



Chutes et escarres

Médecine somatique aigue adultes

Rapport comparatif national

Mesure 2017

Août 2018 / Version 1.1

Tables des matières

Résumé	5
Liste des abréviations	10
1. Introduction	12
1.1. Contexte	12
1.2. Définition des termes.....	13
1.2.1. Mesure de la prévalence	13
1.2.2. Escarres	14
1.2.3. Chutes et conséquences des chutes	15
2. Buts visés, problématique et méthodologie.....	16
2.1. Buts visés et problématique.....	16
2.2. Méthode	16
2.2.1. Méthode LPZ 2.0.....	16
2.2.2. Collecte des données.....	16
2.2.3. Analyse descriptive des données	17
2.2.4. Analyse des données ajustée au risque	17
2.2.5. Remarques quant à l'établissement des rapports	17
3. Résultats descriptifs de la participation à la mesure et population.....	20
3.1. Hôpitaux participants.....	20
3.2. Unités de soins participantes.....	21
3.3. Patient-e-s participant-e-s.....	22
3.3.1. Taux de participation	22
3.3.2. Raisons de non-participation	25
3.4. Caractéristiques des patient-e-s participant-e-s	26
3.4.1. Caractéristiques générales	26
3.4.2. Groupes de diagnostics CIM.....	27
4. Indicateur escarres.....	29
4.1. Résultats descriptifs pour l'indicateur escarres	29
4.1.1. Caractéristiques des patient-e-s avec escarres nosocomiales.....	29
4.1.2. Taux de prévalence des escarres.....	32
4.1.3. Taux de prévalence des escarres nosocomiales par type d'unité de soins	35
4.1.4. Moment d'apparition des escarres	36
4.1.5. Nombre d'escarres selon la classification EPUAP	36
4.1.6. Localisation des escarres.....	39
4.1.7. Interventions de prévention des escarres	40
Rapport comparatif national chutes et escarres médecine somatique aiguë adultes, 2017, version 1.1	2

4.1.8.	Indicateurs de structure escarres	45
4.2.	Évaluation ajustée au risque de l'indicateur escarres	47
4.2.1.	Escarres nosocomiales	47
4.2.2.	Escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur	50
4.3.	Discussion et conclusions pour l'indicateur escarres	53
4.3.1.	Comparaison internationale des taux de prévalence	53
4.3.2.	Comparaison des taux nationaux de prévalence des escarres nosocomiales	56
4.3.3.	Résultats ajustés au risque	57
4.3.4.	Indicateurs de processus et de structure	58
5.	Indicateur chutes	60
5.1.	Résultats descriptifs pour l'indicateur chutes	60
5.1.1.	Caractéristiques des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital	60
5.1.2.	Taux des chutes à l'hôpital	63
5.1.3.	Taux de chutes survenues en hôpital selon le type d'unité de soins	65
5.1.4.	Taux de blessures	66
5.1.5.	Conséquences des chutes	68
5.1.6.	Interventions de prévention des chutes	69
5.1.7.	Indicateurs de structure chutes	74
5.2.	Évaluation ajustée au risque de l'indicateur chutes	75
5.3.	Discussion et conclusions pour l'indicateur chutes	78
5.3.1.	Comparaison internationale des taux de chutes, des conséquences de la chute et des taux de blessures consécutives aux chutes	78
5.3.2.	Comparaison des taux nationaux de chutes à l'hôpital	82
5.3.3.	Résultats ajustés au risque	82
5.3.4.	Indicateurs de processus et de structure	83
6.	Discussion relative à la mesure globale	85
6.1.	Participation à la mesure	85
6.2.	Population	86
6.3.	Indicateurs de qualité sensibles des soins et développement de la qualité	87
6.3.1.	Escarres nosocomiales	88
6.3.2.	Chutes à l'hôpital	89
6.3.3.	Stratégie de développement de la qualité	90
6.4.	Points forts et limites	92
7.	Conclusions et recommandations concernant la mesure globale	94
7.1.	Participation à la mesure et population	94
7.2.	Recommandations relatives aux indicateurs des résultats sensibles des soins et au développement de la qualité	94



7.3. Recommandations quant à la méthodologie	95
7.4. Recommandations quant à la mesure de la prévalence.....	96
Bibliographie	97
Liste des figures	104
Liste des tableaux.....	107
Annexe	109
Mentions légales.....	144

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 de Suisse et de la Principauté du Liechtenstein. 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 mener une fois par an la mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres. En ce qui concerne la collecte des données au Tessin et en Romandie, la BFH coopère avec la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI) et la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR).

La méthode de mesure utilisée est la méthode éprouvée, reconnue au plan international et développée par l'Université de Maastricht (International Prevalence Measurement of Quality of Care), LPZ International. L'indicateur escarres est relevé sous forme d'une prévalence ponctuelle, tandis que l'indicateur chutes est mesuré rétrospectivement sur une période maximale de 30 jours.

Le présent rapport national cherche en premier lieu à faire état des événements potentiellement évitables au cours de l'hospitalisation. Pour les deux indicateurs, cela implique que l'accent est mis sur les escarres et chutes nosocomiaux (acquises/survenues en milieu hospitalier) ainsi que sur les blessures causées par les chutes à l'hôpital.

Problématique

En résumé, cette septième mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres menée dans les hôpitaux suisses traitait des problématiques suivantes :

- Quels sont les taux de prévalence nosocomiale totale ainsi que les taux de prévalence nosocomiale des escarres catégorie 2 ?
- Quel est le taux des chutes survenues en milieu hospitalier ?
- 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 14 novembre 2017. Tous/toutes les patient-e-s de 18 ans et plus hospitalisé-e-s le jour de référence ont été inclus dans la mesure. Les patientes hospitalisées dans les unités d'obstétrique ainsi que dans les unités de soins des urgences, cliniques de jour, salles de réveil et unités de soins ambulatoires étaient exclues de la mesure.

La mesure englobait des données relatives aux patient-e-s, aux unités de soins et aux hôpitaux aussi bien au niveau de la structure et des processus qu'au niveau des résultats (outcomes). Les indicateurs de résultat, ainsi que quelques questions spécialement identifiées, étaient relevés directement auprès du/de la patient-e par les équipes en charge de la mesure, composées de deux infirmier-ère-s. Les autres informations avaient été récupérées dans le dossier patient.

Participant-e-s

Au total, des données de 198 hôpitaux (1 189 unités de soins) ont pu être intégrées à l'analyse. Parmi eux, il y avait cinq hôpitaux universitaires (K111), 71 hôpitaux de prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (K112), 77 hôpitaux de soins de base (K121-123) et 45 cliniques spécialisées (K221 & K231-K235).

Le jour de la mesure, 17 438 patient-e-s de 18 ans et plus étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux participants. Parmi ces personnes, 13 227 ont participé à la mesure, ce qui correspond à un taux de participation nationale à 75,9 %.

Résultats de l'indicateur escarres

Taux de prévalence des escarres

Au niveau national, le *taux de prévalence totale* était de 6,9 %. Le taux de prévalence nosocomiale totale était de 4,3 %, et le taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur de 2,0 %. Dans l'ensemble, les taux de prévalence sont restés quasi identiques à ceux de l'an passé.

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. Par rapport aux résultats d'autres mesures LPZ, les valeurs suisses se situent à un niveau comparable, voire légèrement inférieur, à celui des Pays-Bas, mais supérieur à celui de l'Autriche ou de la Turquie.

Le taux de prévalence des *escarres nosocomiales catégorie 2 et supérieur* des hôpitaux suisses s'inscrit également dans la plage inférieure des valeurs de la littérature (2,2 % – 4,4 %). Cependant, par comparaison avec la mesure LPZ aux Pays-Bas et en Autriche, les valeurs suisses sont plus élevées.

Selon l'évaluation clinique subjective, les *taux de prévalence nosocomiale chez les patient-e-s présentant un risque d'escarres* ont légèrement baissé par rapport à l'année précédente. Le taux de prévalence nosocomiale totale a baissé de 1,5 point de pourcentage pour atteindre 12,7 %, et le taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur de 0,4 point de pourcentage pour atteindre 6,1 %.

Ajustement au risque

Pour évaluer les variables relatives aux patient-e-s permettant de prédire le risque d'apparition d'une escarre nosocomiale, des modèles logistiques hiérarchiques ont été utilisés.

Dans le modèle, se sont dégagées comme variables prédictives significatives, indépendantes les unes des autres, des *escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur* les cas suivants : l'évaluation clinique subjective des infirmier-ère-s a indiqué qu'il y avait un risque d'apparition d'escarres ; le nombre de jours depuis l'admission à l'hôpital était plus élevé ; et/ou le/la patient-e présentait une dépendance aux soins grandissante. En outre, l'analyse a permis d'identifier des groupes de diagnostics CIM augmentant ou au contraire réduisant le risque d'apparition d'une escarre. Lorsque l'on prend en compte les variables prédictives mentionnées, il devient visible dans l'évaluation de l'ensemble des hôpitaux ajustée au risque que treize hôpitaux s'écartent négativement, au sens clinique, de la moyenne des hôpitaux, et un hôpital positivement.

Dans le modèle, se sont dégagées comme variables prédictives significatives des *escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur* les cas suivants : l'évaluation clinique subjective des infirmier-ère-s a indiqué qu'il y avait un risque d'apparition d'escarres ; le nombre de jours depuis l'admission à l'hôpital était plus élevé ; le/la patient-e présentait une dépendance aux soins grandissante ; le/la patient-e avait subi une intervention chirurgicale dans les 14 derniers jours ; et/ou il/elle présentait certains groupes de diagnostics CIM augmentant ou réduisant de même le risque d'apparition d'une escarre. L'évaluation de l'ensemble des hôpitaux montre que quatre hôpitaux s'écartent significativement négativement de la moyenne au sens clinique.

Indicateurs de processus et de structure

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 ou de son intégration active. 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 13 227 patient-e-s participant-e-s à la mesure au total, 499 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* était identique à celui de l'année dernière, soit 3,8 %. Par rapport à d'autres mesures LPZ, cette valeur est légèrement inférieure à celle de l'Autriche et de la Turquie, mais supérieure à celle des Pays-Bas. Si l'on compare avec les chiffres mentionnés dans la littérature, les taux suisses sont à considérer comme plutôt élevés, la majorité des études compulsées faisant état de valeurs inférieures à celles de la Suisse.

Tout juste un tiers des participant-e-s présentait un risque de chute en raison d'une chute dans l'anamnèse. Le *taux de chute chez les patient-e-s à risque* était de 7,2 %.

Parmi les 499 patient-e-s ayant chuté à l'hôpital, 150 étaient concerné-e-s par des conséquences de la chute, ce qui correspond à un *taux total de blessures* de 30,1 % au niveau national. Comparée aux valeurs des mesures LPZ d'autres pays, cette valeur est légèrement inférieure à celle de l'Autriche et de la Turquie, mais supérieure à celle des Pays-Bas. Si l'on compare avec les valeurs de la littérature internationale (taux variant entre 15,8 % et 41,0 %), le taux national total des blessures se trouve dans la plage supérieure.

Ajustement au risque

Pour évaluer les variables relatives aux patient-e-s permettant de prédire le risque de chuter à l'hôpital, des modèles logistiques hiérarchiques ont été utilisés.

Dans le modèle, se sont imposées comme variables prédictives significatives, indépendantes les unes des autres, des *chutes à l'hôpital* les cas suivants : le nombre de jours depuis l'admission à l'hôpital était plus élevé ; le/la patient-e présentait un risque de chute en raison d'une chute dans l'anamnèse ; la prise de sédatifs et/ou de médicaments influençant le comportement ; et/ou une dépendance aux soins grandissante. En matière de dépendance aux soins, il faut toutefois noter qu'une dépendance complète ne s'accompagnait pas d'un risque de chute significatif dans le modèle. Il est probable que cela s'explique par une mobilité réduite des patient-e-s. En outre, le groupe de diagnostics troubles mentaux et du comportement, dans lequel on classe la démence, s'est révélé pertinent dans le modèle. En revanche, le risque de chuter à l'hôpital était bien moindre pour les femmes et dans les cas où le/la patient-e avait été opéré-e dans les 14 jours avant la mesure. Lorsque l'on prend en compte les variables prédictives susmentionnées, il apparaît dans l'évaluation ajustée au risque de l'ensemble des hôpitaux qu'aucun hôpital ne s'écarte de la moyenne, que ce soit de manière positive ou négative au sens clinique.

Indicateurs de processus et de structure

La *documentation du risque de chutes* (chute dans l'anamnèse) manquait chez 26,7 % des patient-e-s à risque ainsi que chez 14,8 % des personnes ayant chuté à l'hôpital. Par rapport à l'année précédente, on observe une évolution positive au niveau national. Pour 75,2 % de l'ensemble des participant-e-s, une *intervention* destinée à prévenir les chutes avait été mise en place. Par comparaison avec les parti-

cipant-e-s n'ayant pas chuté, les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital avaient reçu d'interventions préventives bien plus nombreuses (nombre moyen d'interventions de 3,0 contre 5,3). Ceci pourrait indiquer que l'événement de chute a déclenché un processus de sensibilisation.

En conclusion, l'on peut constater que certains résultats descriptifs indiquent que les hôpitaux introduisent des mesures complémentaires de développement dans le domaine de l'indicateur chutes. Par rapport à la mesure de l'année dernière, on note des signes d'une évolution positive en matière d'implémentation des indicateurs de processus (recensement des risques). Pour le développement des mesures d'amélioration de la qualité, il est à nouveau 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.

Discussion sur la mesure globale, conclusions et recommandations

Participation à la mesure

Le taux de participation des hôpitaux suisses de soins aigus rattachés au contrat de qualité national de l'ANQ était de 98,1 %. Les sites hospitaliers participants sont représentatifs 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. Le refus de participer chez patient-e-s, qui était de 43,5 %, reste la raison principale pour la non-participation.

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 la plage inférieure des valeurs de référence internationales. Ces résultats permettent de conclure que les stratégies préventives mises en place au niveau du processus font effet. Des analyses de coût montrent que les programmes de prévention efficaces sont plus économiques que le financement des soins liés aux escarres. Dans ce contexte, il apparaît plus particulièrement important en Suisse de garantir et maintenir le bon niveau de qualité dans les hôpitaux, et au besoin de le développer. Dans le domaine des indicateurs de processus, le recours accru aux mesures de prévention en position assise, le développement de l'éducation du/de la patient-e, l'intégration des personnes concernées ainsi que la formation des collaborateur-trice-s pourraient servir d'approches du développement de la qualité.

En ce qui concerne l'*indicateur chutes*, les taux sont également restés plutôt stables au fil des ans. L'on constate toutefois que les résultats de la Suisse restent plutôt élevés dans la comparaison internationale. Le taux de blessures graves suite à une chute à l'hôpital, plus particulièrement, est plus de deux fois plus élevé en Suisse que dans d'autres pays LPZ ou que les taux trouvés dans la littérature internationale. Au regard des lourdes répercussions qu'une chute avec blessures peut avoir sur les personnes et des coûts de prise en charge plus élevés que cela implique, il semblerait qu'il y ait un potentiel d'amélioration à réaliser dans ce domaine. Au niveau du processus, il apparaîtrait, comme les années passées, que les mesures préventives sont plutôt prises en réaction, c'est-à-dire seulement suite à une chute à l'hôpital. Ceci peut s'observer de par le fait que chez 15 % des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital, aucun risque n'avait été recensé. L'on peut en déduire une approche centrale en matière de mesures d'amélioration, qui consisterait en l'identification précoce des personnes à risque par le biais d'un dépistage systématique des risques basé sur l'anamnèse de la chute et en la prise proactive et conséquente de mesures de prévention.

Des approches récentes en matière de développement de la qualité, développées dans des études internationales portant sur le développement de la qualité, partent du postulat d'une combinaison des méthodes de développement de la qualité avec des interventions spécialisées telles que les approches aux niveaux de l'organisation et du système. Sont abordées dans ce cadre l'implémentation durable

d'approches multi-interventions spécifiques aux indicateurs, ainsi que les mesures d'accompagnement qui seraient en pratique intégrées activement au processus d'amélioration par des spécialistes. En ce qui concerne l'indicateur chutes, il apparaît également que des aspects de la culture de l'organisation (leadership, culture de la sécurité, communication, etc.) seraient de première importance. Ces dernières années, les approches au niveau global, c'est-à-dire les *coopérations interinstitutionnelles visant à développer la qualité*, ont gagné du terrain. La mise en commun de ressources scientifiques (externes) d'une part et des ressources cliniques et spécialisées (internes) d'autre part a permis d'unir les forces et d'aborder des défis internes aux institutions.

Recommandations quant à la méthodologie

Il est recommandé, dans le cadre du développement du questionnaire LPZ 2.0, de contrôler dans quelle mesure le critère de la durée de deux heures est encore d'actualité dans la question concernant la formation du personnel, à savoir si tous les membres avaient suivi dans les deux ans un cours de remise à jour de minimum deux heures. L'objectif serait ici de mieux représenter des formes de formations plus récentes dans le questionnaire.

En ce qui concerne le développement du programme de saisie des données LPZ 2.0, il est recommandé de mieux séparer visuellement les différents types d'hôpitaux des domaines des soins aigus et hors soins aigus afin d'aider les auto-déclarations de classification d'hôpital à être aussi correctes que possible.

La diminution du taux de chutes, mais aussi la réduction des blessures graves, donne des indications à propos de la qualité des résultats d'un hôpital. En ce sens, il est recommandé de vérifier dans quelle mesure le rapport national, tout comme le portail de données LPZ 2.0 spécifique à l'institution, doivent faire figurer les taux de blessures en plus des taux de chute à l'hôpital.

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 faire développer une procédure d'audit par une instance indépendante de la BFH afin d'évaluer le respect de la méthode LPZ 2.0 et ainsi de développer la qualité.

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. 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.

Au vu de la fluctuation des taux de prévalence nosocomiale dans les années 2011 – 2017, 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 pour permettre un suivi. Les effets positifs avérés des mesures récurrentes sur le développement de la qualité contribuent à une sensibilisation durable envers l'indicateur en milieu clinique.

Selon l'OCDE, des données de qualité transparentes constituent un instrument clé au sens où elles permettent de rendre des comptes vis-à-vis du public, mais également au regard du potentiel d'amélioration de l'efficacité et de l'efficience du système de santé. 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. Elle s'inscrit donc en droite ligne des domaines d'action « Garantir et renforcer la qualité des soins » et « Garantir la transparence, améliorer le pilotage et la coordination » des priorités de la politique de santé du Conseil fédéral « Santé 2020 ».

Liste des abréviations

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
BFH	Haute école spécialisée bernoise (Berner Fachhochschule)
BScN	Bachelor of Science in Nursing
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
EC	Événements de chutes
EDS	Échelle de dépendance aux soins
EI	Écart interquartile
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
ÉT	Écart-type
GD	Groupes de diagnostics
H+	Les hôpitaux suisses
H	hôpital
HEdS-FR	Haute école de santé Fribourg
IC	Intervalle de confiance
infl.	influant
K111	Hôpital universitaire
K112	Hôpital de soins généraux
K121-123	Hôpitaux de soins de base
K221, K231-235	Cliniques spécialisées
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen
métab.	métabolique

MScN	Master of Science in Nursing
n	nombres
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
OCDE	Organisation de coopération et de développement
OFS/BFS	Office fédéral de la statistique
OR	Odds ratio (rapport des cotes)
Ostéo-artic.	ostéo-articulaire
Pat.	Patient-e-s
pat. à risque	Patient-e-s à risque
PPPIA	Pan Pacific Pressure Injury Alliance
Ra&D	Recherché appliquée et développement/prestations de service
RCT	randomized controlled trial
resp.	respectivement
Rés.	Résidu
SAfW	Association Suisse pour les soins de plaies
Santésuisse	Association faîtière des assureurs suisses de la branche de l'assurance-maladie
SD	Standard déviation (écart-type)
Serv. santé	Services de santé
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
U	Hôpital universitaire
Valeur p	Résultat du test de signification

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 de Suisse et de la Principauté du Liechtenstein. 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 l'exploitation et l'analyse des données de l'ensemble de la Suisse dans le cadre de la mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres dans le domaine des soins aigus des hôpitaux suisses pour le cycle de mesure 2017. En ce qui concerne la collecte des données au Tessin et en Romandie, une coopération existe avec la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI) et la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR).

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 complications 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 2017 aussi prévoit une mesure nationale de la prévalence des indicateurs de la qualité sensibles des soins chutes et escarres (Burston, Chaboyer, & Gillespie, 2014; Dubois et al., 2017; 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). Chez les patient-e-s adultes, la mise en œuvre de la mesure de la prévalence de 2017 s'est appuyée sur la méthodologie « LPZ 2.0 » entièrement remaniée de 2016.

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 certains aspects de la qualité des soins (prévalence, prévention, interventions) dans les hôpitaux et permettent une comparaison entre les hôpitaux. Les données font également l'objet d'une publication transparente, 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 instantanée. 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 de 30 jours maximum. Il peut ensuite être assimilé de façon méthodique à une prévalence sur un temps donné. 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'admission 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.

