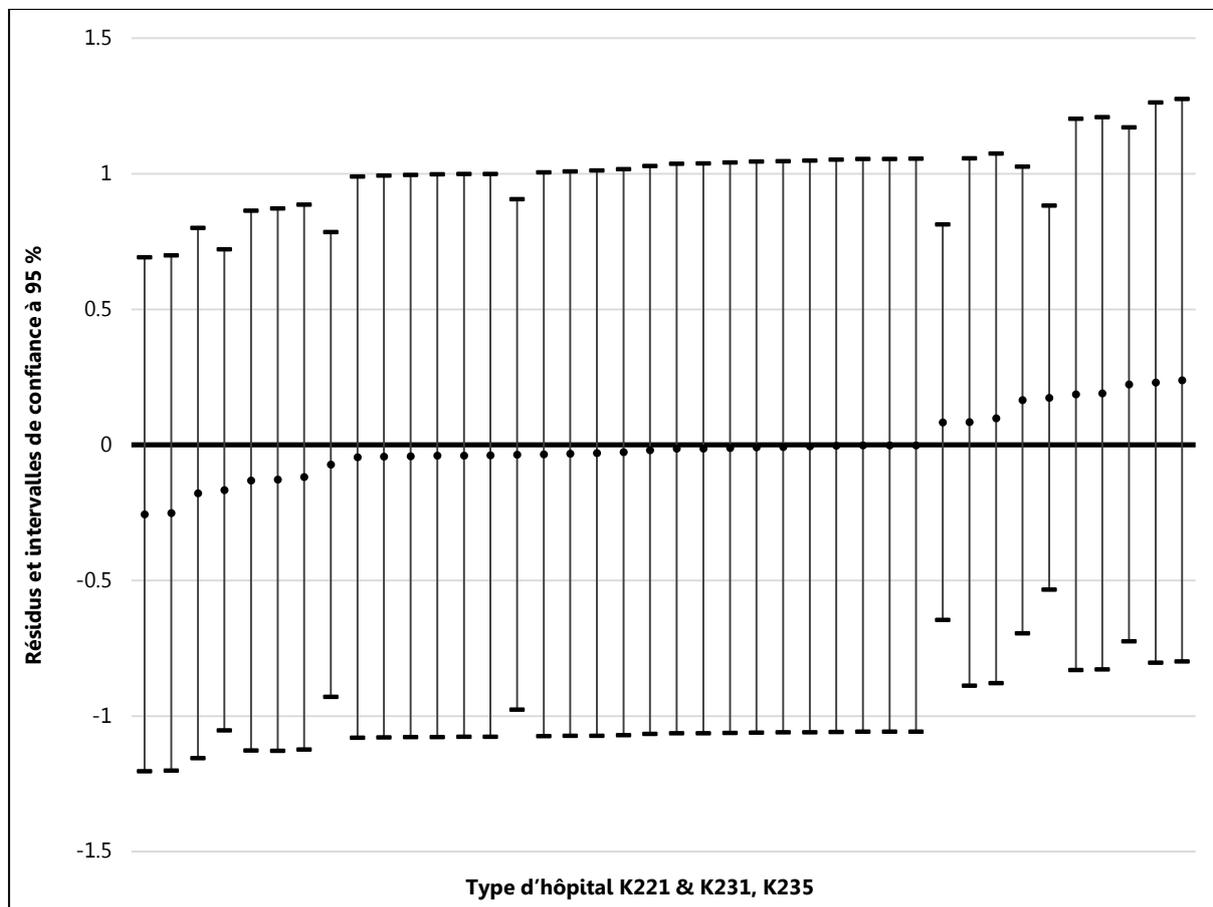


Tableau 29 : taux de participation ainsi que résidus et limites des intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital*

H	Participation		Escarres catégorie 1 et supérieur			Escarres catégorie 2 et supérieur			Chute		
	Nr.	Non n (%)	Oui n (%)	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC
1	57 (33.7)	112 (66.3)	0.753	0.075	1.430	0.425	-0.440	1.289	-0.095	-0.829	0.639
2	17 (18.9)	73 (81.1)	-0.238	-1.133	0.657	0.153	-0.802	1.108	-0.070	-0.918	0.779
3	8 (15.7)	43 (84.3)	-0.025	-1.073	1.022	0.112	-0.942	1.166	0.539	-0.267	1.344
4	3 (8.1)	34 (91.9)	0.212	-0.798	1.222	0.392	-0.648	1.432	-0.120	-1.032	0.792
5	34 (33)	69 (67)	0.437	-0.332	1.207	0.454	-0.486	1.395	0.083	-0.646	0.813
6	186 (45.8)	220 (54.2)	-0.101	-0.784	0.581	-0.146	-0.968	0.676	0.167	-0.412	0.746
7	1 (6.3)	15 (93.8)	0.213	-0.925	1.352	0.252	-0.860	1.363	0.223	-0.725	1.170
8	0 (0)	22 (100)	0.711	-0.344	1.766	-0.086	-1.188	1.017	-0.042	-1.078	0.995
9	24 (21.2)	89 (78.8)	0.115	-0.724	0.955	0.086	-0.855	1.026	0.208	-0.577	0.993
10	25 (19.4)	104 (80.6)	0.187	-0.600	0.974	0.097	-0.843	1.037	-0.042	-0.890	0.807
11	8 (21.6)	29 (78.4)	-0.339	-1.392	0.714	-0.130	-1.211	0.951	-0.147	-1.138	0.844
12	29 (24.2)	91 (75.8)	-0.476	-1.268	0.315	-0.620	-1.542	0.303	-0.367	-1.148	0.415
13	6 (15)	34 (85)	-0.514	-1.514	0.487	-0.254	-1.289	0.782	0.102	-0.801	1.005
14	12 (15.8)	64 (84.2)	-0.242	-1.071	0.587	-0.439	-1.412	0.533	-0.259	-1.126	0.608
15	29 (15.2)	162 (84.8)	-0.381	-1.141	0.379	-0.022	-0.868	0.824	-0.085	-0.717	0.548
16	47 (17.5)	221 (82.5)	-0.647	-1.365	0.071	-0.013	-0.798	0.771	0.239	-0.347	0.825
17	58 (27.5)	153 (72.5)	0.049	-0.640	0.738	-0.341	-1.248	0.567	0.238	-0.425	0.901
18	12 (22.6)	41 (77.4)	0.289	-0.647	1.224	0.085	-0.953	1.122	0.064	-0.824	0.952
19	7 (19.4)	29 (80.6)	-0.220	-1.320	0.880	-0.094	-1.193	1.005	-0.029	-0.973	0.915
20	3 (5.1)	56 (94.9)	0.054	-0.842	0.949	0.194	-0.782	1.171	-0.145	-0.976	0.687
21	26 (35.1)	48 (64.9)	-0.260	-1.345	0.824	-0.097	-1.195	1.000	0.724	-0.114	1.562
22	17 (28.8)	42 (71.2)	-0.482	-1.491	0.526	-0.196	-1.250	0.858	0.152	-0.685	0.989
23	7 (41.2)	10 (58.8)	-0.021	-1.210	1.168	-0.008	-1.149	1.133	-0.043	-1.079	0.994
24	29 (26.9)	79 (73.1)	0.076	-0.804	0.955	0.143	-0.805	1.091	-0.256	-1.204	0.692
25	92 (24.7)	280 (75.3)	0.415	-0.126	0.955	0.378	-0.328	1.085	-0.239	-0.874	0.396
26	5 (4.5)	107 (95.5)	-0.088	-0.952	0.775	0.087	-0.855	1.029	-0.252	-1.058	0.553