La figure 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, 2014) (cf. chapitre 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 : $5/100 \times 100 = 5 \%$.

Figure 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 2017 s'appuie sur la définition internationale proposée par les organismes NPUAP-EPUAP-PPPIA (2014, p. 11). Une escarre est 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 ».

Depuis l'année 2016, c'est la version actualisée de la classification NPUAP-EPUAP-PPPIA (2014), une classification comptant six manifestations de l'escarre plutôt que quatre, qui est utilisée. Ces manifestations 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 ».

Avant 2016, conformément aux spécifications du Manuel de la mesure Suisse, les manifestations de la classification « Inclassable : Perte tissulaire ou cutanée complète de profondeur inconnue » ainsi que « Dommages tissulaires profonds probables de profondeur inconnue » étaient affectées à la catégorie 4, de sorte que les taux de prévalence relevés avec la méthode LPZ 2.0 restent comparables sur l'axe temporel. Les analyses des années de mesure 2014 à 2017 ont montré que les taux de prévalence restent comparables sur le long terme, et ce même après la transition vers une classification en six manifestations d'escarres en 2016.

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). Les manifestations « Inclassable : Perte tissulaire ou cutanée complète de profondeur inconnue » et « Dommages tissulaires profonds probables de profondeur inconnue » ne sont pas dénommées catégorie 5 et 6 dans la littérature spécialisée, 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 totale (nosocomiale)* : 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.

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 ainsi que de l'échelle de Braden.

1.2.3. Chutes et conséquences des chutes

La mesure de la prévalence de 2017 fait à nouveau 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.

Les taux de blessures sont calculés comme suit, en application des recommandations et méthodologies de la littérature internationale (Agency for Healthcare Research and Quality [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.

Comme la qualité diagnostique (sensibilité, spécificité) des instruments d'évaluation du risque de chute disponibles reste toujours modérée dans le milieu hospitalier, l'anamnèse clinique pour la clarification des événements de chutes dans l'anamnèse (« fall history ») reste considérée comme la mesure la plus efficace dans l'identification précoce des patient-e-s à risque (cf. par exemple Castellini, Demarchi, Lanzoni, & Castaldi, 2017; Hou et al., 2017; Latt, Loh, Ge, & Hepworth, 2016). Pour cette raison, la méthode LPZ 2.0 n'intègre aucun instrument de risque pour recenser le risque de chute. Au lieu de cela, c'est le facteur de risque le plus important pour les chutes selon la littérature, c'est-à-dire une chute dans l'anamnèse (au cours des 12 mois précédant l'admission à l'hôpital) qui 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, c'est-à-dire dans les 12 mois précédant leur admission à l'hôpital, 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 prise de sédatifs et/ou médicaments influençant le comportement a été relevée comme facteur de risque supplémentaire.

D'autres renseignements détaillés et des ressources permettant de spécifier les définitions, d'évaluer le risque, de classifier l'escarre, traitant des aspects spécifiques des chutes et de leurs conséquences et permettant de répondre au questionnaire figurent dans le manuel de la mesure Suisse de la prévalence chutes et escarres 2017.

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 et décrit les méthodes d'analyse.

2.1. Buts visés et problématique

Cette septième mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres menée dans les hôpitaux suisses auprès des patient-e-s de 18 ans et plus traitait des problématiques suivantes :

- Quel est le taux de prévalence totale des escarres contractées durant l'hospitalisation (= nosocomiales) ?
- Quel est le taux de prévalence des escarres contractées durant l'hospitalisation (= nosocomiales) de catégorie 2 et supérieur ?
- Quel est le taux de prévalence des chutes survenues durant l'hospitalisation ?
- 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 figurer les résultats concernant aussi bien la période précédant l'admission à l'hôpital que la période après l'admission. L'analyse des données relatives aux escarres des enfants du cycle de mesure 2017 est décrite dans un rapport séparé (Bernet et al., 2018).

2.2. Méthode

2.2.1. 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). En 2016, la méthodologie LPZ appliquée aux adultes a été entièrement remaniée et est depuis désignée sous le nom « LPZ 2.0 ». Le concept d'évaluation de la mesure de la prévalence (Vangeloooven, Bernet, Richter, Thomann, & Baumgartner, 2018) publié sur le site Web de l'ANQ présente de façon générale la méthode LPZ 2.0 ainsi que son développement.

2.2.2. Collecte des données

Les données ont été recueillies le 14 novembre 2017. La collecte des données a été menée dans les hôpitaux de soins aigus rattachés au contrat de qualité national de l'ANQ.

Tous/toutes les patient-e-s de 18 ans et plus ayant le statut d'« hospitalisé-e » au moment de la mesure ont été intégré-e-s à la mesure. Les patientes hospitalisées dans les unités d'obstétrique ainsi que dans les unités de soins des urgences, cliniques de jour, salles de réveil et unités de soins ambulatoires étaient exclues de la mesure. 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 mesure englobait des données relatives aux patient-e-s, aux unités de soins et aux hôpitaux aussi bien au niveau de la structure et des processus qu'au niveau des résultats (outcomes). Certaines questions spécialement identifiées devaient obligatoirement être relevées par l'équipe en charge de la mesure auprès du/de la patient-e. Le dossier patient pouvait être utilisé comme source pour toutes les autres questions, c'est-à-dire que la personne en charge de la collecte définie a récupéré 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. L'équipe en charge de la mesure se constituait de deux infirmier-ère-s (un-e interne et un-e externe à l'unité des soins).

La veille et le jour même de la mesure, la BFH avait mis à disposition un helpdesk téléphonique en allemand, français et italien pour assister les hôpitaux dans la mise en œuvre de la mesure.

Toutes les données récoltées ont été entrées dans le programme de saisie des données LPZ 2.0 basé sur une banque de données au sein du domaine protégé du site Internet LPZ 2.0. Les hôpitaux participants avaient ensuite la possibilité de contrôler la plausibilité et l'exactitude de leurs données au niveau des institutions par le biais d'une prépublication des données brutes par LPZ Maastricht. Le processus de contrôle des données par les institutions est décrit plus en détails dans le concept d'évaluation au chapitre 5.4.1 (Vangelooven et al., 2018). En outre, la BFH a encore contrôlé les jeux de données nationaux aussi bien provisoires que finaux 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 au nombre de jours depuis l'admission, l'âge, le poids et l'affectation aux types d'hôpitaux. Par exemple, la BFH a contacté la coordinatrice ou le coordinateur des hôpitaux quand un nombre de jours depuis l'admission supérieur à 200 jours était indiqué, leur demandant de bien vouloir contrôler les données et le cas échéant de les corriger directement dans le questionnaire. De plus, pour la première fois dans le cadre de la vérification des données, la BFH a contrôlé l'intégrité des auto-déclarations de la classification des hôpitaux. Des divergences dans l'affectation du type d'hôpital par rapport à la classification de l'OFS (2006) ont ainsi pu être mises au jour, et plus précisément dans l'affectation entre « données ANQ » et « données non-ANQ ». Les classifications incorrectes ont été contrôlées avec les institutions concernées ainsi que l'ANQ et modifiées par les institutions elles-mêmes directement dans le questionnaire. Au total, trois erreurs de classification ont pu être décelées et corrigées.

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 donne des indications détaillées sur la méthodologie utilisée pour l'analyse descriptive (Vangelooven et al., 2018).

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 présente en détails la méthodologie utilisée pour l'analyse ajustée au risque (Vangelooven et al., 2018).

2.2.5. Remarques quant à l'établissement des rapports

Dans le cadre du développement continu de l'instrument de mesure et de l'assurance qualité dans l'établissement des rapports, les nouveautés et consignes suivantes sont d'une importance toute particulière pour le rapport comparatif national adultes de la mesure 2017. Les autres consignes de base pour l'établissement des rapports nationaux sont décrites dans le concept d'évaluation au chapitre 7.3 (Vangelooven et al., 2018).

Premièrement, comme pour les années précédentes, la description des résultats se fait par type d'hôpital dans le rapport 2017, conformément à la classification de l'OFS (2006). Les types d'hôpitaux sont

les hôpitaux universitaires (K111), les hôpitaux de prise en charge centralisée, les hôpitaux de soins généraux (K112), les hôpitaux de soins de base (K121-123) et les cliniques spécialisées (K221 & K231-K235). Les numéros de classification susmentionnés sont utilisés pour décrire les types d'hôpitaux aussi bien dans des tableaux et figures que dans le texte.

Deuxièmement, depuis l'introduction de la méthode LPZ 2.0, les diagnostics individuels CIM du catalogue CIM-10 sont comptabilisés dans le groupe de diagnostics CIM correspondant pour l'établissement des rapports. Le diagnostic individuel Diabète sucré, relevé séparément, a par exemple été intégré dans le groupe de diagnostics CIM correspondant Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques. Dans la mesure de 2017, l'option Pas de diagnostic a de plus été ajoutée aux réponses possibles.

Troisièmement, 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 questionnaire des patient-e-s LPZ 2.0 (version de 2017), il était possible de répondre par « Oui », « Non » ou « Inconnu » à la question d'une escarre, à la question d'une chute au cours des 12 mois précédant l'admission, 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 six 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.

Quatrièmement, le terme de patient-e-s à risque est utilisé uniformément dans le présent rapport avec le sens suivant :

- *Patient-e-s à risque d'escarre* : participant-e-s présentant un risque d'escarre selon l'évaluation clinique subjective des infirmier-ère-s.
- *Patient-e-s à risque d'escarre selon l'échelle de Braden* : participant-e-s ayant obtenu un score total ≤ 20 dans l'évaluation à l'aide de l'échelle de Braden. Selon la définition LPZ, ceci correspond à un risque d'escarre.
- *Patient-e-s à risque de chute* : participant-e-s ayant chuté dans les 12 mois avant l'admission à l'hôpital (= chute dans l'anamnèse).

S'appuyant sur la ligne directrice NPUAP-EPUAP-PPPIA (2014) et au vu des résultats de l'ajustement au risque soulignant ou montrant la plus grande significativité de l'évaluation clinique par rapport à l'évaluation selon l'échelle de Braden, le présent rapport fait surtout état des résultats en relation avec les patient-e-s à risque d'escarre selon l'évaluation clinique subjective.

Cinquièmement, suivant les recommandations du rapport de 2016 (Vangeloooven et al., 2017), les questions d'une chute dans les 12 mois avant l'admission (= chute dans l'anamnèse) et après la prise de sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement ont été adaptées dans le questionnaire de 2017 ainsi que dans le programme de saisie LPZ 2.0. Fait nouveau, une chute à l'hôpital n'était pas automatiquement recensée comme une chute dans les 12 derniers mois. Concrètement, ceci signifie qu'un-e participant-e peut présenter un risque de chute indépendamment du fait qu'il/elle ait chuté à l'hôpital. Cette distinction stricte entre chute dans l'anamnèse et chute à l'hôpital a permis, pour la première fois, l'utilisation de cette variable dans l'ajustement au risque. Autre nouveauté, la question de la prise de sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement a également été

recensée auprès de tous/toutes les patient-e-s. De la même manière, celle-ci a permis d'utiliser ce facteur de risque dans l'ajustement au risque. En raison des adaptations des deux questions susmentionnées, il se peut que des écarts apparaissent par rapport aux résultats de l'année précédente.

En outre, l'on a observé des valeurs manquantes dans la collecte de données de novembre 2017 pour ces variables. Selon LPZ, cela s'explique par une erreur de programmation du programme de saisie des données LPZ 2.0. Contrairement à ce qui aurait dû être, les importatrices et importateurs de données pouvaient en effet laisser deux de ces questions obligatoires sans réponse sans que le système n'empêche la clôture du questionnaire. Un questionnaire pouvait ainsi également être clos s'il manquait des données dans ces deux questions obligatoires. Suite à cela, le nombre de données manquantes s'est élevé à 71 pour la question d'une chute dans l'anamnèse, et à 132 pour la question de la prise de sédatifs et/ou de médicaments influençant le comportement. Dans l'analyse de la BFH, ces données manquantes ont été comptées dans la catégorie « non ».

Sixièmement, pour la première fois, la BFH a eu à disposition pour l'établissement du rapport de 2017 un jeu de données international LPZ comportant des données des Pays-Bas, de l'Autriche et de la Turquie. Ce jeu de données international a été exploité et analysé de la même façon que le jeu de données national. L'on peut ainsi dorénavant représenter les mêmes types d'hôpitaux et les mêmes populations, ce qui permet d'améliorer de façon significative la comparabilité des données internationales avec les données de Suisse. Les données de comparaison internationales des années de mesure 2016 et 2017 (méthode LPZ 2.0) étant disponibles, elles sont détaillées en conséquence dans le présent rapport.

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 ».

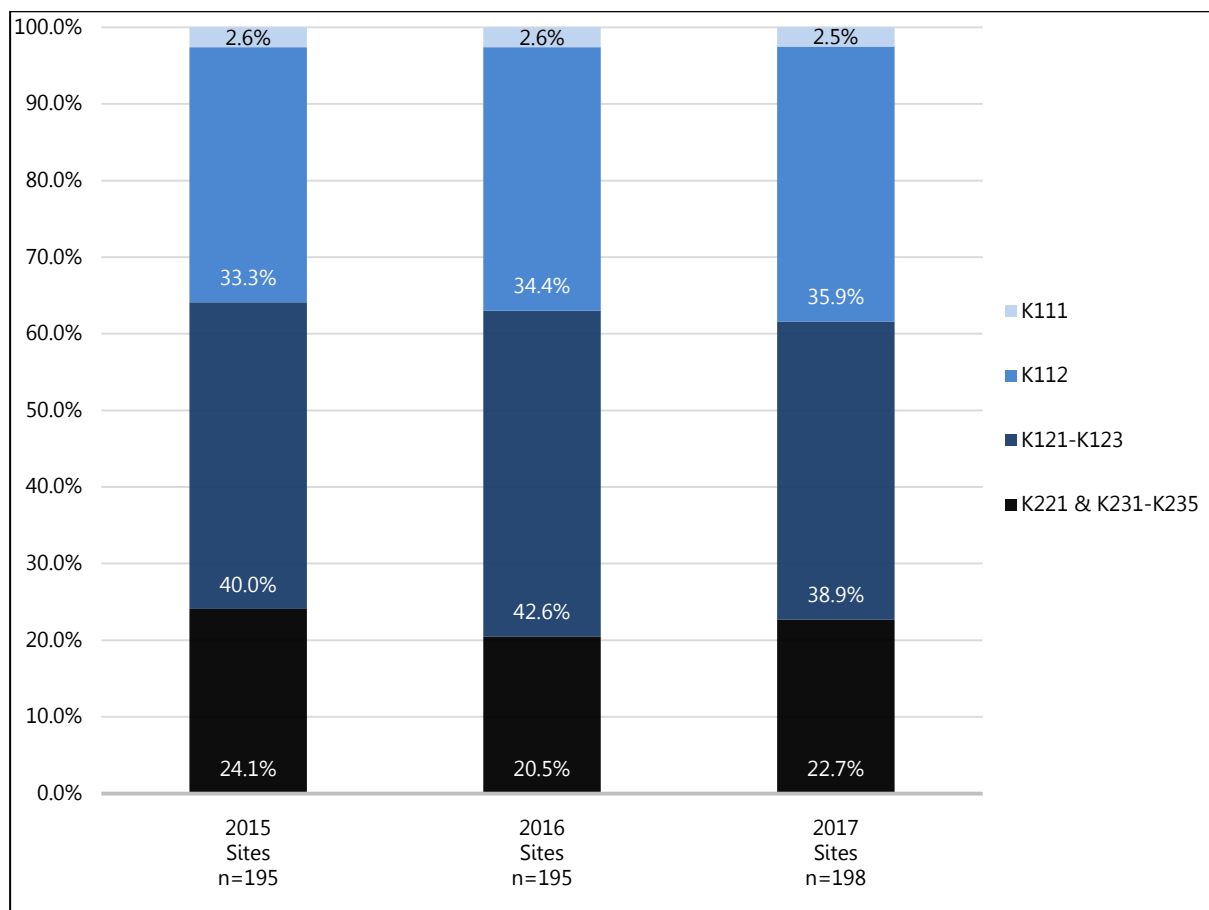
3. Résultats descriptifs de la participation à la mesure et population

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

200 sites hospitaliers en tout se sont inscrits pour la septième mesure de la prévalence au niveau national. Dans deux des 200 sites hospitaliers inscrits, aucun-e patient-e n'était hospitalisé-e au moment de la mesure, portant le nombre total de sites hospitaliers participants à 198 (30 groupes hospitaliers et 115 hôpitaux). La figure 2 décrit la distribution du pourcentage des sites hospitaliers par types d'hôpital au cours des trois dernières années de mesure au niveau national.

Figure 2 : distribution des sites hospitaliers par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure



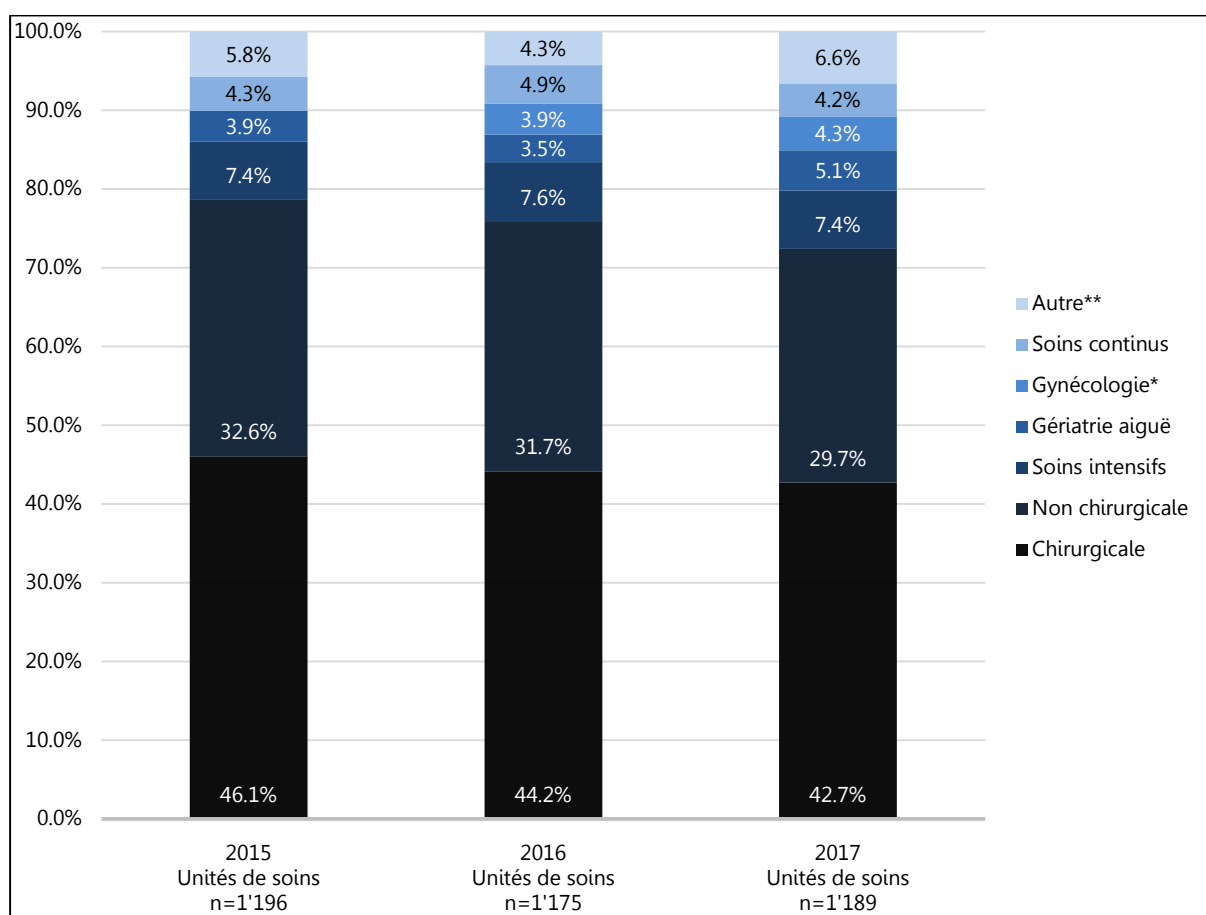
Par rapport aux années de mesure 2015 et 2016, trois sites hospitaliers de plus ont participé à la mesure en 2017. La distribution du pourcentage des sites hospitaliers par types d'hôpital est restée relativement constante au cours des trois dernières années de mesure. En plus des cinq hôpitaux universi-

taires (K111), 71 hôpitaux de prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (K112), 77 hôpitaux de soins de base (K121-123) et 45 cliniques spécialisées (K221 & K231-K235) ont participé à la mesure.

3.2. Unités de soins participantes

Lors du cycle de mesure 2017, un total de 1 189 unités de soins sur les 198 sites hospitaliers ont participé à la mesure. La figure 3 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 3 : distribution des unités de soins participantes par type d'unité au cours des 3 dernières années de mesure



* 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 2017, « Soins palliatifs » (premier recensement).