27	2 (3.2)	61 (96.8)	-0.178	-1.165	0.810	-0.145	-1.219	0.929	-0.305	-1.237	0.627
28	35 (21.1)	131 (78.9)	-0.319	-1.081	0.444	0.224	-0.603	1.052	-0.239	-0.950	0.471
29	62 (37.3)	104 (62.7)	-0.164	-1.005	0.676	0.049	-0.876	0.974	-0.044	-0.789	0.701
30	15 (26.3)	42 (73.7)	0.200	-0.801	1.201	-0.135	-1.214	0.945	-0.040	-0.969	0.890
31	37 (20.6)	143 (79.4)	-0.592	-1.475	0.290	-0.367	-1.356	0.622	-0.470	-1.282	0.343
32	9 (14.1)	55 (85.9)	-0.118	-1.256	1.020	-0.062	-1.175	1.050	-0.132	-1.128	0.864
33	4 (10.3)	35 (89.7)	-0.187	-1.093	0.720	0.228	-0.751	1.207	1.425	0.784	2.065
34	12 (22.6)	41 (77.4)	-0.131	-1.265	1.002	-0.070	-1.179	1.039	0.098	-0.879	1.074
35	18 (17.8)	83 (82.2)	-0.549	-1.535	0.437	-0.242	-1.278	0.795	0.055	-0.754	0.863
36	7 (33.3)	14 (66.7)	0.197	-0.928	1.321	-0.054	-1.172	1.064	-0.129	-1.128	0.870

H	Participation		Escarres catégorie 1 et supérieur			Escarres catégorie 2 et supérieur			Chute		
	Nr.	Non n (%)	Oui n (%)	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC
37	15 (18.8)	65 (81.3)	-0.081	-1.009	0.847	-0.251	-1.285	0.783	0.449	-0.343	1.241
38	143 (24.3)	446 (75.7)	-0.003	-0.445	0.440	-0.171	-0.791	0.449	-0.077	-0.535	0.382
39	17 (28.3)	43 (71.7)	0.036	-1.024	1.095	0.212	-0.876	1.299	-0.043	-0.972	0.887
40	34 (19.8)	138 (80.2)	-0.262	-1.030	0.506	-0.279	-1.200	0.643	0.136	-0.519	0.791
41	2 (15.4)	11 (84.6)	0.204	-0.932	1.339	0.256	-0.856	1.369	-0.151	-1.146	0.843
42	2 (11.1)	16 (88.9)	-0.031	-1.214	1.153	-0.013	-1.152	1.125	-0.043	-1.079	0.993
43	41 (42.7)	55 (57.3)	0.335	-0.541	1.212	0.016	-0.998	1.029	0.542	-0.181	1.264
44	35 (23.6)	113 (76.4)	0.447	-0.175	1.069	0.383	-0.410	1.176	0.371	-0.261	1.003
45	11 (19.6)	45 (80.4)	0.387	-0.510	1.283	0.451	-0.506	1.409	0.821	0.011	1.631
46	49 (21.8)	176 (78.2)	-0.786	-1.629	0.057	-0.265	-1.187	0.657	-0.503	-1.256	0.250
47	9 (24.3)	28 (75.7)	-0.008	-1.059	1.044	-0.119	-1.207	0.969	0.808	-0.059	1.674
48	41 (22.9)	138 (77.1)	-0.778	-1.568	0.011	-0.243	-1.098	0.613	-0.430	-1.153	0.293
49	29 (14.1)	177 (85.9)	-0.010	-0.643	0.624	0.094	-0.659	0.847	0.176	-0.315	0.666
50	23 (21.9)	82 (78.1)	0.847	0.057	1.636	0.937	0.032	1.842	-0.381	-1.289	0.527
51	1 (3.3)	29 (96.7)	-0.084	-1.240	1.072	-0.029	-1.159	1.101	-0.078	-1.097	0.942
52	3 (7.3)	38 (92.7)	-0.353	-1.402	0.695	-0.150	-1.224	0.924	-0.261	-1.211	0.689
53	13 (24.5)	40 (75.5)	-0.308	-1.372	0.756	-0.123	-1.208	0.963	0.054	-0.907	1.015
54	12 (19)	51 (81)	0.502	-0.592	1.595	0.261	-0.849	1.371	0.135	-0.764	1.035
55	21 (52.5)	19 (47.5)	0.318	-0.723	1.358	0.204	-0.881	1.289	-0.182	-1.167	0.802
56	3 (23.1)	10 (76.9)	-0.023	-1.211	1.164	-0.015	-1.152	1.123	-0.045	-1.080	0.990
57	5 (27.8)	13 (72.2)	0.210	-0.929	1.349	0.233	-0.871	1.337	0.189	-0.829	1.208
58	4 (6.5)	58 (93.5)	-0.280	-1.353	0.792	-0.137	-1.217	0.943	0.082	-0.807	0.971
59	177 (26.7)	487 (73.3)	-0.346	-0.838	0.147	-0.404	-1.085	0.277	-0.311	-0.816	0.193
60	57 (23.8)	182 (76.2)	0.542	-0.002	1.086	0.095	-0.665	0.855	-0.206	-0.854	0.442
61	89 (23.8)	285 (76.2)	0.513	0.019	1.008	0.365	-0.310	1.039	-0.234	-0.848	0.379
62	21 (22.8)	71 (77.2)	0.219	-0.790	1.229	0.420	-0.623	1.462	-0.026	-0.958	0.907
63	1 (2.6)	37 (97.4)	-0.257	-1.341	0.828	-0.096	-1.193	1.002	-0.184	-1.161	0.794
64	1 (2.9)	33 (97.1)	0.612	-0.410	1.634	-0.106	-1.201	0.990	0.237	-0.699	1.173
65	15 (20.3)	59 (79.7)	0.232	-0.684	1.149	0.351	-0.662	1.364	0.252	-0.608	1.111
66	8 (27.6)	21 (72.4)	-0.213	-1.317	0.891	-0.117	-1.207	0.974	-0.125	-1.126	0.877
67	157 (32)	334 (68)	-0.451	-1.153	0.252	-0.390	-1.216	0.436	0.390	-0.082	0.862
68	7 (13.7)	44 (86.3)	-0.398	-1.439	0.642	-0.177	-1.241	0.888	0.048	-0.832	0.927
69	11 (16.9)	54 (83.1)	-0.324	-1.383	0.736	-0.121	-1.206	0.965	-0.010	-0.870	0.851
70	53 (27.3)	141 (72.7)	0.098	-0.641	0.838	0.142	-0.737	1.021	0.388	-0.269	1.046
71	54 (25.5)	158 (74.5)	0.128	-0.646	0.902	0.500	-0.377	1.378	-0.007	-0.749	0.736
72	5 (31.3)	11 (68.8)	0.222	-0.917	1.361	0.278	-0.843	1.398	-0.075	-1.098	0.948
73	5 (7.1)	65 (92.9)	0.499	-0.339	1.337	0.036	-0.981	1.054	-0.020	-0.876	0.835

H	Participation		Escarres catégorie 1 et supérieur			Escarres catégorie 2 et supérieur			Chute		
	Nr.	Non n (%)	Oui n (%)	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC
74	4 (7.8)	47 (92.2)	-0.043	-0.993	0.908	-0.223	-1.270	0.824	0.050	-0.827	0.928
75	1 (7.1)	13 (92.9)	-0.070	-1.235	1.095	-0.025	-1.157	1.107	0.620	-0.283	1.524
76	1 (16.7)	5 (83.3)	-0.049	-1.224	1.127	-0.017	-1.154	1.119	-0.031	-1.073	1.012
77	20 (18.2)	90 (81.8)	0.720	0.050	1.390	0.494	-0.379	1.367	0.260	-0.455	0.974
78	14 (21.2)	52 (78.8)	0.094	-0.805	0.993	0.027	-0.991	1.044	0.142	-0.691	0.974
79	8 (18.6)	35 (81.4)	0.138	-0.845	1.122	0.122	-0.928	1.173	0.316	-0.560	1.193
80	5 (29.4)	12 (70.6)	-0.052	-1.225	1.121	-0.017	-1.153	1.120	0.169	-0.838	1.175
81	51 (27.9)	132 (72.1)	0.478	-0.226	1.182	0.040	-0.879	0.959	-0.370	-1.101	0.361
82	89 (28.7)	221 (71.3)	0.790	0.303	1.278	0.470	-0.212	1.151	0.071	-0.483	0.625