Sur la figure 3, 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. On remarque tout de même une légère augmentation des types d'unité de soins Gériatrie aiguë et Autre. L'augmentation de la part des unités de soins de gériatrie aiguë pourrait être due à un manque de clarté dans la classification des hôpitaux (cf. chapitre 2.2.5). L'augmentation observée dans la catégorie Autre tient vraisemblablement à l'introduction en 2017 du type d'unité de soins Unité de soins palliatifs, compté dans la catégorie Autre et indiqué dans 2,0 % de toutes les unités de soins. Cette modification dans la distribution des pourcentages

se traduit par une diminution des types d'unités de soins Chirurgicale et Non chirurgicale, qui contiennent de constituer, avec 72,4 %, la grande majorité des unités de soins.

La distribution des pourcentages des unités de soins participantes par type d'unité et par type d'hôpital, est décrite dans le tableau 17 en annexe. Dans ce tableau, le total des unités de soins participantes est de 1 179 ; en effet, dix des 1 189 unités de soins n'ont pu participer, car même si elles comptaient des patient-e-s hospitalisé-e-s, 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

17 438 patient-e-s de 18 ans et plus étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux suisses le jour de la mesure, le 14 novembre 2017. Parmi ceux-ci, 13 227 patient-e-s ont participé à la mesure, ce qui correspond à un taux de participation nationale à 75,9 %. La figure 4 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 4 : nombre de patient-e-s hospitalisé-e-s et participant-e-s ainsi que taux de participation lors des 3 dernières années de mesure

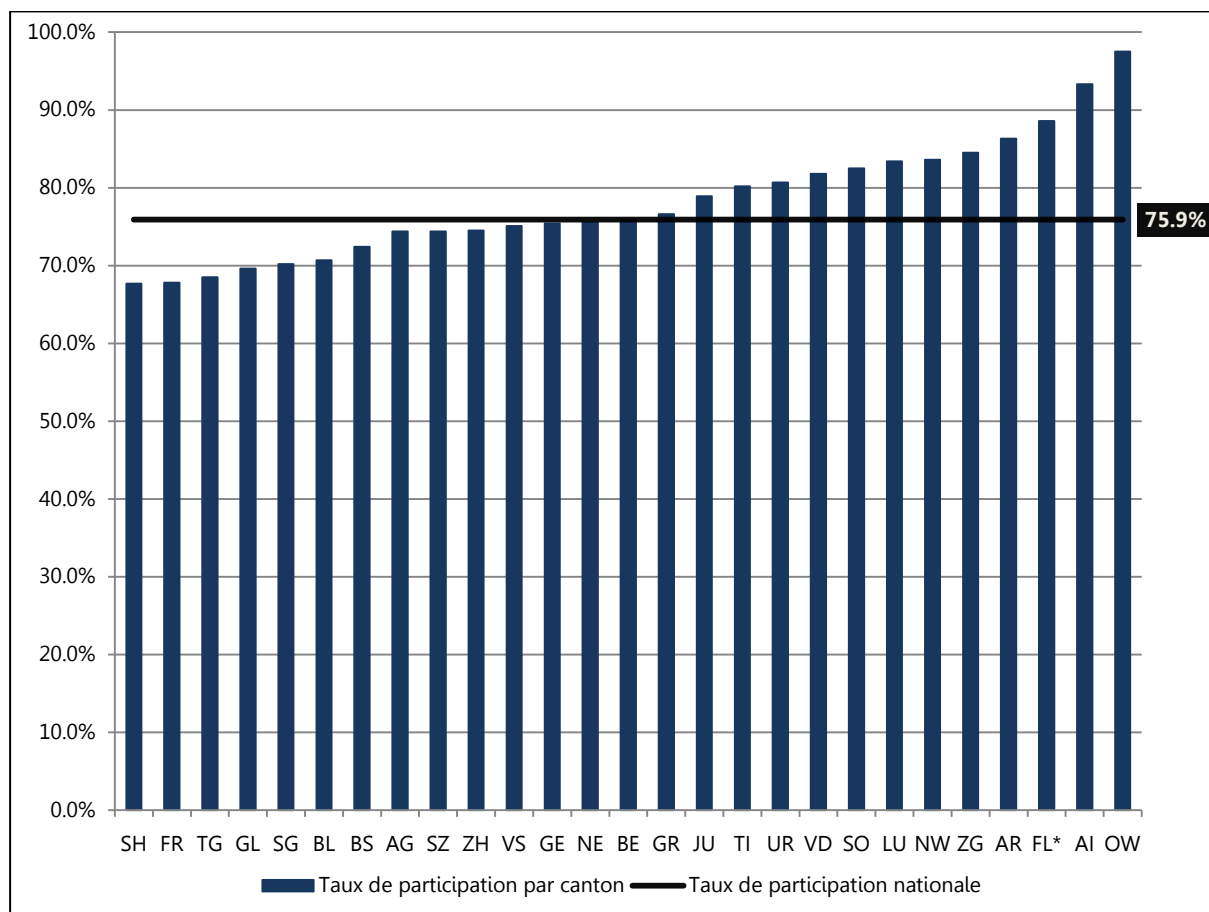


Le nombre de patient-e-s hospitalisé-e-s et participant-e-s ainsi que le taux de participation ont présenté des variations faibles au niveau national au cours des trois dernières années de mesure. Le taux

de participation nationale a reculé de 0,5 point de pourcentage par rapport à l'année dernière et se situe toujours juste en-dessous de 80 %.

Dans la figure 5, 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 5 : comparaison des taux de participation dans les cantons avec le taux de participation nationale

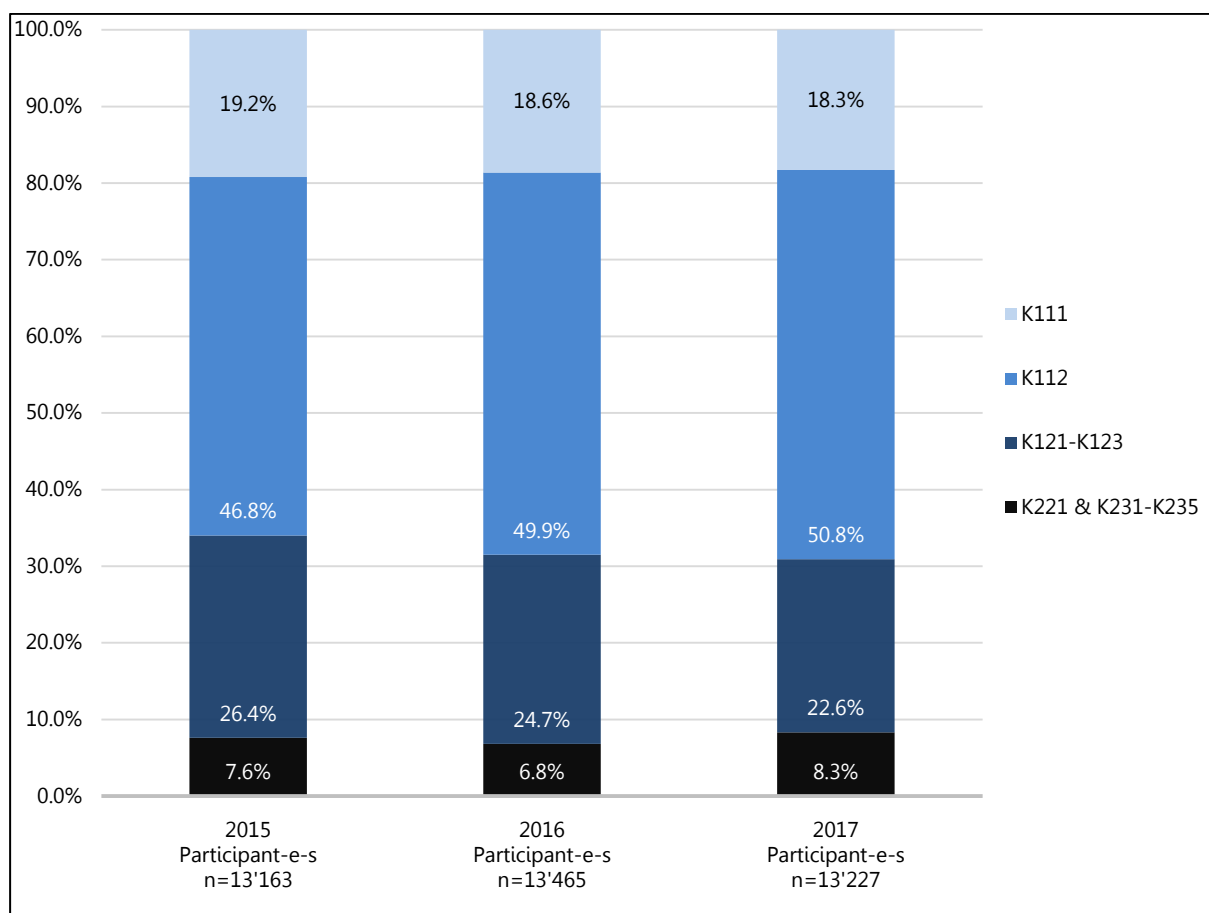


* FL = principauté du Liechtenstein

Le taux de participation dans les cantons se situe dans une largeur de fenêtre de 67,7 % à 97,5 %, tandis que le taux de participation nationale est de 75,9 %.

La figure 6 représente la distribution de pourcentages des 13 227 patient-e-s ayant participé à la mesure nationale de la prévalence par type d'hôpital dans les trois dernières années de mesure au niveau national.

Figure 6 : distribution des patient-e-s participant-e-s par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure



Phénomène indiquant une légère tendance à la hausse par rapport aux années de mesure de 2015 et 2016, pour la première fois, plus de la moitié des patient-e-s participant-e-s était hospitalisée dans le type d'hôpital K112 en 2017. Le pourcentage des patient-e-s participant-e-s dans le type d'hôpital K121-K123 a poursuivi sa baisse lors du cycle de mesure 2017.

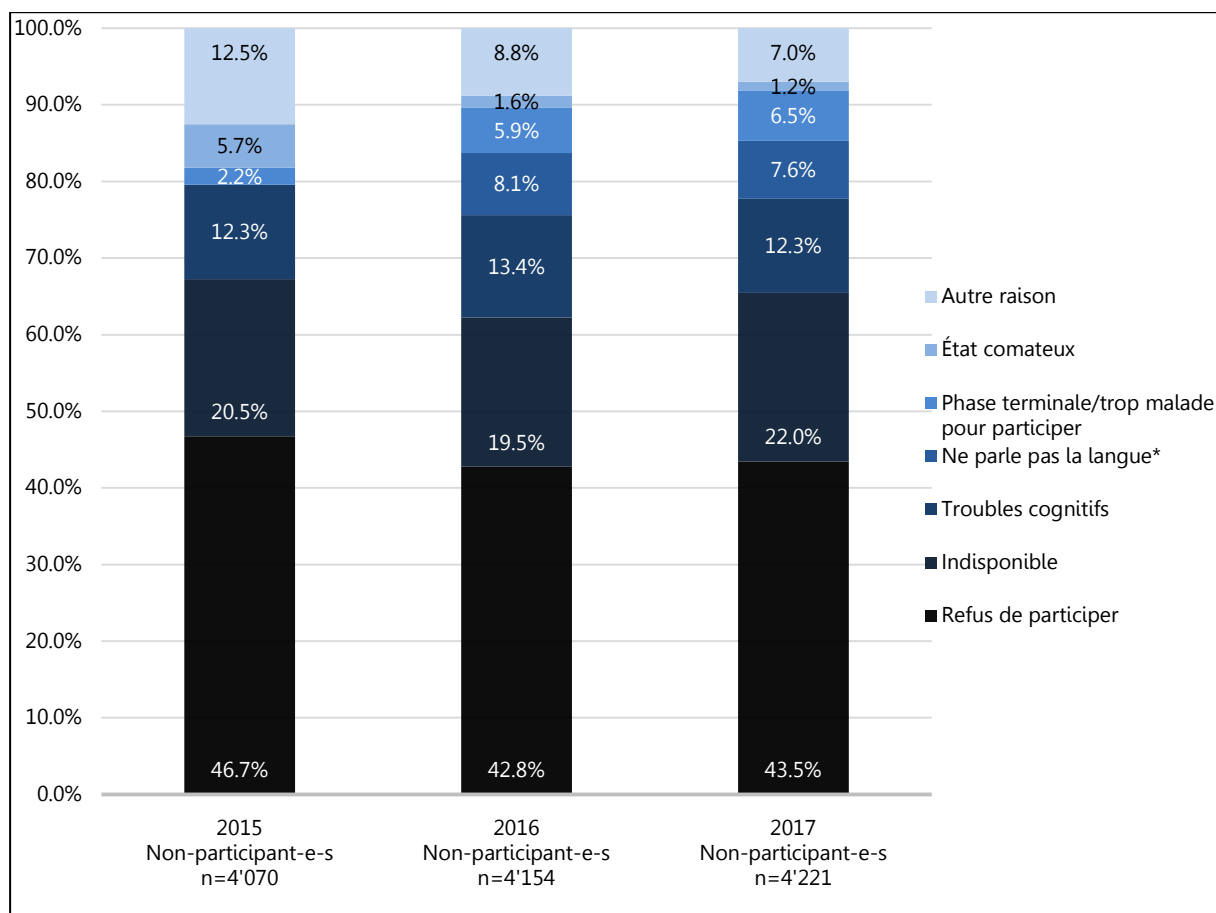
Lorsque l'on compare les taux de participation des différents types d'hôpitaux, le type d'hôpital K111 (76,9 %) présente le taux de participation le plus élevé. Les taux de participation des types d'hôpitaux K121-K123 (76,7 %), K221 & K231-K235 (75,4 %) et K112 (75,2 %) sont légèrement plus faibles.

Les taux de participation par hôpital figurent dans le tableau 28 en annexe.

3.3.2. Raisons de non-participation

Comme décrit au chapitre 3.3.1, 13 227 patient-e-s hospitalisé-e-s sur un total de 17 438 ont participé à la mesure de la prévalence de 2017. En conséquence, le nombre de patient-e-s n'ayant pas participé est de 4 211. Les raisons pour lesquelles ces patient-e-s n'ont pas participé à la mesure sont représentées dans la figure 7 ; les résultats sont donnés au niveau national.

Figure 7 : raisons de la non-participation au cours des 3 dernières années de mesure



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

Il s'avère que les raisons de non-participation pour l'année de mesure 2017 présentent une distribution exprimée en pourcentage similaire à celle de l'année 2016. Le décalage en pourcentage constaté entre 2015 et 2016/2017 est certainement lié au remaniement de la méthodologie LPZ 2.0. En effet, celui-ci avait débouché d'une part sur l'introduction de la catégorie de réponse Ne parle pas (ou ne comprend pas) la langue, et d'autre part sur la redéfinition des catégories de réponse Phase terminale/trop malade pour participer et État comateux. Depuis le remaniement de la méthodologie LPZ 2.0, les personnes trop malades pour participer sont enregistrées dans la catégorie de réponse Phase terminale/trop malade pour participer (avant la révision : Phase terminale), alors qu'elles étaient affectées à la catégorie de réponse État comateux ou trop critique (désormais État comateux) auparavant.

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

Les caractéristiques des 13 227 patient-e-s participant-e-s à la mesure sont décrites dans ce chapitre.

3.4.1. Caractéristiques générales

Le tableau 1 décrit les caractéristiques générales des patient-e-s participant-e-s, réparti-e-s par type d'hôpital.

Tableau 1 : caractéristiques des patient-e-s participant-e-s réparties par le type d'hôpital

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s participant-e-s	<i>n</i>	2423	6722	2986	1096	13227
Sexe (féminin)	<i>n (%)</i>	1039 (42.9)	3336 (49.6)	1569 (52.5)	605 (55.2)	6549 (49.5)
Intervention chirurgicale (oui)	<i>n (%)</i>	1005 (41.5)	2719 (40.4)	1426 (47.8)	730 (66.6)	5880 (44.5)
Âge (en ans)	<i>VM (ÉT)</i>	63.9 (17.21)	68.0 (16.92)	66.7 (17.35)	65.6 (17.24)	66.8 (17.17)
	<i>Médiane (EI)</i>	66.0 (22.00)	71.0 (23.00)	70.0 (24.00)	69.0 (23.00)	70.0 (24.00)
Nombre des jours depuis l'admission	<i>VM (ÉT)</i>	9.7 (16.63)	7.0 (10.24)	5.8 (7.42)	6.3 (10.97)	7.2 (11.31)
	<i>Médiane (EI)</i>	6.0 (10.00)	5.0 (7.00)	4.0 (6.00)	4.0 (6.00)	5.0 (7.00)
Nombre des groupes de diagnostics CIM	<i>VM (ÉT)</i>	3.3 (2.13)	3.6 (2.10)	3.0 (1.92)	3.1 (2.09)	3.4 (2.08)
	<i>Médiane (EI)</i>	3.0 (3.00)	3.0 (3.00)	3.0 (3.00)	3.0 (3.00)	3.0 (3.00)
Échelle de la dépendance aux soins (EDS – Score total 15-75)	<i>VM (ÉT)</i>	63.8 (15.20)	64.8 (12.88)	66.1 (11.99)	66.1 (11.58)	65.0 (13.07)
	<i>Médiane (EI)</i>	70.0 (15.00)	70.0 (14.00)	71.0 (12.00)	70.0 (11.00)	70.0 (14.00)
Catégories EDS						
Indépendance complète (70-75)	<i>n (%)</i>	1289 (53.2)	3492 (51.9)	1674 (56.1)	592 (54.0)	7047 (53.3)
Indépendance prépondérante (60-69)	<i>n (%)</i>	532 (22.0)	1573 (23.4)	736 (24.6)	293 (26.7)	3134 (23.7)
Dépendance partielle (45-59)	<i>n (%)</i>	315 (13.0)	1079 (16.1)	359 (12.0)	142 (13.0)	1895 (14.3)
Dépendance prépondérante (25-44)	<i>n (%)</i>	178 (7.3)	429 (6.4)	169 (5.7)	50 (4.6)	826 (6.2)
Dépendance complète (15-24)	<i>n (%)</i>	109 (4.5)	149 (2.2)	48 (1.6)	19 (1.7)	325 (2.5)
Patient-e-s à risque d'escarre						
Évaluation clinique subjective (oui)	<i>n (%)</i>	770 (31.8)	2002 (29.8)	792 (26.5)	282 (25.7)	3846 (29.1)
Échelle de Braden selon définition LPZ (≤ 20)	<i>n (%)</i>	1310 (54.1)	3210 (47.8)	1395 (46.7)	481 (43.9)	6396 (48.4)
Patient-e-s à risque de chute	<i>n (%)</i>	605 (25.0)	2019 (30.0)	896 (30.0)	309 (28.2)	3829 (28.9)
Sédatifs et/ou des médicaments influençant son comportement (oui)	<i>n (%)</i>	891 (36.8)	2474 (36.8)	996 (33.4)	339 (30.9)	4700 (35.5)

En moyenne, la part des femmes était de 49,5 %, 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 7,2 jours en moyenne au moment de la mesure, avec un écart-type de +/- 11,31 jours. Comme l'année passée, la médiane était de 5,0 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 +/- 16,63 jours. Au niveau de la valeur médiane également, on observe le nombre de jours depuis l'admission le plus élevé dans les hôpitaux de type K111 (6,0 jours), cependant, la différence est moins marquée que dans la comparaison avec la moyenne.

En moyenne, 66,6 % 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. Si l'on recourt à une médiane similaire dans les types d'hôpitaux, il s'avère que la dépendance aux soins moyenne est influencée par quelques patient-e-s très dépendant-e-s.

Une tendance semblable est visible dans l'évaluation clinique subjective du risque d'escarres. Ainsi, 31,8 % des patient-e-s ont été évalué-e-s comme présentant un risque d'escarre dans le type d'hôpital K111, et 25,7 % dans le type d'hôpital K221 & K231-K235. Au niveau national, 29,1 % des participant-e-s en moyenne présentaient un risque d'escarre selon l'évaluation clinique subjective. Si l'on fait appel à l'échelle de Braden, le nombre de patient-e-s à risque d'escarre selon la définition LPZ (≤ 20) est beaucoup plus élevé (48,4 %). Cette évaluation accuse également une légère tendance à la baisse dans tous les types d'hôpitaux.

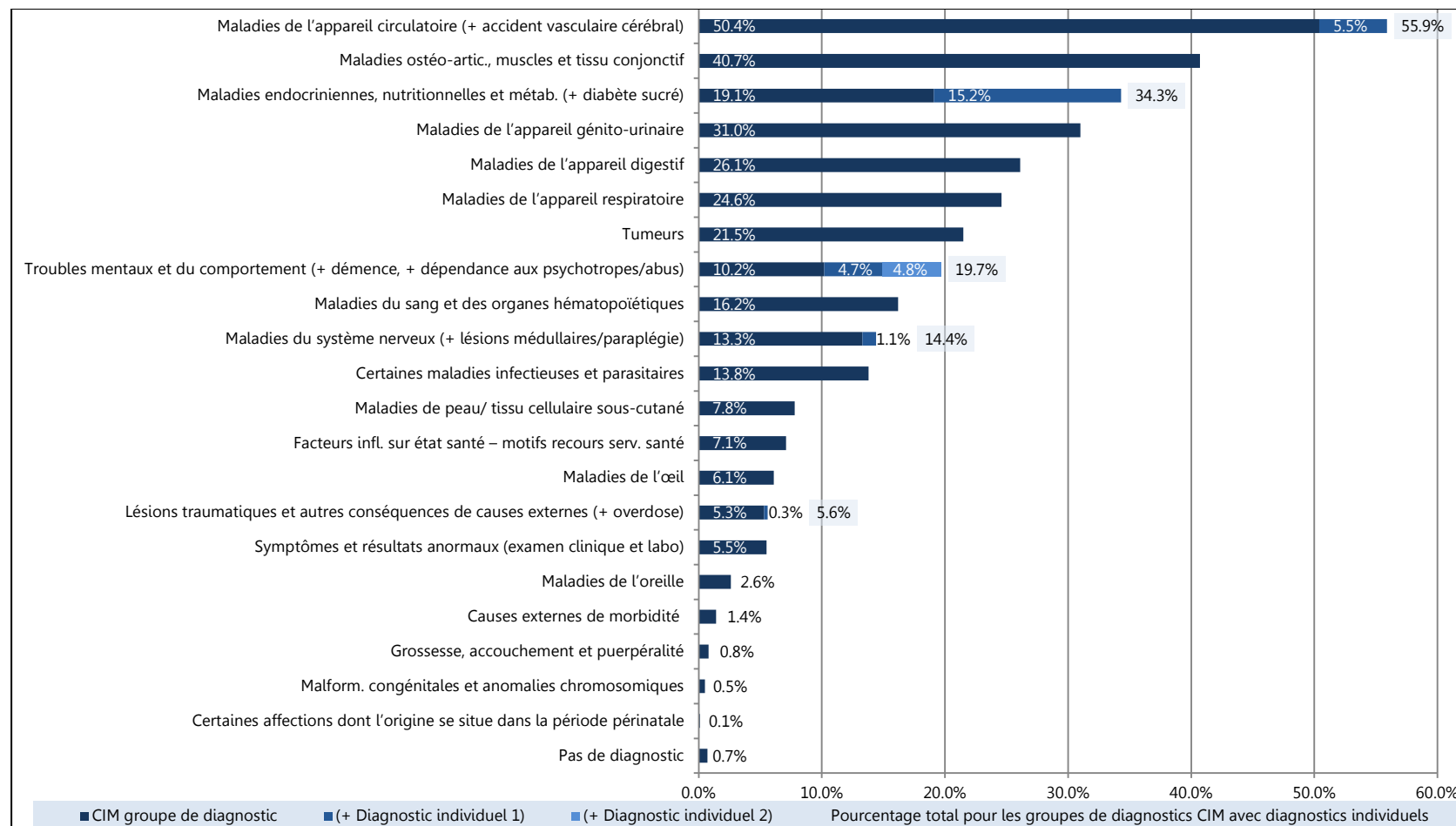
Une autre tendance se dessine pour le risque de chutes (patient-e-s avec une chute dans l'anamnèse, c'est-à-dire dans les 12 mois avant l'admission à l'hôpital) : la part la plus faible des patient-e-s à risque de chute s'observe dans le type d'hôpital K111 (25,0 %), suivi du type d'hôpital K221 & K231-K235 (28,2 %). Dans les deux autres types d'hôpitaux, ce sont 30,0 % des participant-e-s qui présentent un risque de chute.

Un peu plus d'un tiers de tous/toutes les participant-e-s prenaient des sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement. Les plus forts taux de patient-e-s prenant des sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement s'observaient dans les types d'hôpitaux K111 et K112, avec 36,8 %.

3.4.2. Groupes de diagnostics CIM

En moyenne, les patient-e-s participant-e-s présentaient 3,4 groupes de diagnostics CIM au niveau national (cf. tableau 1). La figure 8 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 55,9 %. Cela signifie que plus d'une personne participante sur deux avait une maladie au sein du groupe de diagnostics CIM Maladies de l'appareil circulatoire.

Figure 8 : fréquence des groupes de diagnostics CIM*



* Outre les groupes de diagnostics CIM, un total de six diagnostics individuels ont été recueillis. Dans la figure, les diagnostics individuels sont affectés au groupe de diagnostic CIM correspondant. Par exemple, le diagnostic individuel collecté séparément (+ diabète sucré) a été assigné au groupe de diagnostic CIM maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques.

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'est-à-dire 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 13 227 patient-e-s participant-e-s à la mesure, 911 (6,9 %) présentaient une escarre. Des escarres nosocomiales ont été constatées chez 569 patient-e-s (4,2 %). Dans le tableau 2, les caractéristiques des patient-e-s présentant une escarre nosocomiale sont décrites et réparties selon le type d'hôpital.

Tableau 2 : caractéristiques des patient-e-s avec une escarre nosocomiale par type d'hôpital

		K111	K11	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s avec une escarre nosocomiale	<i>n</i>	130	290	93	56	569
Sexe (féminin)	<i>n (%)</i>	56 (43.1)	157 (54.1)	46 (49.5)	33 (58.9)	292 (51.3)
Intervention chirurgicale (oui)	<i>n (%)</i>	70 (53.8)	124 (42.8)	51 (54.8)	29 (51.8)	274 (48.2)
Âge (en ans)	<i>VM (ÉT)</i>	69.4 (15.49)	76.8 (11.54)	74.6 (14.05)	73.3 (13.78)	74.4 (13.47)
	<i>Médiane (EI)</i>	69.0 (22.00)	78.0 (14.00)	76.0 (16.00)	74.5 (19.75)	76.0 (17.00)
Nombre des jours depuis l'admission	<i>MW (SD)</i>	21.2 (21.53)	17.2 (22.37)	12.6 (12.30)	9.1 (8.76)	16.6 (20.12)
	<i>Médiane (EI)</i>	14.0 (21.00)	10.5 (13.00)	8.0 (11.00)	6.0 (7.75)	10.0 (13.00)
Nombre des groupes de diagnostics CIM	<i>MW (SD)</i>	4.4 (2.43)	5.0 (2.28)	3.8 (2.24)	4.5 (2.23)	4.6 (2.34)
	<i>Médiane (EI)</i>	4.0 (4.00)	5.0 (4.00)	3.0 (3.00)	5.0 (3.00)	5.0 (3.00)
Échelle de la dépendance aux soins (EDS – Score total 15-75)	<i>MW (SD)</i>	44.9 (18.78)	48.8 (16.47)	55.0 (16.32)	58.5 (14.36)	49.9 (17.30)
	<i>Médiane (EI)</i>	47.0 (34.50)	50.0 (26.25)	57.0 (24.00)	63.5 (21.75)	52.0 (28.00)

		K111	K11	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s avec une escarre nosocomiale	<i>n</i>	130	290	93	56	569
Catégories EDS						
Indépendance complète (70-75)	<i>n (%)</i>	16 (12.3)	34 (11.7)	17 (18.3)	15 (26.8)	82 (14.4)
Indépendance prépondérante (60-69)	<i>n (%)</i>	19 (14.6)	51 (17.6)	23 (24.7)	17 (30.4)	110 (19.3)
Dépendance partielle (45-59)	<i>n (%)</i>	37 (28.5)	94 (32.4)	31 (33.3)	14 (25.0)	176 (30.9)
Dépendance prépondérante (25-44)	<i>n (%)</i>	31 (23.8)	80 (27.6)	16 (17.2)	8 (14.3)	135 (23.7)
Dépendance complète (15-24)	<i>n (%)</i>	27 (20.8)	31 (10.7)	6 (6.5)	2 (3.6)	66 (11.6)
Patient-e-s à risque d'escarre						
Évaluation clinique subjective (oui)	<i>n (%)</i>	117 (90.0)	250 (86.2)	84 (90.3)	38 (67.9)	489 (85.9)
Échelle de Braden selon définition LPZ (≤ 20)	<i>n (%)</i>	122 (93.8)	257 (88.6)	75 (80.6)	39 (69.6)	493 (86.6)
Patient-e-s à risque de chute						
	<i>n (%)</i>	38 (29.2)	111 (38.3)	31 (33.3)	22 (39.3)	202 (35.5)
Sédatifs et/ou des médicaments influençant son comportement (oui)						
	<i>n (%)</i>	73 (56.2)	166 (57.2)	41 (44.1)	34 (60.7)	314 (55.2)

Si l'on compare les groupes de participant-e-s avec et sans escarre nosocomiale (résultats des participant-e-s sans escarre nosocomiale non présentés dans un tableau), les différences suivantes apparaissent : les patient-e-s avec une escarre nosocomiale ont un âge moyen supérieur (8,0 années de plus) et le nombre de jours depuis leur admission compte en moyenne 9,9 jours de plus, c'est-à-dire presque le double, jusqu'au jour de la mesure. De plus, le groupe avec escarre nosocomiale présente plus de groupes de diagnostics CIM (4,6 contre 3,3), prend plus fréquemment des sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement (55,2 % contre 34,7 %) et a été proportionnellement plus souvent opéré (48,2 % contre 44,3 %). Avec un score EDS total de 49,9, les participant-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 65,7). Concernant le sexe, aucune différence nette n'a été constatée entre les deux groupes.

D'après l'évaluation clinique subjective, 85,9 % des personnes concernées avec une escarre nosocomiale présentaient un risque d'escarre. Au niveau national, cette valeur est plus de trois fois plus élevée que celle des participant-e-s sans escarre nosocomiale (26,5 %). 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 K121-K123 avec 90,3 %, suivi des types d'hôpitaux K111 avec 90,0 %, K112 avec 86,2 % et K221 & K231-K235 avec 67,9 %. Dans ce dernier type d'hôpital, la part de patient-e-s à risque d'escarre présentant une escarre nosocomiale a reculé de 15,0 points de pourcentage par rapport à l'année de mesure 2016.

Si l'on compare les résultats de l'évaluation du risque selon l'évaluation clinique subjective et de l'échelle de Braden selon la définition LPZ, au niveau national, il apparaît que pour les deux méthodes, autant de patient-e-s avec escarre nosocomiale sont considéré-e-s comme à risque d'escarre (85,9 % contre 86,6 %). En revanche, beaucoup plus de patient-e-s sans escarre nosocomiale sont évalué-e-s comme à risque d'escarre avec l'échelle de Braden selon la définition de LPZ (46,6 % contre 26,5 %).

Dans la méthode LPZ 2.0, l'indicateur de processus Évaluation du risque consignée dans la documentation des soins est recueilli pour tous/toutes les patient-e-s. Les résultats des participant-e-s présentant un risque d'escarre selon l'évaluation clinique subjective ou une escarre figurent dans le tableau 3.

Tableau 3 : indicateur de processus « évaluation du risque consignée » chez les patient-e-s présentant un risque d'escarre ou une escarre

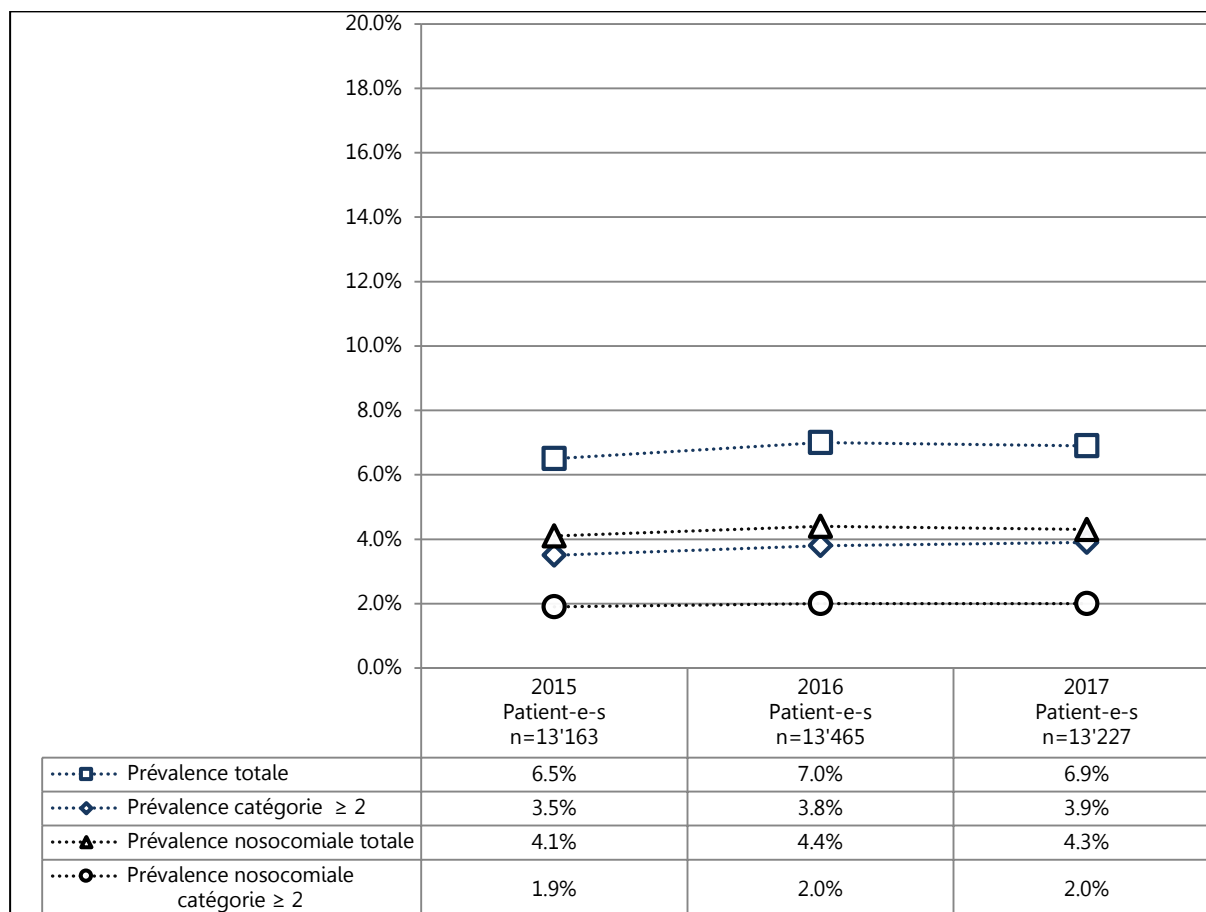
		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s à risque d'escarre	<i>n</i>	770	2002	792	282	3846
Évaluation du risque consignée	<i>n (%)</i>	677 (87.9)	1721 (86.0)	632 (79.8)	181 (64.2)	3211 (83.5)
Patient-e-s avec une escarre	<i>n</i>	184	465	170	92	911
Patient-e-s à risque d'escarre	<i>n (%)</i>	171 (92.9)	399 (85.8)	153 (90.0)	71 (77.2)	794 (87.2)
Évaluation du risque consignée	<i>n (%)</i>	169 (91.8)	410 (88.2)	137 (80.6)	58 (63.0)	774 (85.0)
Patient-e-s avec une escarre nosocomiale	<i>n</i>	130	290	93	56	569
Patient-e-s à risque d'escarre	<i>n (%)</i>	117 (90.0)	250 (86.2)	84 (90.3)	38 (67.9)	489 (85.9)
Évaluation du risque consignée	<i>n (%)</i>	117 (90.0)	256 (88.3)	68 (73.1)	26 (46.4)	467 (82.1)

La mise en application d'une évaluation du risque a été consignée dans le dossier patient pour 83,5 % des 3 846 patient-e-s à risque. Par rapport à l'année de mesure 2016, cette valeur a progressé de 6,3 points de pourcentage. Chez les patient-e-s présentant une escarre ou une escarre nosocomiale, les pourcentages dans la documentation ne diffèrent que faiblement, avec 85,0 % et 82,1 %. Dans ce domaine également, on note une amélioration par rapport à l'année passée. Globalement, on remarque que dans le type d'hôpital K221 & K231-K235, tout comme l'an dernier, le pourcentage de mise en application d'une évaluation du risque dans le dossier patient est inférieur à celui des autres types d'hôpitaux.

4.1.2. Taux de prévalence des escarres

Ce chapitre décrit les indicateurs des résultats relatifs aux escarres. La figure 9 indique la prévalence totale ainsi que les différents types de taux de prévalence des escarres nosocomiales au niveau national.

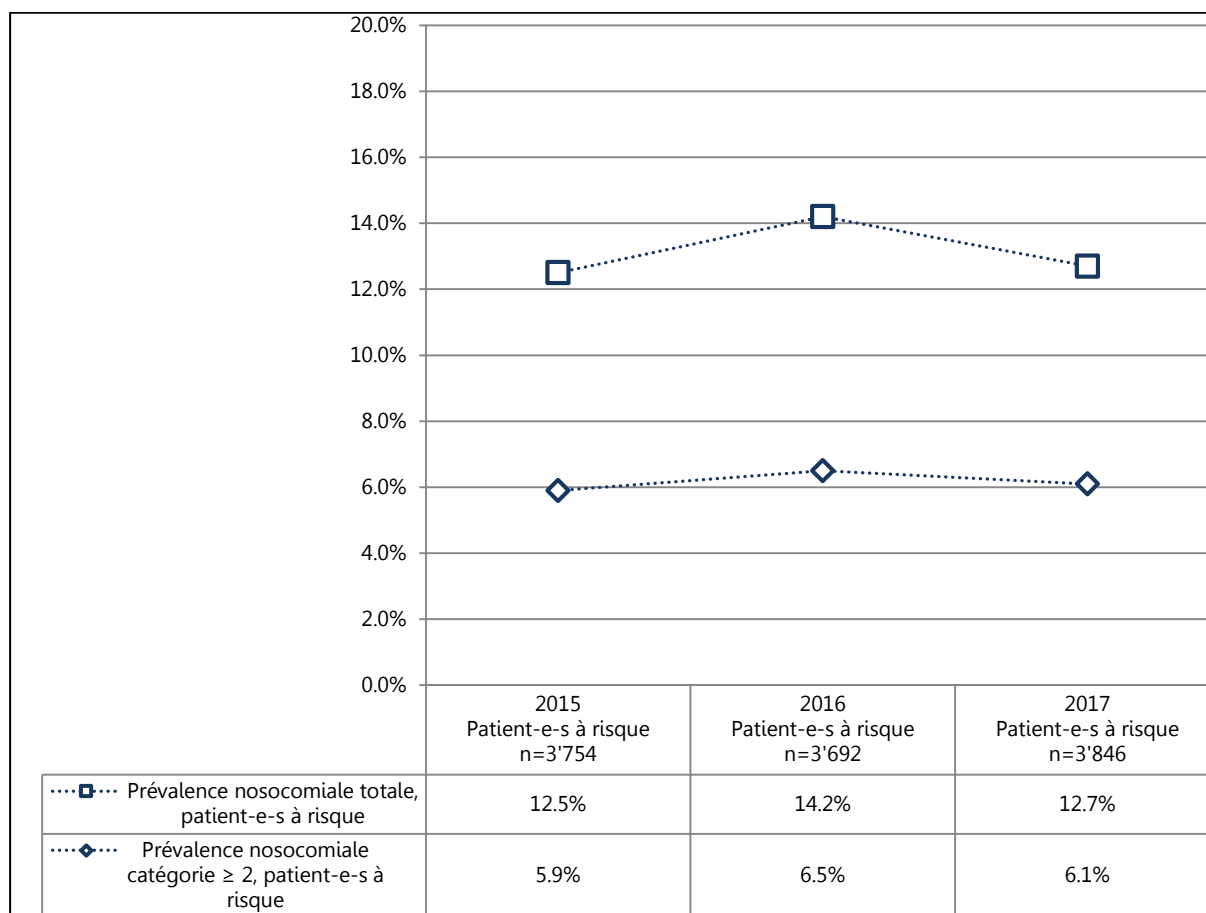
Figure 9 : taux national de prévalence des escarres au cours des 3 dernières années de mesure



Sur les trois dernières années de mesure, le taux de prévalence nosocomiale totale au niveau national ne présente que de faibles variations et se situe à 4,3 % pour le cycle de mesure 2017. Le taux de prévalence nosocomiale de catégorie 2 et supérieur reste relativement constant et s'élève, tout comme l'année précédente, à 2,0 % pour le cycle de mesure 2017.

La figure 10 représente les taux de prévalence nosocomiale chez les patient-e-s présentant un risque d'escarre.

Figure 10 : taux national de prévalence des escarres nosocomiales chez les patient-e-s à risque au cours des 3 dernières années de mesure



Par rapport à l'année précédente, le taux de prévalence nosocomiale totale a baissé de 1,5 point de pourcentage pour atteindre 12,7 %, et le taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur de 0,4 point de pourcentage pour atteindre 6,1 %. Ces valeurs restent tout de même supérieures à celles de l'année de mesure 2015. D'un point de vue statistique, ces fluctuations sont de nature aléatoire.

Le tableau 4 donne des informations complémentaires à propos des taux de prévalence des escarres nosocomiales par type d'hôpital.