83	3 (21.4)	11 (78.6)	-0.179	-1.297	0.938	-0.061	-1.175	1.054	0.020	-0.938	0.979
84	10 (19.6)	41 (80.4)	-0.503	-1.501	0.494	-0.234	-1.274	0.806	-0.048	-0.975	0.880
85	9 (22)	32 (78)	0.242	-0.784	1.269	0.155	-0.912	1.223	-0.174	-1.155	0.807
86	12 (52.2)	11 (47.8)	0.089	-0.993	1.171	-0.067	-1.178	1.044	-0.078	-1.099	0.942
87	33 (32.7)	68 (67.3)	0.360	-0.467	1.187	0.567	-0.343	1.477	0.342	-0.421	1.106
88	24 (19.7)	98 (80.3)	-0.159	-1.000	0.682	-0.131	-1.099	0.838	-0.324	-1.173	0.524
89	32 (18.6)	140 (81.4)	-0.717	-1.655	0.220	-0.361	-1.354	0.633	-0.157	-0.880	0.566
90	4 (7.4)	50 (92.6)	0.083	-0.884	1.051	0.378	-0.646	1.403	-0.303	-1.239	0.632
91	5 (20.8)	19 (79.2)	-0.181	-1.298	0.937	-0.073	-1.182	1.036	-0.149	-1.141	0.843
92	36 (27.5)	95 (72.5)	-0.344	-1.289	0.601	-0.007	-1.008	0.995	-0.403	-1.238	0.432
93	5 (31.3)	11 (68.8)	-0.183	-1.299	0.933	-0.067	-1.179	1.045	0.028	-0.934	0.990
94	20 (45.5)	24 (54.5)	-0.136	-1.271	0.999	-0.056	-1.173	1.061	-0.218	-1.184	0.749
95	9 (9.6)	85 (90.4)	-0.196	-1.101	0.710	-0.117	-1.096	0.862	-0.162	-0.990	0.665
96	6 (46.2)	7 (53.8)	-0.025	-1.212	1.162	-0.015	-1.152	1.123	-0.040	-1.078	0.998
97	5 (29.4)	12 (70.6)	-0.142	-1.275	0.991	-0.050	-1.170	1.069	-0.037	-1.076	1.003
98	17 (23.9)	54 (76.1)	-0.657	-1.618	0.304	-0.348	-1.350	0.654	-0.220	-1.101	0.661
99	24 (26.1)	68 (73.9)	1.515	0.749	2.280	0.582	-0.352	1.517	0.423	-0.414	1.259
100	8 (32)	17 (68)	-0.105	-1.255	1.044	-0.042	-1.166	1.083	-0.135	-1.132	0.861
101	1 (5)	19 (95)	-0.231	-1.334	0.872	-0.102	-1.200	0.996	-0.141	-1.136	0.854
102	30 (31.3)	66 (68.8)	-0.032	-0.977	0.914	-0.256	-1.293	0.780	0.012	-0.857	0.881
103	10 (17.5)	47 (82.5)	-0.299	-1.368	0.771	-0.157	-1.228	0.914	-0.178	-1.156	0.800
104	1 (7.7)	12 (92.3)	-0.025	-1.212	1.162	-0.012	-1.151	1.127	-0.046	-1.081	0.988
105	35 (41.7)	49 (58.3)	0.024	-0.932	0.980	-0.199	-1.252	0.853	0.044	-0.836	0.924
106	29 (34.1)	56 (65.9)	-0.080	-1.105	0.945	-0.199	-1.258	0.860	-0.013	-0.952	0.927
107	1 (3.2)	30 (96.8)	0.444	-0.536	1.425	0.111	-0.939	1.161	-0.128	-1.129	0.872
108	14 (14.6)	82 (85.4)	-0.616	-1.581	0.350	-0.250	-1.282	0.782	-0.481	-1.362	0.401
109	24 (35.3)	44 (64.7)	0.097	-0.874	1.069	-0.153	-1.224	0.918	0.029	-0.846	0.903
110	0 (0)	23 (100)	0.505	-0.602	1.611	-0.057	-1.174	1.060	-0.093	-1.106	0.919

H	Participation		Escarres catégorie 1 et supérieur			Escarres catégorie 2 et supérieur			Chute		
	Nr.	Non n (%)	Oui n (%)	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC
111	3 (7.9)	35 (92.1)	0.039	-1.026	1.104	-0.082	-1.186	1.022	0.063	-0.903	1.029
112	3 (21.4)	11 (78.6)	0.187	-0.932	1.305	-0.040	-1.164	1.085	-0.073	-1.097	0.951
113	12 (22.2)	42 (77.8)	0.134	-0.968	1.236	-0.100	-1.200	1.001	-0.127	-1.127	0.873
114	20 (25)	60 (75)	-0.413	-1.356	0.531	-0.418	-1.408	0.572	-0.509	-1.386	0.367
115	14 (53.8)	12 (46.2)	-0.067	-1.235	1.101	-0.031	-1.161	1.099	-0.067	-1.092	0.959
116	13 (30.2)	30 (69.8)	-0.021	-0.898	0.855	0.106	-0.841	1.053	-0.072	-0.930	0.785
117	3 (10.3)	26 (89.7)	-0.024	-1.066	1.018	-0.128	-1.211	0.956	-0.227	-1.193	0.739
118	23 (28.4)	58 (71.6)	0.981	0.140	1.821	0.962	0.030	1.894	-0.010	-0.875	0.855
119	5 (27.8)	13 (72.2)	-0.116	-1.257	1.025	-0.024	-1.157	1.108	-0.027	-1.071	1.016
120	45 (22.3)	157 (77.7)	0.154	-0.497	0.805	0.001	-0.792	0.794	-0.032	-0.644	0.580
121	16 (27.1)	43 (72.9)	0.170	-0.738	1.079	-0.222	-1.266	0.823	1.130	0.365	1.895
122	5 (31.3)	11 (68.8)	0.235	-0.908	1.379	-0.031	-1.160	1.099	0.147	-0.853	1.146
123	11 (17.5)	52 (82.5)	0.151	-0.950	1.252	0.230	-0.865	1.325	0.083	-0.889	1.056
124	1 (4.2)	23 (95.8)	-0.048	-1.222	1.127	-0.021	-1.155	1.114	-0.065	-1.090	0.961
125	97 (15.4)	532 (84.6)	0.579	0.270	0.888	1.137	0.779	1.494	-0.128	-0.538	0.281
126	16 (19)	68 (81)	-0.312	-1.272	0.649	-0.276	-1.306	0.753	0.068	-0.752	0.888
127	127 (18.8)	550 (81.2)	-0.316	-0.788	0.156	0.042	-0.489	0.574	-0.725	-1.223	-0.226
128	11 (28.9)	27 (71.1)	-0.105	-1.253	1.042	-0.033	-1.161	1.095	1.007	0.149	1.865
129	92 (34.6)	174 (65.4)	-0.411	-1.433	0.610	-0.189	-1.243	0.865	-0.174	-0.933	0.586
130	18 (56.3)	14 (43.8)	0.391	-0.681	1.462	-0.077	-1.185	1.031	0.256	-0.692	1.205
131	83 (26.8)	227 (73.2)	0.067	-0.462	0.595	0.191	-0.495	0.877	0.439	-0.060	0.938
132	2 (10)	18 (90)	-0.251	-1.342	0.839	-0.120	-1.210	0.969	-0.153	-1.145	0.838
133	5 (27.8)	13 (72.2)	-0.030	-1.214	1.154	-0.015	-1.152	1.123	-0.035	-1.075	1.005
134	3 (27.3)	8 (72.7)	-0.198	-1.310	0.914	-0.094	-1.194	1.005	0.230	-0.804	1.263
135	43 (30.3)	99 (69.7)	0.244	-0.569	1.057	-0.169	-1.126	0.788	-0.407	-1.235	0.422
136	3 (13.6)	19 (86.4)	-0.052	-1.224	1.120	-0.019	-1.154	1.117	-0.105	-1.025	0.815
137	12 (32.4)	25 (67.6)	-0.102	-1.124	0.920	0.148	-0.914	1.210	0.157	-0.688	1.003
138	22 (19.5)	91 (80.5)	-0.192	-1.044	0.661	-0.226	-1.174	0.722	0.022	-0.737	0.781
139	1 (1)	98 (99)	-0.157	-1.082	0.769	-0.334	-1.344	0.675	0.126	-0.536	0.787