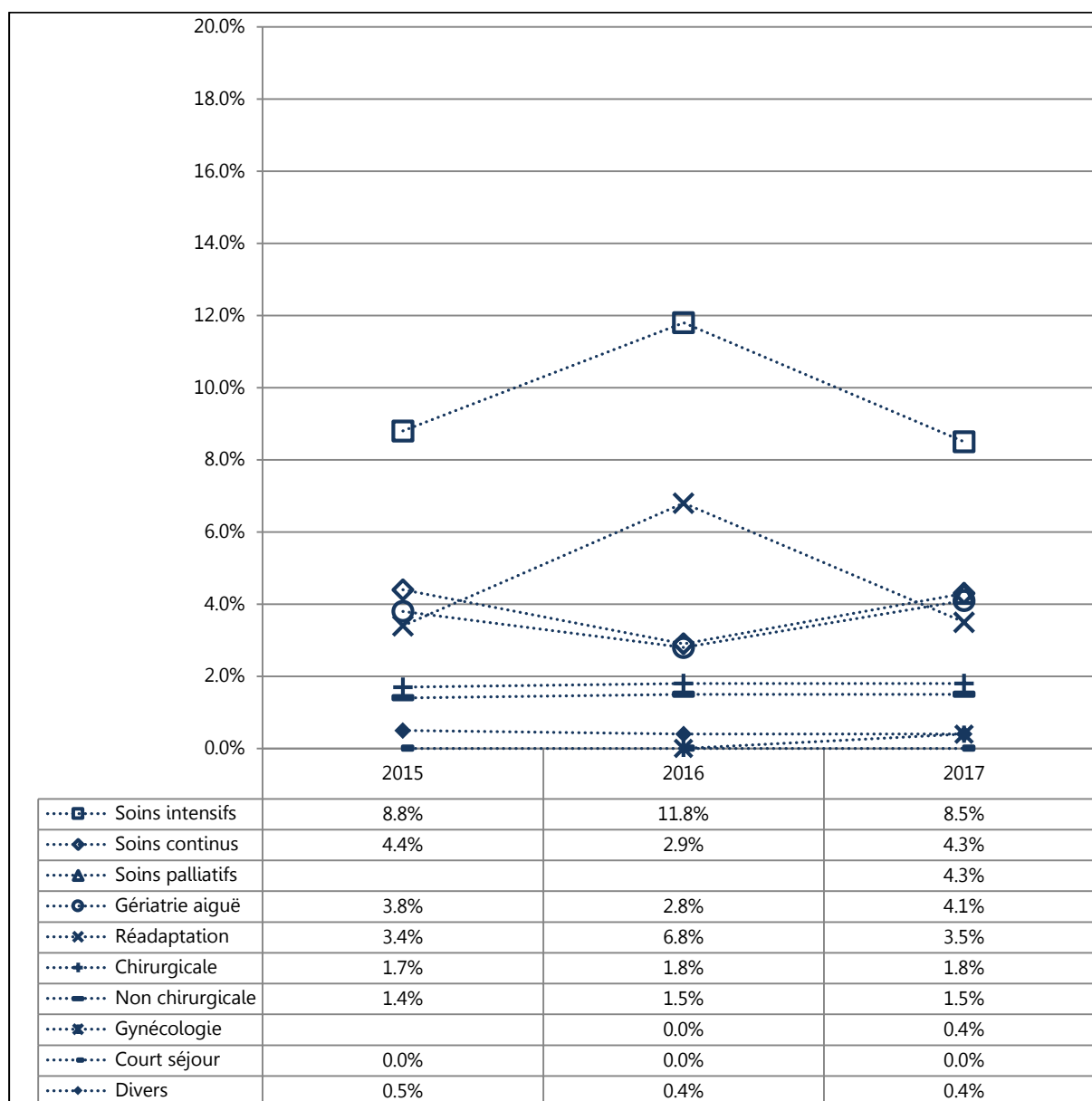
Tableau 4 : taux de prévalence des escarres nosocomiales par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure

	K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s participant-e-s	n	n	n	n	n
2017	2423	6722	2986	1096	13227
2016	2505	6722	3323	915	13465
2015	2527	6156	3477	1003	13163
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Prévalence nosocomiale totale					
2017	130 (5.4)	290 (4.3)	93 (3.1)	56 (5.1)	569 (4.3)
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)
Prévalence nosocomiale catégorie ≥ 2					
2017	76 (3.1)	136 (2.0)	42 (1.4)	17 (1.6)	271 (2.0)
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)
Patient-e-s à risque d'escarre	n	n	n	n	n
2017	770	2002	792	282	3846
2016	795	1840	844	213	3692
2015	874	1754	858	268	3754
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Prévalence nosocomiale totale patient-e-s à risque d'escarre					
2017	117 (15.2)	250 (12.5)	84 (10.6)	38 (13.5)	489 (12.7)
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 catégorie ≥ 2 patient-e-s à risque d'escarre					
2017	68 (8.8)	116 (5.8)	38 (4.8)	11 (3.9)	233 (6.1)
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 11 présente le taux de prévalence nosocomiale de catégorie 2 et supérieur distribué par type d'unité de soins au niveau national.

Figure 11 : taux de prévalence nosocomiale de catégorie ≥ 2 distribué par type d'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure*



Champs vides = aucune donnée disponible, le type d'unité de soins n'étant pas encore intégré à part dans le questionnaire.

* Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 18 en annexe. Une évaluation identique du taux de prévalence nosocomiale totale se trouve dans la figure 36 et dans le tableau 19 en annexe.

Le taux de prévalence nosocomiale de catégorie 2 et supérieur le plus élevé a été enregistré dans le type d'unité de soins Soins intensifs. Après une augmentation lors de l'année de mesure 2016, le taux

de ce type d'unité de soins a baissé de plus de 3 points de pourcentage et revient ainsi en 2017 au niveau de 2015, soit à 8,5 %. L'unité de soins palliatifs, recensée pour la première fois en 2017, se classait dans les unités de soins comptant les taux de prévalence les plus élevés avec 4,3 %, aux côtés des unités de soins continus, de gériatrie aiguë et de réadaptation. Les taux de prévalence dans les unités chirurgicales et non chirurgicales sont eux restés relativement stables. Le recul enregistré en réadaptation et l'augmentation en soins continus et en gériatrie aiguë s'expliquent en grande partie par le faible nombre de cas par type d'unité de soins. D'un point de vue statistique, ces fluctuations sont de nature aléatoire.

4.1.4. Moment d'apparition des escarres

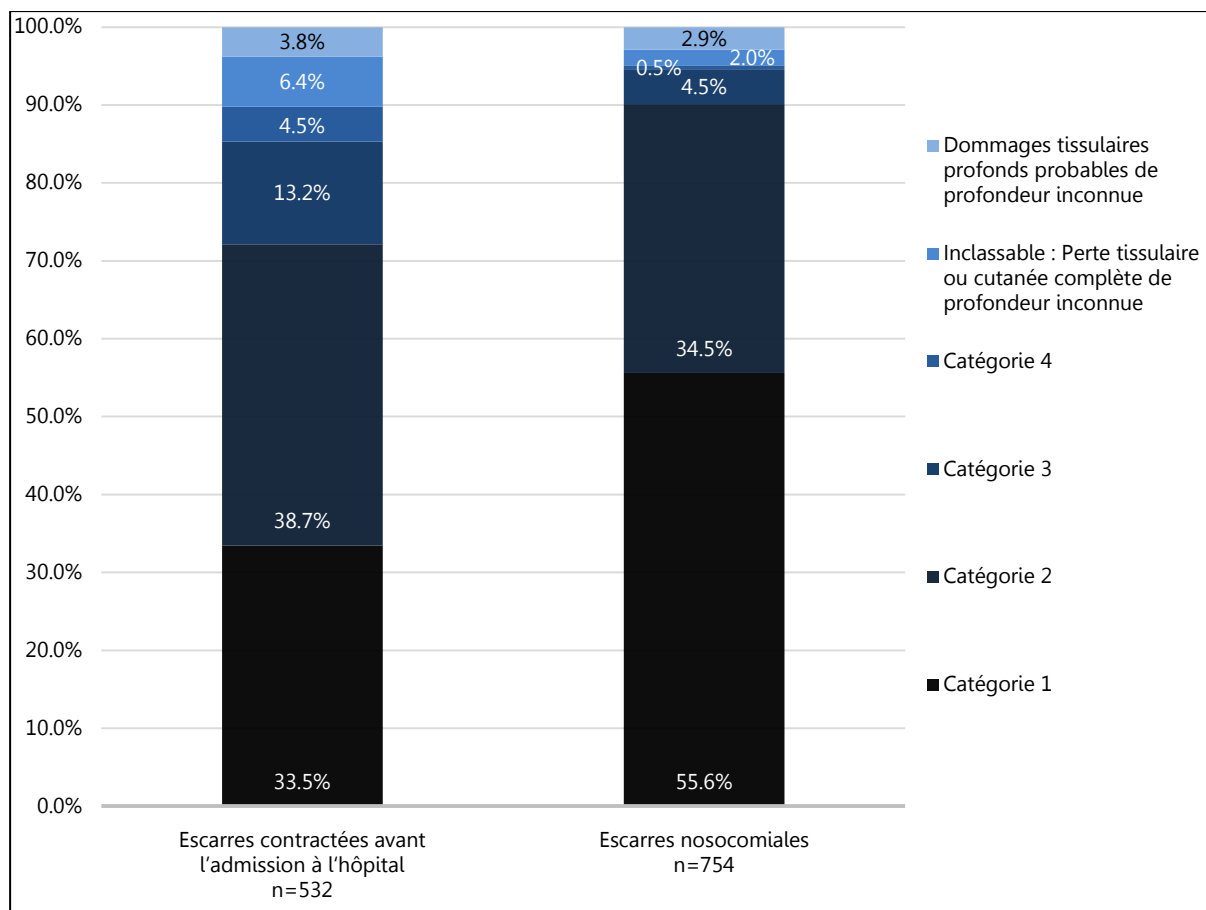
Un total de 1 286 escarres ont été constatées chez 911 patient-e-s. 644 personnes touchées présentaient une escarre et 267 au moins deux escarres. Un maximum de six et une moyenne de 1,4 escarre par patient-e ont été constatés.

Pour 754 escarres sur 1 286 (58,6 %), il a été indiqué que l'escarre était nosocomiale, qu'elle était donc apparue après l'admission à l'hôpital. Sur ces 754 escarres nosocomiales, 594 (78,8 %) étaient apparues dans l'unité de soins actuelle. 18,0 % étaient apparues dans une autre unité de soins et pour 3,2 % des escarres nosocomiales, leur lieu d'apparition était incertain.

4.1.5. Nombre d'escarres selon la classification EPUAP

Au total, 532 escarres apparues avant l'admission à l'hôpital ont été constatées chez 379 participant-e-s. En parallèle, 754 escarres nosocomiales ont été constatées chez 569 patient-e-s ayant au moins une escarre nosocomiale. Au total, 948 patient-e-s étaient concerné-e-s soit par une escarre contractée avant l'admission à l'hôpital, soit par une escarre nosocomiale. Ce nombre diverge de 37 patient-e-s par rapport à la valeur du taux de prévalence totale de 911 personnes touchées. La différence est due au fait que ces 37 participant-e-s présentaient à la fois des escarres contractées avant l'admission à l'hôpital et des escarres nosocomiales. Ils figuraient donc en double dans cette évaluation. La figure 12 montre la distribution des 532 escarres contractées avant l'admission à l'hôpital ainsi que des 754 escarres nosocomiales selon la classification EPUAP.

Figure 12 : nombre et distribution des escarres contractées avant l'admission à l'hôpital et des escarres nosocomiales selon la classification EPUAP*



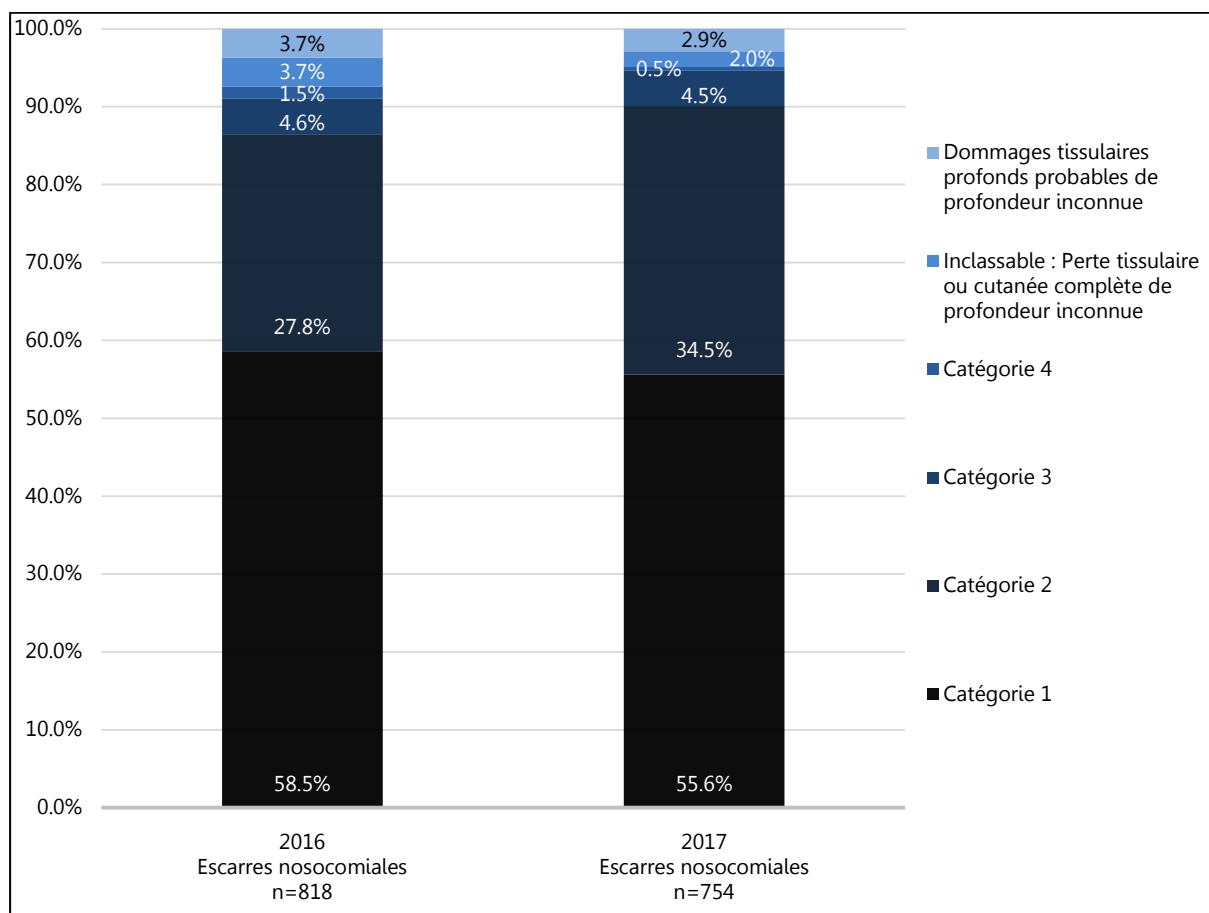
* Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 20 en annexe.

Avec 55,6 %, la plus grande part des escarres nosocomiales a été affectée à la catégorie 1 selon la classification EPUAP. 34,5 % étaient de catégorie 2. Les 9,9 % restants ont été affectés aux classifications d'escarres de catégorie 3 et supérieur. Par rapport à l'année précédente, on peut ainsi observer un recul de 3,6 points de pourcentage dans les catégories 3 et supérieur.

Si l'on tient compte exclusivement des escarres contractées avant l'admission 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 33,5 %, la catégorie 2 un peu plus avec 38,7 %, et la catégorie 3 et supérieur nettement plus que les escarres nosocomiales avec 27,9 % au total. Les escarres contractées avant l'admission à l'hôpital ont donc un degré de gravité supérieur aux escarres nosocomiales.

La figure 13 montre la distribution des escarres nosocomiales selon la classification EPUAP pour les deux dernières années de mesure.

Figure 13 : nombre et distribution des escarres nosocomiales selon la classification EPUAP au cours des 2 dernières années de mesure

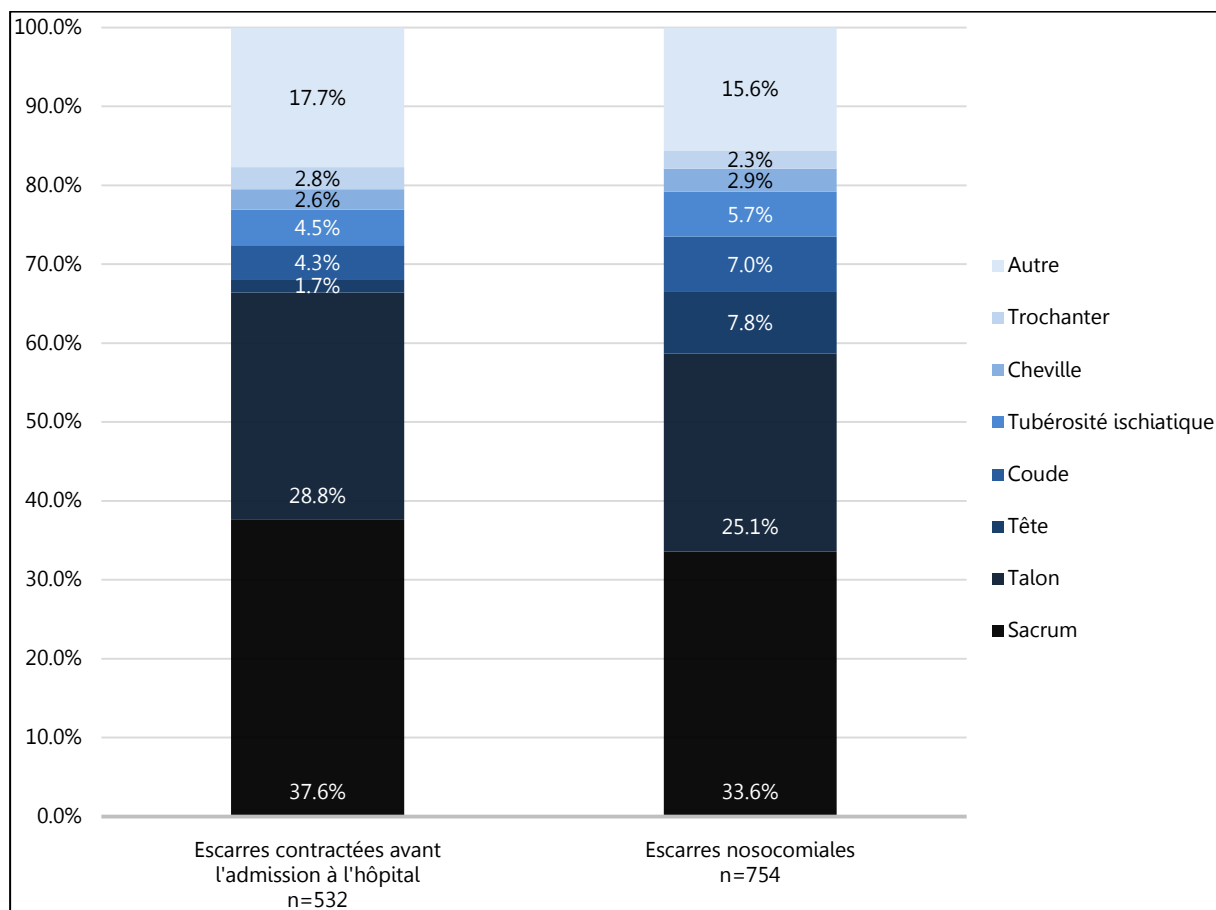


Comme on peut le voir sur la figure 13, depuis l'année de mesure 2016, près de 90 % des escarres nosocomiales sont de catégories 1 et 2. Par rapport à l'année de mesure 2016, la part de la catégorie 2 a légèrement augmenté. Cette progression s'accompagne d'un léger recul dans les catégories 1 et 4 ainsi que dans les classifications Inclassables : perte tissulaire ou cutanée complète de profondeur inconnue, et Dommages tissulaires profonds probables de profondeur inconnue.

4.1.6. Localisation des escarres

La figure 14 indique la localisation anatomique des escarres contractées avant l'admission à l'hôpital et des escarres nosocomiales.