140	0 (0)	2 (100)	-0.032	-1.216	1.151	-0.006	-1.149	1.136	-0.004	-1.060	1.051
141	37 (37.8)	61 (62.2)	0.119	-0.722	0.961	0.098	-0.847	1.043	0.037	-0.775	0.848
142	1 (12.5)	7 (87.5)	-0.018	-1.209	1.172	-0.010	-1.150	1.130	-0.014	-1.064	1.037
143	39 (36.1)	69 (63.9)	-0.373	-1.415	0.668	-0.169	-1.235	0.897	-0.432	-1.327	0.463
144	0 (0)	40 (100)	-0.066	-1.230	1.098	-0.028	-1.158	1.103	-0.131	-1.127	0.866
145	43 (43.4)	56 (56.6)	0.075	-0.890	1.041	-0.161	-1.229	0.907	0.053	-0.824	0.930
146	0 (0)	3 (100)	-0.004	-1.203	1.195	-0.001	-1.147	1.144	-0.005	-1.060	1.050
147	3 (17.6)	14 (82.4)	0.165	-0.839	1.170	-0.170	-1.238	0.899	0.165	-0.696	1.025

H	Participation		Escarres catégorie 1 et supérieur			Escarres catégorie 2 et supérieur			Chute		
	Nr.	Non n (%)	Oui n (%)	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC
148	23 (23)	77 (77)	-0.211	-1.109	0.687	-0.350	-1.353	0.652	-0.520	-1.391	0.351
149	4 (6.1)	62 (93.9)	-0.219	-1.319	0.880	-0.107	-1.200	0.986	-0.060	-0.980	0.860
150	7 (22.6)	24 (77.4)	-0.064	-1.229	1.102	-0.036	-1.162	1.091	-0.119	-1.124	0.886
151	144 (22.7)	490 (77.3)	0.523	0.137	0.909	0.340	-0.211	0.891	0.372	-0.012	0.756
152	0 (0)	10 (100)	-0.023	-1.211	1.165	-0.012	-1.151	1.127	-0.014	-1.064	1.036
153	3 (60)	2 (40)	-0.004	-1.203	1.195	-0.002	-1.147	1.143	-0.004	-1.059	1.052
154	19 (16.4)	97 (83.6)	-0.589	-1.485	0.308	-0.449	-1.420	0.522	-0.002	-0.750	0.746
155	9 (69.2)	4 (30.8)	-0.009	-1.205	1.188	-0.004	-1.148	1.139	-0.006	-1.060	1.049
156	11 (15.3)	61 (84.7)	-0.076	-0.947	0.795	0.267	-0.651	1.184	0.021	-0.852	0.894
157	37 (24)	117 (76)	-0.430	-1.296	0.436	-0.524	-1.478	0.430	-0.138	-0.912	0.637
158	1 (33.3)	2 (66.7)	-0.003	-1.203	1.196	-0.001	-1.146	1.144	-0.026	-1.071	1.020
159	33 (35.5)	60 (64.5)	0.121	-0.770	1.012	-0.274	-1.297	0.749	-0.251	-1.202	0.699
160	0 (0)	3 (100)	-0.006	-1.204	1.191	-0.003	-1.147	1.141	-0.002	-1.059	1.054
161	0 (0)	8 (100)	-0.018	-1.209	1.172	-0.006	-1.149	1.136	0.402	-0.588	1.393
162	7 (28)	18 (72)	0.127	-0.974	1.228	-0.066	-1.179	1.046	0.019	-0.933	0.972
163	19 (18.4)	84 (81.6)	0.291	-0.464	1.047	0.279	-0.623	1.180	-0.537	-1.401	0.326
164	4 (22.2)	14 (77.8)	-0.033	-1.215	1.149	-0.016	-1.153	1.121	-0.033	-1.074	1.008
165	44 (26.7)	121 (73.3)	0.564	-0.085	1.213	0.414	-0.380	1.209	-0.166	-1.054	0.721
166	0 (0)	6 (100)	0.309	-0.865	1.483	-0.014	-1.152	1.124	-0.009	-1.062	1.044
167	9 (27.3)	24 (72.7)	-0.357	-1.408	0.693	-0.127	-1.211	0.957	-0.108	-1.022	0.806