Figure 14 : localisation anatomique des escarres contractées avant l'admission à l'hôpital et des escarres nosocomiales*



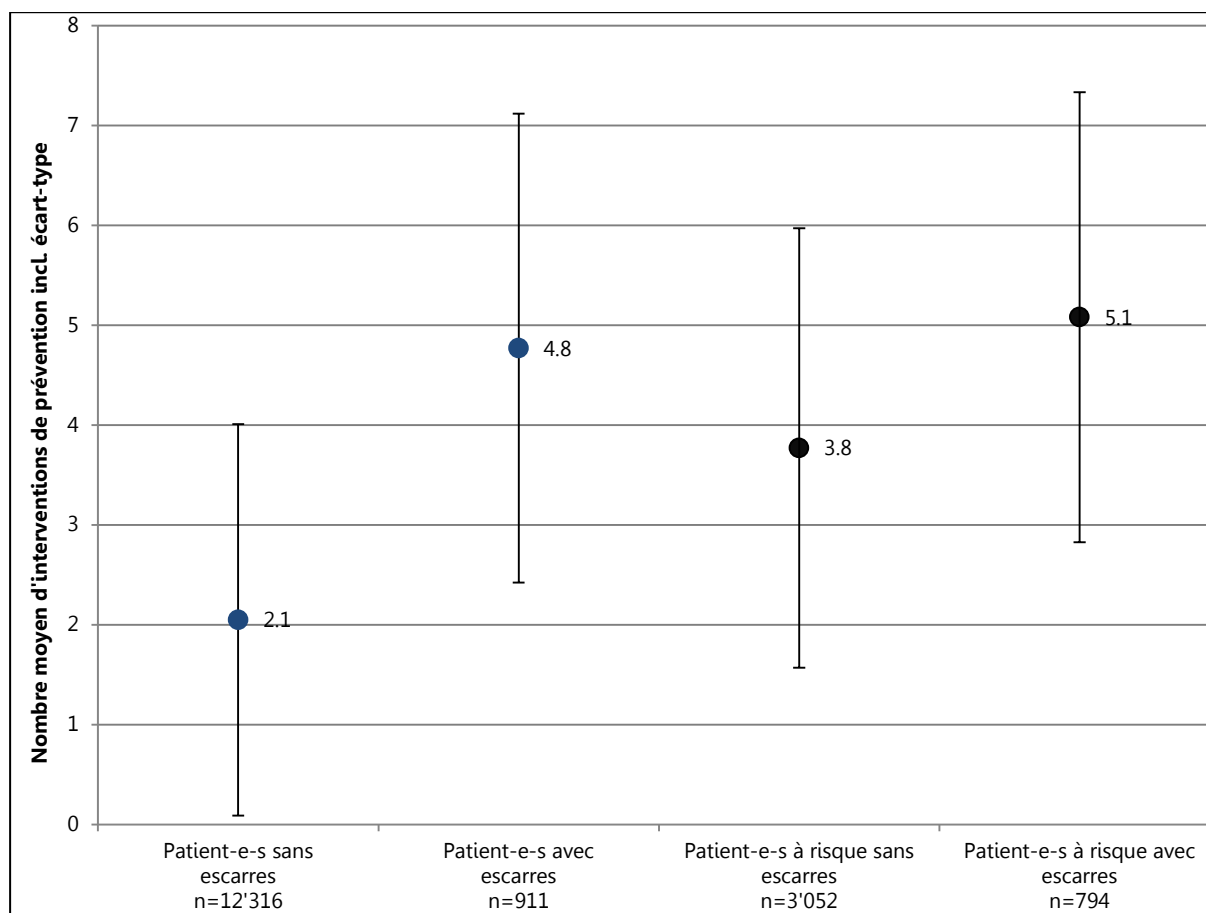
* Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 21 en annexe.

Des indications relatives à la localisation anatomique ont été données pour les 1 286 escarres identifiées. Comme pour l'année de mesure de 2016, 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 la tête (+6,1 points de pourcentage), le coude (+2,7 points de pourcentage) et la tubérosité ischiatique (+1,2 point 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 toutes de l'ordre de 0,3 à 6,1 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. La figure 15 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 15 : nombre moyen d'interventions de prévention des escarres chez différents groupes de patients

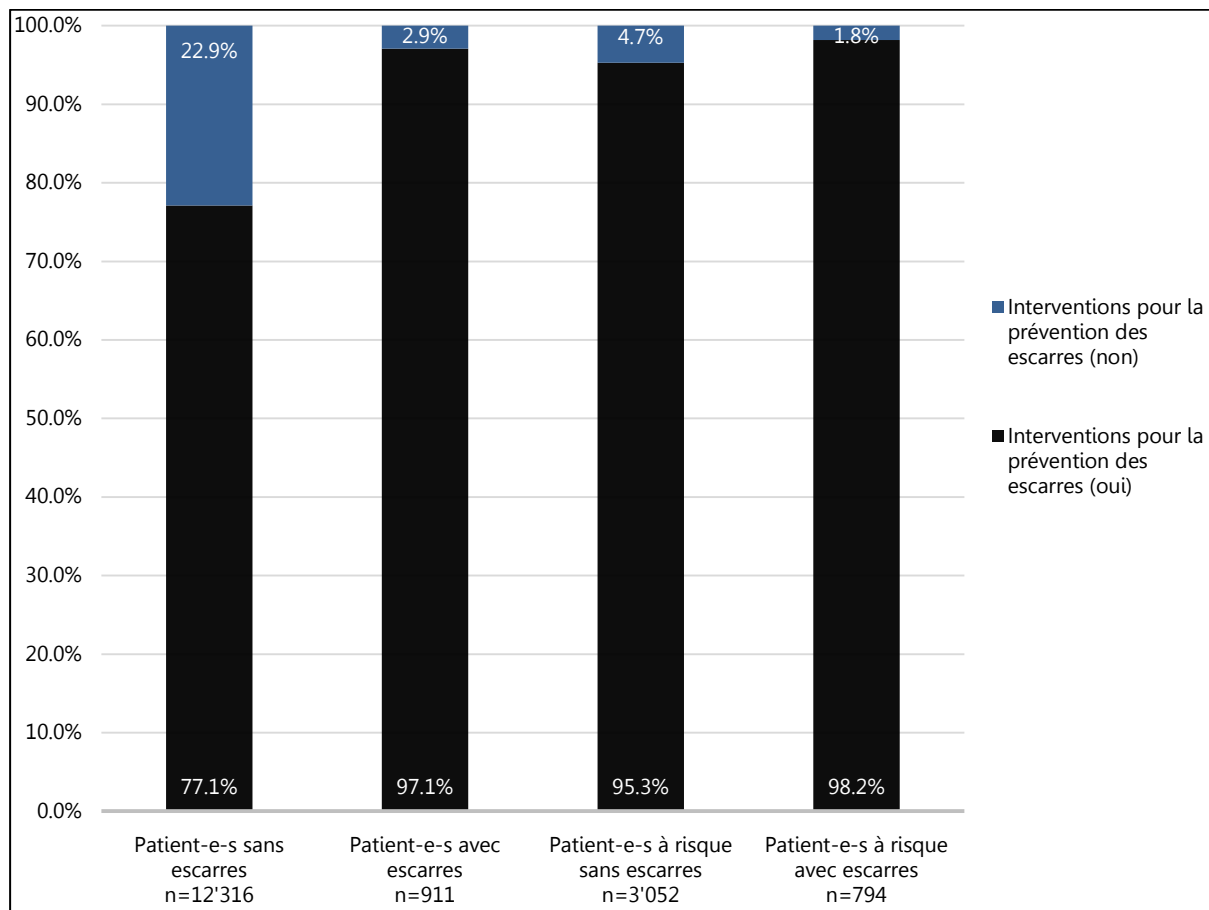


La figure 15 montre que les interventions préventives chez les patient-e-s avec escarre sont plus de deux fois plus nombreuses que chez les patient-e-s sans escarre (nombre moyen d'interventions de 2,1 contre 4,8). Ainsi, au niveau national, près de cinq différentes mesures préventives ont été prises en moyenne pour les participant-e-s avec escarre. Avec un écart-type de +/- 2,35, cela signifie que pour la majorité des participant-e-s avec escarre, deux à sept interventions préventives ont été mises en place. 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 5,1).

De plus, il apparaît dans l'analyse (non représentée dans la figure) qu'en moyenne, les patient-e-s à risque reçoivent globalement de davantage d'interventions de prévention des escarres. 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. Par comparaison avec l'année précédente, en moyenne plus d'interventions ont été mises en place dans tous les groupes de patients.

La figure 16 montre au niveau national le pourcentage de patient-e-s des différents groupes de patient-e-s ayant reçu ou non d'interventions préventives.

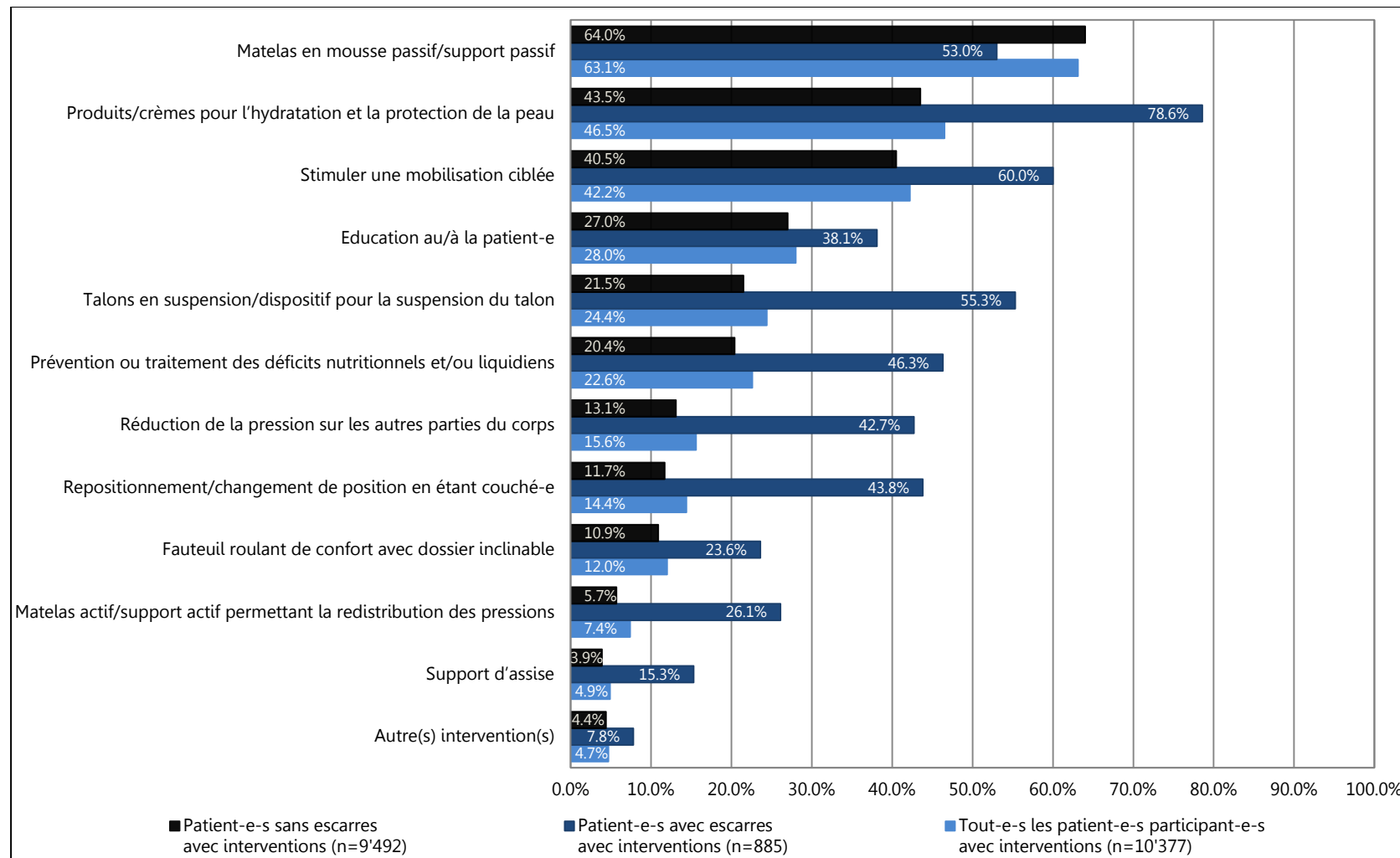
Figure 16 : part des patient-e-s ayant reçu ou non d'intervention de prévention des escarres dans différents groupes de patients



Des interventions préventives ont été mises en place chez 10 377 patient-e-s participant-e-s. Cela signifie que 78,5 % des participant-e-s ont reçu d'au moins une intervention préventive, ce qui représente une augmentation de 5,3 points de pourcentage par rapport à l'année précédente. La figure 16 montre qu'en grande partie, les patient-e-s ont reçu d'interventions préventives s'ils avaient une escarre (97,1 %) et/ou présentaient un risque d'escarre (95,3 % sans escarre et 98,2 % avec escarre).

Les figures 17 et 18 décrivent les distributions de pourcentages de chaque intervention préventive mise en place chez les participant-e-s sans escarre et avec escarre (cf. figure 17), et chez les patient-e-s à risque sans et avec escarre (cf. figure 18).

Figure 17 : 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*

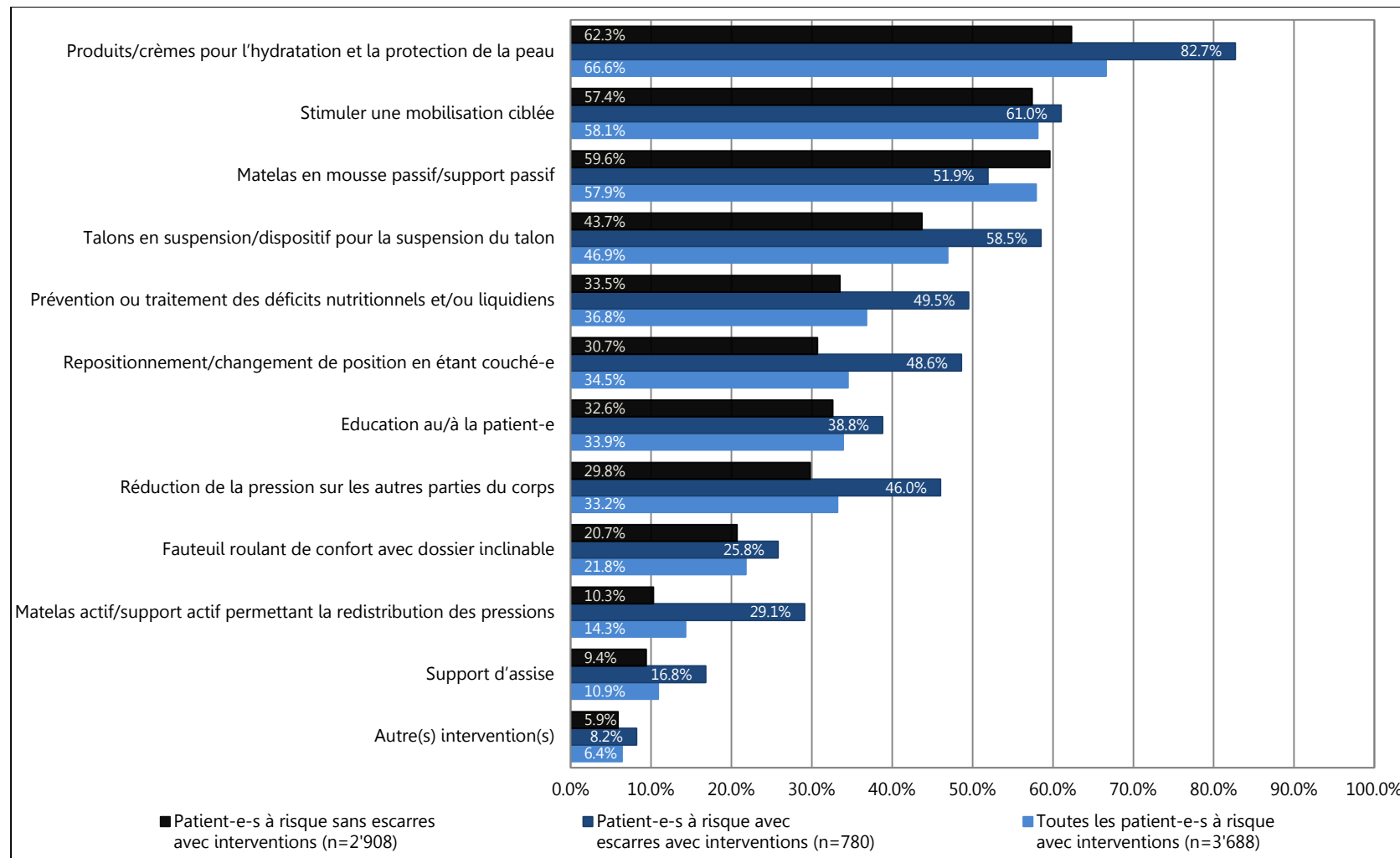


* Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 22 en annexe.

Comme il est possible de constater sur la figure 17, 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 (64,0 %), produits/crèmes pour l'hydratation et la protection de la peau (43,5 %), ainsi que stimuler une mobilisation ciblée (40,5 %). Un autre schéma se dessinait pour les personnes concernées présentant une escarre : globalement, un nombre nettement supérieur d'interventions étaient mises en application. Dans ces cas, les interventions suivantes figuraient au premier plan : produits/crèmes pour l'hydratation et la protection de la peau (78,6 %), stimuler une mobilisation ciblée (60,0 %), talons en suspension/dispositif pour la suspension du talon (55,3 %) et matelas en mousse passif/support passif (53,0 %).

La figure 18 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. Comme l'année précédente, les interventions préventives mises en place chez les patient-e-s à risque avec escarre sont plus souvent des produits/crèmes pour l'hydratation et la protection de la peau (82,7 % contre 62,3 %), talons en suspension/dispositif pour la suspension du talon (58,5 % contre 43,7 %), la réduction de la pression sur les autres parties du corps (46,0 % contre 29,8 %), le repositionnement/changement de position en étant couché-e (48,6 % contre 30,7 %), ainsi que les matelas actifs/supports actifs permettant la redistribution des pressions (29,1 % contre 10,3 %) que chez les patient-e-s à risque sans escarre. De plus, il s'avère que les patient-e-s à risque ont également reçu plus fréquemment d'interventions de prévention ou traitement des déficits nutritionnels et/ou liquidiens (49,5 % contre 33,5 %) lors de l'année de mesure 2017.

Figure 18 : 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*

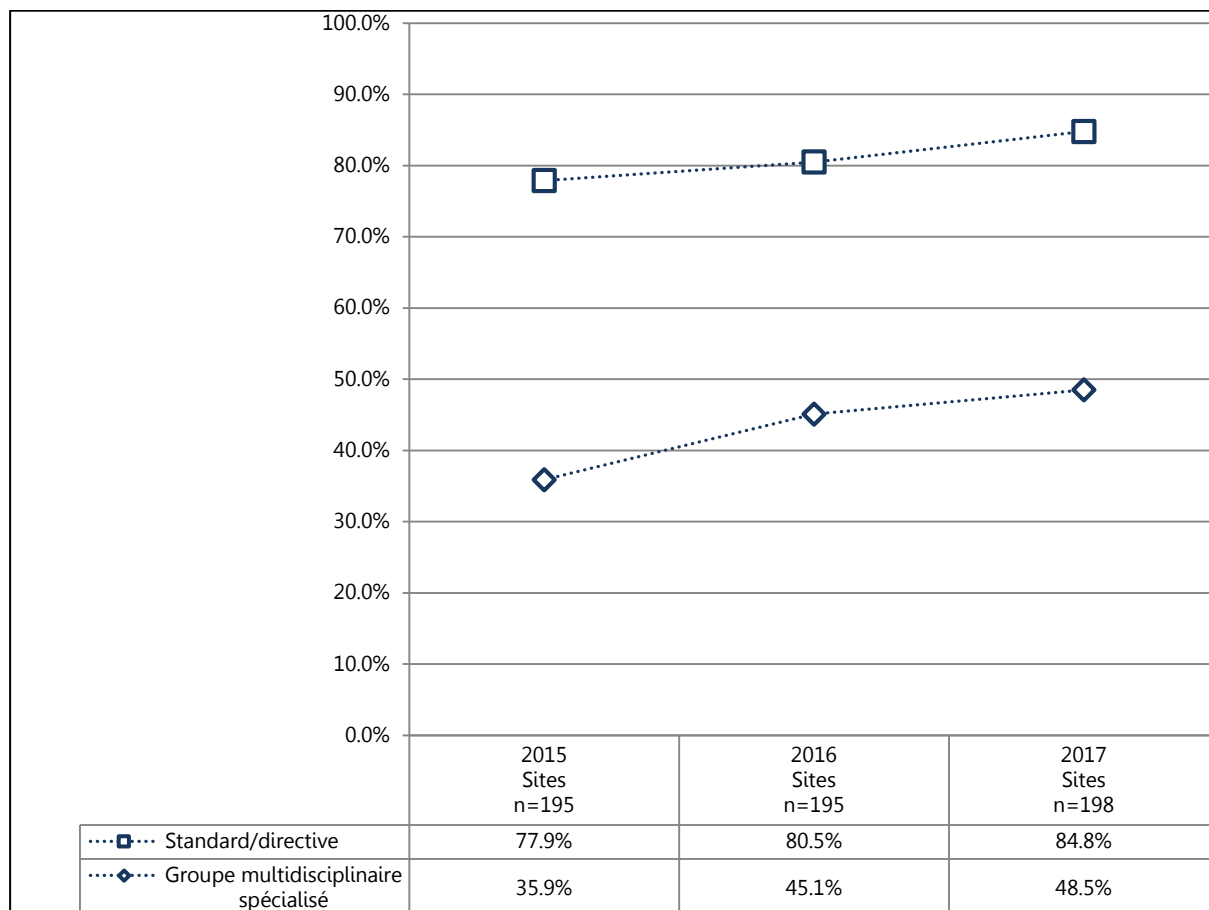


* Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 23 en annexe.