168	0 (0)	3 (100)	-0.003	-1.203	1.196	-0.001	-1.146	1.145	-0.007	-1.061	1.046
169	8 (16.3)	41 (83.7)	-0.202	-1.200	0.796	-0.223	-1.272	0.825	0.533	-0.281	1.346
170	3 (7.1)	39 (92.9)	0.049	-0.914	1.013	-0.231	-1.274	0.813	-0.201	-1.171	0.770
171	3 (60)	2 (40)	-0.002	-1.202	1.198	-0.001	-1.146	1.145	-0.002	-1.058	1.055
172	0 (0)	8 (100)	0.389	-0.676	1.453	-0.075	-1.182	1.033	-0.080	-1.100	0.941
173	42 (24.6)	129 (75.4)	1.032	0.495	1.570	0.691	-0.028	1.411	-0.543	-1.295	0.209
174	1 (6.7)	14 (93.3)	-0.146	-1.276	0.984	-0.056	-1.173	1.061	0.238	-0.799	1.275
175	8 (22.9)	27 (77.1)	-0.096	-1.247	1.055	-0.032	-1.160	1.097	-0.131	-1.128	0.867
176	0 (0)	33 (100)	0.143	-0.965	1.250	0.244	-0.860	1.349	-0.166	-1.149	0.818
177	22 (31.9)	47 (68.1)	0.160	-0.682	1.003	0.204	-0.763	1.170	0.174	-0.534	0.882
178	4 (50)	4 (50)	-0.038	-1.219	1.143	-0.011	-1.151	1.129	0.186	-0.830	1.202
179	6 (28.6)	15 (71.4)	-0.035	-1.216	1.147	-0.019	-1.154	1.116	-0.039	-1.077	0.999
180	0 (0)	1 (100)	-0.001	-1.202	1.200	0.000	-1.146	1.145	-0.002	-1.059	1.054
181	25 (35.2)	46 (64.8)	-0.113	-1.254	1.028	-0.043	-1.165	1.080	-0.128	-1.126	0.869
182	3 (16.7)	15 (83.3)	-0.063	-1.230	1.105	-0.029	-1.159	1.101	-0.040	-1.077	0.998
183	1 (20)	4 (80)	-0.009	-1.205	1.187	-0.005	-1.148	1.139	-0.011	-1.063	1.041
184	4 (15.4)	22 (84.6)	-0.176	-1.294	0.942	-0.077	-1.184	1.030	-0.093	-1.106	0.921

H	Participation		Escarres catégorie 1 et supérieur			Escarres catégorie 2 et supérieur			Chute				
	Nr.	Non n (%)	Oui n (%)	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	
185	24	(40.7)	35	(59.3)	-0.050	-1.083	0.983	-0.139	-1.217	0.939	-0.152	-1.140	0.836
186	3	(23.1)	10	(76.9)	-0.110	-1.256	1.037	-0.039	-1.164	1.086	-0.059	-1.088	0.969
187	8	(40)	12	(60)	-0.025	-1.212	1.161	-0.013	-1.152	1.125	-0.027	-1.071	1.017
188	1	(6.3)	15	(93.8)	-0.033	-1.215	1.150	-0.014	-1.152	1.124	-0.043	-1.079	0.993
189	3	(33.3)	6	(66.7)	-0.013	-1.207	1.181	-0.006	-1.148	1.137	-0.012	-1.063	1.039
190	9	(15.8)	48	(84.2)	-0.342	-1.301	0.617	-0.354	-1.361	0.652	0.080	-0.745	0.905
191	3	(21.4)	11	(78.6)	-0.325	-1.388	0.738	-0.123	-1.209	0.963	-0.036	-0.977	0.905
192	2	(15.4)	11	(84.6)	-0.100	-1.254	1.053	-0.038	-1.164	1.088	-0.019	-1.067	1.028
193	43	(17.6)	202	(82.4)	0.382	-0.195	0.959	-0.132	-0.911	0.647	-0.047	-0.633	0.539
194	4	(40)	6	(60)	-0.096	-1.250	1.058	-0.030	-1.160	1.099	0.296	-0.666	1.259
195**	1	(100)	0	(0)	-	-	-	-	-	-	-	-	-

H = hôpital ; Nr. = numéro ; Rés. = Résidu ; IC = Intervalle de confiance.