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 19 montre les indicateurs de structure relatifs aux escarres au niveau de l'hôpital.

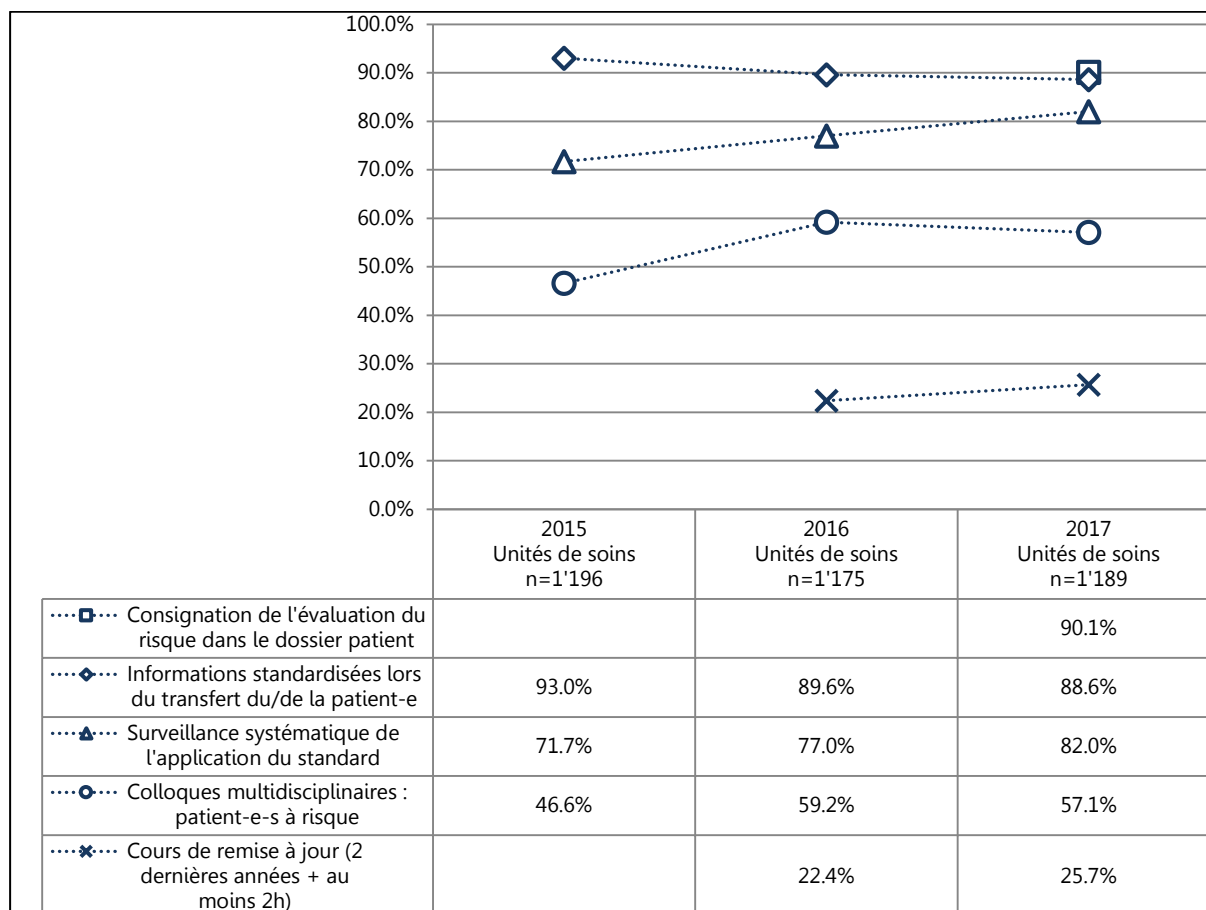
Figure 19 : indicateurs de structure escarres au niveau de l'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure



Au niveau national, 84,8 % de tous les sites hospitaliers disposent d'un standard basé sur une ligne directrice internationale ou d'une directive sur le thème de l'escarre. Avec une disponibilité de 48,5 %, l'indicateur Groupe multidisciplinaire spécialisé sur le thème de l'escarre dans les hôpitaux est moins largement répandu que le premier. Ces deux indicateurs présentent une progression dans leur degré de réalisation ces trois dernières années.

Les indicateurs de structure relatifs à l'escarre au niveau de l'unité de soins sont représentés ci-dessous dans la figure 20.

Figure 20 : indicateurs de structure escarres au niveau de l'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure



Champs vides = aucune donnée disponible, comme l'indicateur de structure « cours de remise à jour » était encore relevé au niveau de l'hôpital et non au niveau des unités de soins en 2015. L'indicateur de structure « Consignation de l'évaluation du risque dans le dossier patient » est relevé au niveau de l'unité de soins que depuis la mesure 2017.

Au niveau national, les indicateurs de structure Consignation de l'évaluation du risque 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 %, ce dernier montrant une légère baisse depuis l'année de mesure 2015. En revanche, les indicateurs Surveillance systématique de l'application du standard (82,0 %) et Cours de remise à jour (25,7 %) affichent leur degré de réalisation le plus élevé sur les trois dernières années de mesure en 2017. La progression du degré de réalisation de l'indicateur Colloques multidisciplinaires : patient-e-s à risque observée l'année précédente a quant à elle stagné en 2017.

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 (cf. figures 37 à 44), tout comme la représentation des résultats sous forme de tableau (cf. tableau 28).

4.2.1. Escarres nosocomiales

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 5) :

Tableau 5 : 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 %	
Groupe d'âge	18-54 ans	Référence				
	55-74 ans	1.30	0.23	0.133	0.92	1.85
	≥ 75 ans	1.33	0.24	0.115	0.93	1.89
Nombre des jours depuis l'admission	0-7 jours	Référence				
	8-14 jours	1.99	0.24	0.000	1.56	2.51
	15-28 jours	2.63	0.35	0.000	2.01	3.43
	≥ 29 jours	5.23	0.84	0.000	3.81	7.18
EDS	Indépendance complète (70-75)	Référence				
	Indépendance prépondérante (60-96)	1.05	0.17	0.747	0.76	1.46
	Dépendance partielle (45-59)	1.72	0.29	0.001	1.24	2.40
	Dépendance prépondérante (25-44)	2.67	0.49	0.000	1.85	3.84
	Dépendance complète (15-24)	3.07	0.66	0.000	2.01	4.69
Nombre des groupes de diagnostics CIM	1	Référence				
	2-3	1.04	0.18	0.805	0.74	1.46
	4-5	0.92	0.17	0.687	0.64	1.34
	≥ 6	1.34	0.28	0.160	0.88	2.04
EDS GD Maladies du système nerveux (oui)		0.74	0.98	0.027	0.58	0.96

	OR	Erreur standard	Valeur p	OR – intervalle de confiance à 95 %	
EDS GD Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif (oui)	1.26	0.13	0.026	1.02	1.56
EDS GD Maladies de l'appareil respiratoire (oui)	1.31	0.14	0.013	1.05	1.62
EDS GD Facteurs infl. sur état santé – motifs recours serv. santé (oui)	0.66	0.11	0.021	0.46	0.93
EDS GD Maladies de l'œil (oui)	1.32	0.21	0.094	0.95	1.82
EDS GD Causes externes de morbidité (oui)	1.61	0.45	0.086	0.93	2.79
EDS GD Tumeurs (oui)	1.26	0.14	0.037	1.01	1.57
Risque d'escarres selon évaluation clinique subjective (oui)	8.59	1.29	0.000	6.40	11.54
Interaction intervention chirurgicale – type d'hôpital	1.22	0.54	0.000	1.22	1.33

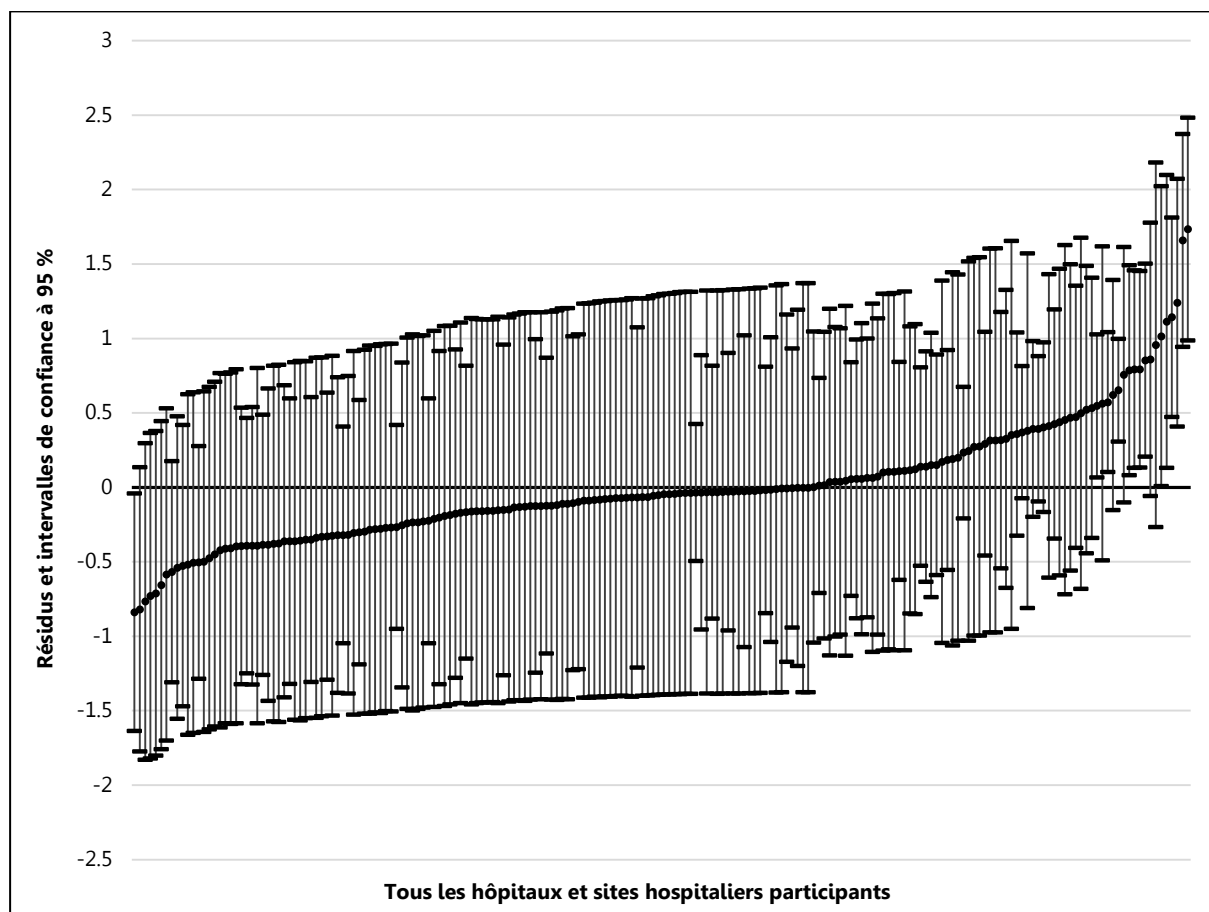
OR : odds-ratios ; valeur p : résultat du test de signification ; EDS : échelle de la dépendance aux soins ; GD : groupes de diagnostics.

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 8,6. 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 70 % par rapport à une indépendance complète. Au niveau « dépendance complète », il est multiplié par trois. Le nombre de jours depuis l'admission se révèle également pertinent. Le risque de contracter une escarre augmente également parallèlement à celui-ci. Les patient-e-s hospitalisé-e-s depuis plus de 28 jours présentent un risque d'escarre plus de cinq fois plus élevé que les participant-e-s hospitalisés depuis sept jours ou moins. Les participant-e-s hospitalisé-e-s depuis 15 à 28 jours présentent quant à eux/elles un risque deux fois et demi plus élevé.

Divers groupes de diagnostics CIM médicaux augmentent également, sans interdépendance, le risque d'escarre. Se dégagent ainsi comme pertinentes entre autres les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, les maladies de l'appareil respiratoire ainsi que les tumeurs. En outre, des groupes de diagnostics CIM diminuant le risque d'escarres ont pu être identifiés. Il s'agit des maladies du système nerveux et des facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé. Les groupes de diagnostics CIM maladies de l'œil et causes externes de morbidité sont quant à eux intégrés au modèle mais n'atteignent 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 21). L'axe X des graphiques suivants représente chaque hôpital ou site hospitalier, tandis que l'axe Y représente les résidus correspondants (effets des hôpitaux) et les intervalles de confiance à 95 %.

Figure 21 : 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



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 plus 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 quatorze 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.

Le graphique peut être lu de la manière suivante (exemple de lecture) : si l'on observe les points de données dans la marge de droite, treize 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 treize 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 treize hôpitaux dont l'intervalle de confiance global est situé au-dessus de la ligne du zéro. En outre, un hôpital – situé complètement à gauche dans le graphique – présente un nombre significativement inférieur d'escarres. 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 nosocomiales de catégorie 2 et supérieur

L'identification explicite de l'escarre de catégorie 1 est difficile. Mais une bonne prévention permet largement d'éviter une escarre. C'est pourquoi les escarres 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 6) :

Tableau 6 : 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 %	
Groupe d'âge	18-54 ans	Référence				
	55-74 ans	1.05	0.23	0.814	0.67	1.63
	≥ 75 ans	0.73	0.17	0.189	0.46	1.16
Nombre des jours depuis l'admission	0-7 jours	Référence				
	8-14 jours	2.61	0.44	0.000	1.87	3.65
	15-28 jours	3.42	0.64	0.000	2.37	4.95
	≥ 29 jours	6.53	1.38	0.000	4.30	9.90
EDS	Indépendance complète (70-75)	Référence				
	Indépendance prépondérante (60-96)	0.86	0.21	0.546	0.53	1.39
	Dépendance partielle (45-59)	1.63	0.39	0.041	1.02	2.60
	Dépendance prépondérante (25-44)	3.14	0.80	0.000	1.90	5.20
	Dépendance complète (15-24)	3.35	0.97	0.000	1.89	5.93
Intervention chirurgicale (oui)		2.01	0.28	0.000	1.52	2.64
CIM GD Maladies de peau/ tissu cellulaire sous-cutané (oui)		1.43	0.27	0.060	0.98	2.08
CIM GD Troubles mentaux et du comportement (oui)		0.81	0.12	0.184	0.59	1.10

	OR	Erreur standard	Valeur p	OR – intervalle de confiance à 95 %	
CIM GD Symptômes et résultats anormaux (examen clinique et labo) (oui)	1.37	0.32	0.181	0.86	2.17
CIM GD Maladies du système nerveux (oui)	0.57	0.11	0.004	0.39	0.84
CIM GD Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif (oui)	1.37	0.19	0.022	1.04	1.80
CIM GD Maladies de l'appareil respiratoire (oui)	1.32	0.18	0.043	1.00	1.74
CIM GD Facteurs infl. sur état santé – motifs recours serv. santé (oui)	0.66	0.15	0.091	0.42	1.06
CIM GD Maladies de l'œil (oui)	1.61	0.35	0.031	1.04	2.49
CIM GD Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métab. (oui)	1.63	0.22	0.000	1.25	2.14
CIM GD Maladies de l'appareil digestif (oui)	0.80	0.12	0.152	0.60	1.08
CIM GD Causes externes de morbidité (oui)	1.33	0.29	0.188	0.86	2.05
Risque d'escarres selon évaluation clinique subjective (oui)	7.35	1.61	0.000	4.78	11.30

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

Tout comme pour les escarres de catégorie 1 et supérieur, c'est l'évaluation clinique subjective qui est prépondérante ici. Lorsqu'une le/la patient-e a été évalué-e comme étant à risque, le risque d'escarre de catégorie 2 et supérieur est sept fois supérieur par rapport à une évaluation du risque négative.

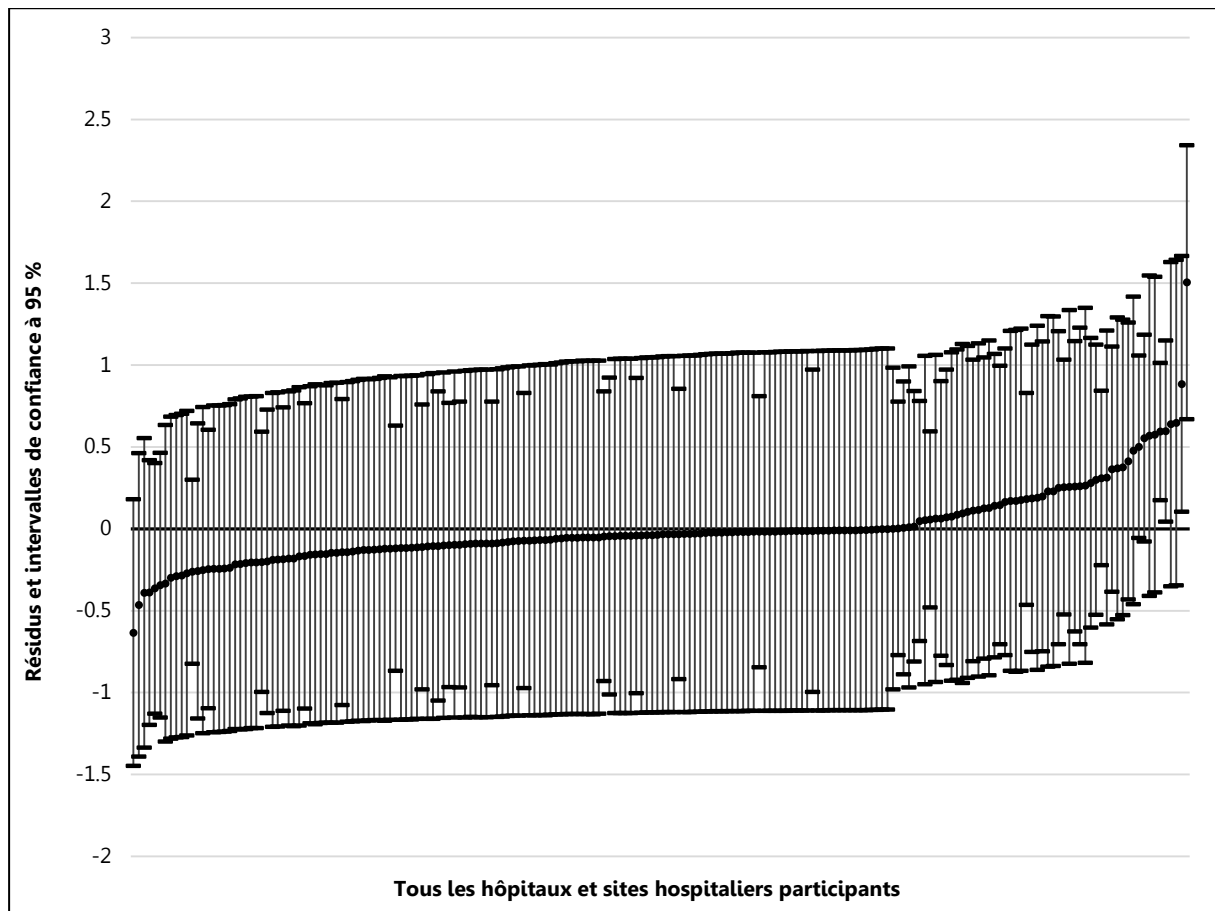
Le nombre de jours depuis l'admission est plus pertinent pour les escarres de catégorie 2 et supérieur que pour la catégorie 1 et supérieur. Le risque de contracter une escarre est 6,5 fois plus grand dès lors que le nombre de jours depuis l'admission dépasse les 28 jours. Si ce nombre de jours se situe entre 15 et 28 jours, le risque augmente d'un facteur de 3,4. Cela signifie que plus le nombre de jours depuis l'admission est élevé, 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 quasi linéaire et significative jusqu'au niveau « dépendance complète », pour lequel le risque est plus de 3 fois supérieur à celui de l'indépendance complète. En outre, les personnes ayant subi une intervention chirurgicale présentaient un risque deux fois plus élevé.

Le spectre des diagnostics pour un risque dans la catégorie 2 et supérieur est dans l'ensemble relativement large. On constate un lien significatif avec le risque d'escarre pour les groupes de diagnostics CIM des maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, des maladies de l'appareil respiratoire, des maladies de l'œil et des maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques. En revanche, pour les maladies du système nerveux, le risque de contracter une escarre de catégorie 2 et supérieur était significativement moindre.

En tout, six autres groupes de diagnostics ont été introduits dans le modèle en tant que groupes de diagnostics non significatifs, trois augmentant le risque de contracter une escarre de catégorie 2 et supérieur, et trois le réduisant.

Compte tenu de ces variables, les résultats ajustés au risque pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur sont les suivants (cf. figure 22).

Figure 22 : 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



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 nosocomiales significativement plus élevé dans la catégorie 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 taux internationaux de prévalence, les taux nationaux de prévalence nosocomiale, les résultats ajustés au risque ainsi que ceux en rapport avec les indicateurs de processus et de structure sont discutés.