* Résidus et limites des intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres de catégorie 1 et supérieur (données provenant des figures 19 et 31 - 34) ; résidus et limites des intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur (données provenant des figures 20 et 35 - 38) ; résidus et limites des intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital (données provenant des figures 29 et 39 - 42).

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

Mentions légales

Titre	Mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres Rapport final de la mesure 2016 – adultes
Année	Mai 2017
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 Niklaus Bernet, MScN, collaborateur scientifique, Ra&D Soins, suppléant pour la conduite du projet Dr phil. habil. Dirk Richter, enseignant Ra&D Soins Eliane Gugler, MNS, enseignant Ra&D Soins Silvia Thomann, BScN, assistante de recherche Ra&D Soins Margarithe Schlunegger, BScN, assistante de recherche Ra&D Soins Antonia Baumgartner, B.A., assistante de recherche Ra&D Soins Maurus Ruf, BScN, assistant auxiliaire scientifique Ra&D Soins
Projektteam BFH	Prof. Sabine Hahn, PhD, RN, responsabilité scientifique du projet Christa Vangelooven, MNS, responsable de projet Niklaus Bernet, MScN, collaborateur scientifique, Ra&D Soins, Suppléant pour la conduite du projet Dr phil. habil. Dirk Richter, enseignant Ra&D Soins Eliane Gugler, MNS, enseignant Ra&D Soins Karin Thomas, MScN, collaboratrice scientifique Ra&D Soins Franziska Iff, MSc Physio, collaboratrice scientifique Ra&D Soins Anita Fumasoli, MNS, collaboratrice scientifique Ra&D Soins Antoinette Conca, MNS, collaboratrice scientifique Ra&D Soins Silvia Thomann, BScN, assistante de recherche Ra&D Soins Margarithe Schlunegger, BScN, assistante de recherche Ra&D Soins Antonia Baumgartner, B.A., assistante de recherche Ra&D Soins Maurus Ruf, BScN, assistant auxiliaire scientifique 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, enseignant-chercheur Mauro Realini, MScN, enseignant-chercheur Nunzio de Bitonti, enseignant-chercheur Dr. Maria Caiata Zufferey responsable recherche Santé, DEASS Prof. Dr. Christine Butti, responsable recherche et développement, DEASS
Conseil en statistiques	Prof. Dr. Marianne Müller, School of Engineering, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften/Haute école zurichoise des sciences appliquées
Membres du groupe qualité mesure de pré- valence	Franziska Berger, directrice des soins, Spital Bülach Anna Bernhard, responsable due développement des soins, Stadtspital Triemli Florence Carrea Bassin, Direction de Soins, CHUV Lausanne Els De Waele, coordinatrice de la qualité des soins et de la sécurié des patients, Hôpital du Valais Dr. Christian Heering, spécialiste en soins infirmiers, Felix Platter Spital (jusqu'au juillet 2017) Heidi Friedli-Wüthrich, responsable du développement des soins, Spital Emmental AG Dieter Gralher, responsable du développement des soins, Luzerner Kantonsspital Claudia Imbery, spécialiste en soins infirmiers, Klinik Hirslanden St. Anna, Luzern Heike Labud, Infirmière clinicienne en diabétologie et spécialiste en plaies, Etablissements Hospitaliers du Nord-Vaudois, Yverdon-les-Bains Anne-Claire Rae, infirmière à l'antenne Qualité de la Direction des Soins, HUG Angela Reithmayer, spécialiste en soins infirmiers, Spital FMI Interlaken Silvia Zilioli, responsable qualité, Inselspital Bern
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