4.3.1. Comparaison internationale des taux de prévalence

Ci-après sont résumées les valeurs comparatives de la littérature internationale pour les différents types de prévalence et, lorsque celles-ci étaient disponibles, les valeurs par type d'unité de soins. Ces valeurs sont issues des recherches dans la littérature mentionnées dans les rapports comparatifs précédents (accompagnés des références ad hoc) ou basées sur des publications publiées depuis. Dans ce chapitre, sont également comparés les résultats des jeux de données internationaux LPZ aux résultats de la Suisse.

Pour le *taux de prévalence totale*, l'analyse des études internationales publiées entre 2011 et 2015 a montré une largeur de fenêtre allant de 1,6 % à 19,5 % (Vangelooven et al., 2016). Dans les études publiées depuis s'appuyant sur de gros échantillons et/ou des données allant au-delà des limites institutionnelles, on observe des valeurs évoluant entre 7,9 % et 14,6 %. Cette largeur de fenêtre prend en compte des études provenant du Portugal (Garcez Sardo et al., 2016 : 7.9 %), du pays de Galles et de Finlande (Clark, Semple, Ivins, Mahoney, & Harding, 2017; Koivunen, Hjerppe, Luotola, Kauko, & Asikainen, 2018 : resp. 8.7 %), d'Allemagne (Lechner, Lahmann, Neumann, Blume-Peytavi, & Kottner, 2017) ou encore des États-Unis (VanGilder, Lachenbruch, Algrim-Boyle, & Meyer, 2017 : 13.3 % resp. 8.8 %) et du Canada (Backman, Vanderloo, Miller, Freeman, & Forster, 2016 : 14.6 %). Une étude chinoise rapporte des taux de prévalence totale bien plus faibles (1,3 %) dans cinq hôpitaux (Zhou et al., 2018).

Pour la *prévalence de catégorie 2 et supérieur*, des résultats entre 5,5 % et 15,5 % ont été indiqués (Vangelooven et al., 2016). Une étude américaine portant sur 750 hôpitaux participants rapporte également des valeurs en constante diminution, soit de 9,2 % à 7,0 %, de l'année de mesure 2006 à l'année de mesure 2015 (VanGilder et al., 2017). Dans l'étude chinoise susmentionnée, cette valeur est de 1,1 % (Zhou et al., 2018).

Les données relatives à la *prévalence nosocomiale totale* sont plus rares dans les rapports internationaux. Dans les publications disponibles, des valeurs évoluant entre 0,6 % et 15,0 % sont rapportées (Vangelooven et al., 2016). Dans des publications plus récentes prenant en compte un plus gros échantillon et/ou des données au niveau d'un ensemble d'hôpitaux, cette largeur de fenêtre s'est cependant légèrement rétrécie entre-temps, avec des valeurs se situant entre 2,9 % et 10,0 % (Backman et al., 2016; Clark et al., 2017; Coyer et al., 2017; Jull, McCall, Chappell, & Tobin, 2016; Koivunen et al., 2018; Lechner et al., 2017; VanGilder et al., 2017).

Pour la *prévalence nosocomiale de catégorie 2 et supérieur*, des valeurs entre 1,2 % et 5,9 % ont été indiquées (Vangelooven et al., 2016). Dans des études publiées depuis, des valeurs entre 2,2 % et 4,4 % ont été rapportées (Backman et al., 2016; Lechner et al., 2017; VanGilder et al., 2017).

Les données concernant les *taux de prévalence des escarres pour les patient-e-s à risque* sont rares dans la littérature. Il convient en outre 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 ce contexte, une largeur de fenêtre comprise entre 11,8 % et 47,0 % est indiquée pour la prévalence totale chez les patient-e-s à risque (Vangelooven et al., 2016). Dans des études plus récentes, un taux de prévalence totale de 23,1 % (Garcez Sardo et al., 2016), et un taux de prévalence nosocomiale totale de 41,4 % ont été observés (Mallah, Nassar, & Kurdahi Badr, 2015).

L'on ne trouve que sporadiquement des valeurs de référence internationales publiées pour la *prévalence des escarres nosocomiales au niveau de types d'unités de soins spécifiques*. Celles-ci ont été communiquées dans le rapport de mesure nationale de la prévalence de 2015 pour les unités de soins chirurgicales (0,4 % – 10,6 %), mixtes (1,3 % – 3,8 %), non chirurgicales (0,6 %), gériatriques (1,2 %– 4,4 %) et neurologiques (0,6 %) (Vangelooven et al., 2016).

Pour les domaines spéciaux tels que les *soins intensifs*, des taux de prévalence nosocomiale totale entre 4,5 % et 49 % ont été indiqués (Vangelooven et al., 2017). Dans une revue systématique de littérature portant sur 17 études (N = 19 363), il a été calculé un taux d'incidence nosocomial moyen de 18,3 % (3,3 % – 39,3 %) pour les unités de soins intensifs (Lima Serrano, Gonzalez Mendez, Carrasco Cebollero, & Lima Rodriguez, 2017). Bredesen et al. (2015b) rapportent un taux de 13,6 % pour le taux de prévalence nosocomiale de catégorie 2 et supérieur. Dans une étude australienne regroupant 18 hôpitaux participants, il a été constaté un taux de prévalence nosocomiale pour la catégorie 2 et supérieur de 11,5 % dans les unités de soins intensifs, contre 3,0 % dans les unités de soins hors soins intensifs (Coyer et al., 2017).

Dans des études qui mesurent les taux de prévalence nosocomiale de manière répétée, les taux de prévalence nosocomiale ont pu être considérablement baissés à chaque cycle de mesure (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).

Dans le tableau 7, les résultats des jeux de données internationaux des deux dernières années sont mis en regard des résultats correspondants de la Suisse. En 2017, 38 hôpitaux ont participé à la mesure en Autriche, tandis qu'ils étaient trois aux Pays-Bas et treize en Turquie. Le tableau 7 indique le nombre de patient-e-s participant-e-s à la mesure. Les caractéristiques des participant-e-s par pays sont décrites au chapitre 6.2. Dans l'interprétation des données, il faut prendre en considération le fait que dans les autres pays, le nombre d'hôpitaux participants et le nombre de leurs patient-e-s participant-e-s est plus bas qu'en Suisse.

Tableau 7 : valeurs comparatives internationales des taux de prévalence des escarres (soins aigus) des mesures LPZ au cours des deux dernières années de mesure dans différents groupes de patients

Taux de prévalence		Suisse	Autriche	Pays-Bas	Turquie
Patient-e-s participant-e-s		n	n	n	n
	2017	13227	3169	128	571
	2016	13465	2627	131	541
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Prévalence totale	2017	911 (6.9)	121 (3.8)	9 (7.0)	47 (8.2)
	2016	938 (7.0)	89 (3.4)	9 (6.9)	46 (8.5)
Prévalence catégorie ≥ 2	2017	521 (3.9)	85 (2.7)	2 (1.6)	36 (6.3)
	2016	518 (3.8)	65 (2.5)	4 (3.1)	35 (6.5)
Prévalence nosocomiale totale	2017	569 (4.3)	42 (1.3)	8 (6.3)	24 (4.2)
	2016	587 (4.4)	43 (1.6)	6 (4.6)	17 (3.1)

Taux de prévalence		Suisse	Autriche	Pays-Bas	Turquie
Prévalence nosocomiale catégorie ≥ 2	2017	271 (2.0)	24 (0.8)	2 (1.6)	20 (3.5)
	2016	268 (2.0)	28 (1.1)	2 (1.5)	12 (2.2)
Patient-e-s à risque d'escarre		n	n	n	n
	2017	3846	558	37	184
	2016	3692	388	43	176
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Prévalence nosocomiale totale patient-e-s à risque d'escarre	2017	117 (15.2)	40 (7.2)	7 (18.9)	24 (13.0)
	2016	136 (17.1)	37 (9.5)	6 (14.0)	17 (9.7)
Prévalence nosocomiale catégorie ≥ 2 patient-e-s à risque d'escarre	2017	68 (8.8)	23 (4.1)	2 (5.4)	20 (10.9)
	2016	77 (9.7)	24 (6.2)	2 (4.7)	12 (6.8)

Par rapport aux deux dernières mesures LPZ, les *taux de prévalence nosocomiale totale* de la Suisse se situent à un niveau comparable, voire légèrement inférieur, à celui des Pays-Bas, mais supérieur à celui de l'Autriche ou de la Turquie. La prévalence nosocomiale totale de la Suisse se situe, avec 4,7 %, dans la plage inférieure de la largeur de fenêtre de 2,9 % à 10,0 % trouvée dans la littérature récente.

Au niveau des *taux de prévalence nosocomiale de catégorie 2 et supérieur*, il s'avère que les taux suisses sont comparables, voire inférieurs à ceux de la Turquie, mais supérieurs à ceux des Pays-Bas et de l'Autriche. La largeur de fenêtre de 2,2 % à 4,4 % trouvée dans la littérature récente pour la prévalence nosocomiale de catégorie 2 et supérieur se situe tout juste au-dessus de la valeur suisse de 2,0 % pour l'année de mesure 2017.

Si l'on compare les *taux de prévalence nosocomiale des patient-e-s à risque* au sein des pays LPZ, on constate que les taux de prévalence de la Suisse sont à un niveau comparable à celui des Pays-Bas et de la Turquie, mais supérieur à celui de l'Autriche. La comparaison avec la littérature est à cet égard impossible, comme il n'existe aucune donnée concernant la prévalence nosocomiale chez les patient-e-s à risque selon l'évaluation clinique subjective.

Au *niveau des unités de soins*, comme pour les années précédentes, ce sont les unités de soins intensifs qui affichent les taux de prévalence les plus élevés de Suisse avec 13,7 % (prévalence nosocomiale totale) et 8,5 % (taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur). Après une augmentation prononcée lors de l'année de mesure 2016, ces taux de prévalence sont retombés et sont à présent inférieurs ou comparables aux valeurs de comparaison actuelles de la littérature.

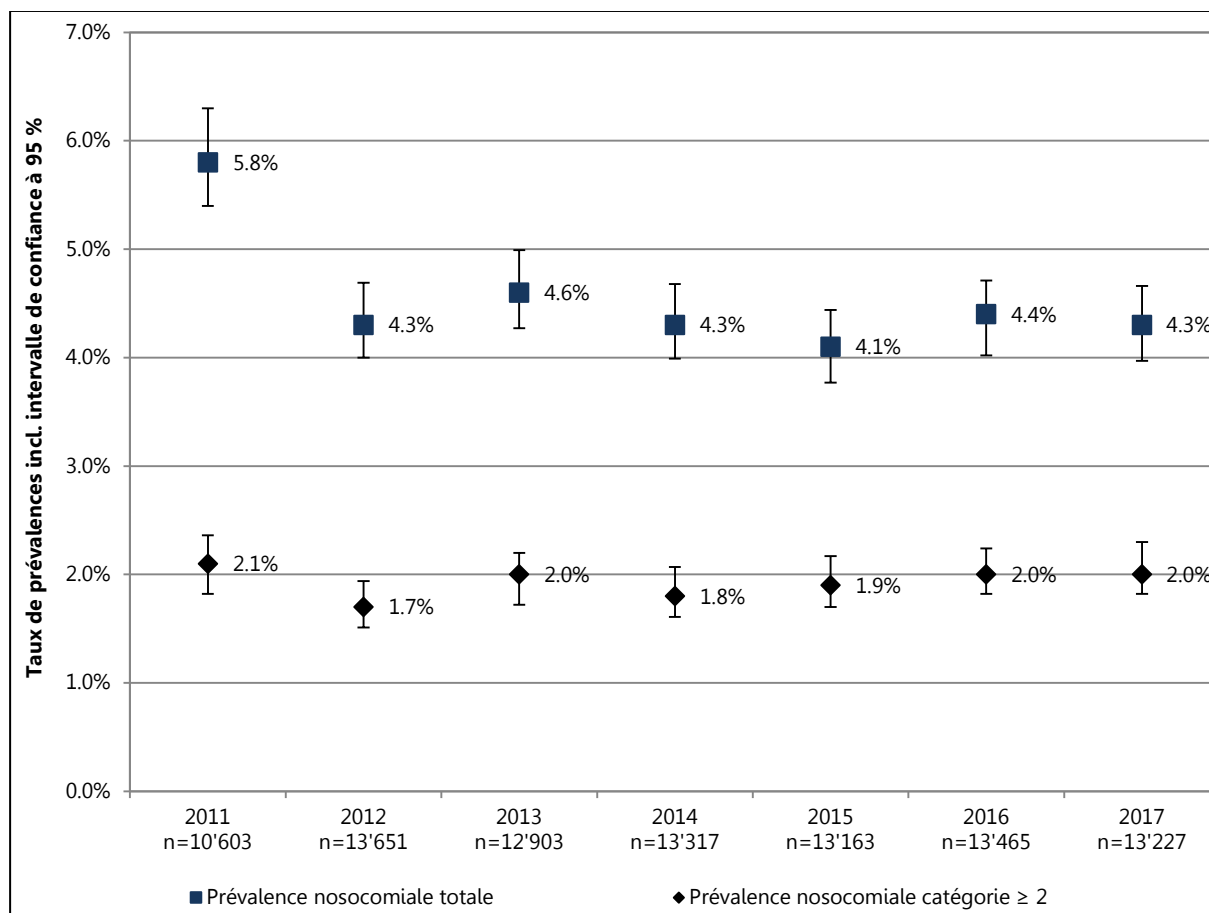
Le *type d'unité de soins des soins palliatifs*, recensé pour la première fois en 2017, s'inscrivait dans la plage supérieure par rapport aux autres unités de soins de Suisse, avec un taux de prévalence nosocomiale totale de 10,0 % et un taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur de 4,3 %. En comparaison des rares données disponibles dans la littérature pour la prévalence nosocomiale totale de 6,7 % (Hendrichova et al., 2010) et 12 % (Galvin, 2002), elles apparaissent donc plutôt moyennes.

L'analyse des valeurs de la littérature montre globalement 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 publications d'études s'appuyant sur des échantillons complets et des mesures répétées 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 des valeurs publiées à l'international.

4.3.2. Comparaison des taux nationaux de prévalence des escarres nosocomiales

Les taux nationaux de prévalence nosocomiale des sept dernières années de mesure sont présentés dans la figure 23.

Figure 23 : comparaison des taux de prévalence des escarres nosocomiales sur les 7 dernières années de mesure



Le taux national de prévalence nosocomiale totale a varié entre 4,1 % et 5,8 % au cours des sept dernières années de 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 présentait pas de chevauchement avec les intervalles de confiance des années de mesure 2012 à 2017.

Pour la prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur, les variations s'élevaient de 0,1 à 0,4 point 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 sept dernières années de mesure. Les différences relèvent par conséquent du hasard.

La tendance constatée dans plusieurs publications internationales selon laquelle les taux de prévalence (nosocomiale) peuvent être considérablement réduits au cours de mesures répétées, ne s'applique à la Suisse que dans une certaine mesure lorsque l'on compare l'ensemble des mesures menées jusqu'à aujourd'hui. Ainsi, le taux de prévalence nosocomiale totale a baissé les premières années de mesure de 1,7 point de pourcentage, puis s'est stabilisé ces trois dernières années entre 4,1 et 4,4 %. En revanche, le taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur est resté plus ou moins stable depuis le début de la mesure nationale de la prévalence en Suisse. Cela peut être lié au fait qu'au début des mesures, en 2011, de nombreux hôpitaux avaient déjà atteint un bon niveau de qualité dans le domaine de l'indicateur escarres.

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. Lors de la mesure de 2016, on comptait dix hôpitaux présentant un taux de prévalence significativement plus élevé ; en 2017, on en comptait treize, et un hôpital qui s'écartait positivement au sens clinique de la moyenne. Pour les escarres de catégorie 2 et supérieur, le nombre des hôpitaux « hors norme » avait toujours évolué à un faible niveau ; par comparaison, le nombre d'hôpitaux présentant des valeurs aberrantes négatives au sens clinique en 2017, avec un total de quatre, est donc élevé. Dans les mesures effectuées avant 2017, le nombre d'hôpitaux « hors norme » évoluait entre 0 et 3. Si l'on observe les hôpitaux « hors norme » depuis 2014, on constate que près d'un tiers des hôpitaux s'est écarté au moins deux fois significativement négativement au sens clinique, et ce aussi bien pour les escarres catégorie 1 et supérieur que pour les escarres catégorie 2 et supérieur. Il n'est cependant pas possible de conclure avec certitude que ces hôpitaux présentent effectivement des problèmes de qualité sur le long terme.

Dans l'ensemble, la qualité de la prévention et du traitement des escarres dans les hôpitaux suisses est à considérer comme très bonne au vu des données issues de l'ajustement au risque à disposition.

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. En outre, les items recueillis changent occasionnellement en raison de la coopération internationale. Ainsi, par exemple, l'échelle de Braden n'a plus été relevée dans le questionnaire de 2016, mais a été réintroduite en 2017. Celle-ci ne s'est toutefois pas révélée totalement pertinente, vu qu'elle n'a pas été sélectionnée dans le modèle. Comme l'ont montré les résultats de l'ajustement au risque, l'évaluation clinique subjective joue un rôle bien plus significatif dans ce contexte, ce qui correspond également aux résultats de la recherche internationale.

En outre, depuis l'année de mesure 2016, les groupes de diagnostics sont 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 de l'année de mesure 2016. Une comparaison des deux procédures (groupes de diagnostics CIM-10 et diagnostics individuels complémentaires) avait cependant déjà montré lors de la mesure 2016 que les différences sont

minimes et que le nombre des hôpitaux avec des écarts significatifs demeure en règle générale inchangé. Lorsque l'on utilise les groupes de diagnostics CIM, il faut prendre en compte le fait que l'évolution d'une escarre, au sens où elle constitue une maladie de peau, peut tout aussi bien être considérée comme un facteur de risque que le résultat d'une maladie selon le catalogue CIM-10. En raison des présents groupes de diagnostics CIM relevés de façon plutôt imprécise, il est impossible de faire la distinction entre cause et conséquence.

Le changement le plus frappant pour les deux indicateurs de résultats des escarres lors de la mesure de 2016 était l'importance de l'évaluation clinique subjective des infirmier-ère-s. Avec des rapports de cotes de 16 dans la catégorie 1 et supérieur et de 11 dans la catégorie 2 et supérieur, l'évaluation clinique subjective se révélait être une variable prédictive encore plus forte que cela n'avait été le cas en 2015. Dans la mesure de 2017, l'évaluation clinique subjective restait la variable prédictive présentant le rapport de cotes le plus élevé des deux analyses des escarres. Par ailleurs, les valeurs calculées se situaient à nouveau au niveau de 2015. Le fait que l'échelle de Braden n'ait pas été recueillie dans le questionnaire de 2016, paraît ainsi ne pas être à l'origine des rapports de cotes élevés de l'évaluation clinique subjective de l'année, cette échelle ayant été à nouveau recueillie lors de l'année de mesure 2017 sans pour autant être sélectionnée pour le modèle. Dans tous les cas, 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 (NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014).

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 80 % des patient-e-s à risque ainsi que chez les personnes avec escarre (nosocomiale), le risque a été documenté. Cela signifie aussi que chez près de 20 % 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. Il faut cependant mentionner que la situation semble avoir évolué par rapport à l'année précédente. Ainsi, la part de patient-e-s à risque ayant contracté une escarre et dont le risque a été documenté a augmenté par rapport à l'année de mesure 2016. Le fait que le lieu d'origine dans l'hôpital a été indiqué sans équivoque pour 96,8 % des escarres nosocomiales est 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., 2015b; Jull et al., 2016). La part en pourcentage des escarres de catégorie 3 et supérieur en Suisse (9,9 %) est significativement inférieure à celle des autres pays (cf. par exemple Backman et al., 2016; Bredesen et al., 2015b; Zhou et al., 2018). Pour le résultat en Suisse indiquant qu'environ deux cinquièmes des escarres se sont déjà manifestés avant l'admission à l'hôpital, des chiffres de référence semblables (Amir, Lohrmann, Halfens, & Schols, 2017) ainsi qu'inférieurs (17,3 %) figurent dans la littérature (Bredesen et al., 2015b).

- *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. Ces résultats correspondent aux données des publications internationales (cf. par exemple Clark et al., 2017; Jull et al., 2016; Zhou et al., 2018).
- *Interventions préventives* : L'évaluation des interventions de prévention et de traitement des escarres montre que presque tous/toutes les participant-e-s (largeur de fenêtre de 95,3 % à 98,2 %) 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 manifestés 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 lignes directrices (NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014) . Les supports d'assistance 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 le centrage sur la personne. Par contre, l'utilisation de produits/crèmes pour l'hydratation et la protection de la peau chez les participant-e-s avec escarre nosocomiale affiche une hausse de plus de 10 points de pourcentage par rapport à l'an dernier.

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. Au niveau des unités de soins, de légères variations peuvent être constatées au sein de plusieurs des indicateurs. Le degré de réalisation de l'indicateur cours de remise à jour reste bas au niveau des unités de soins lors de cette deuxième mesure. D'après les retours reçus par le biais de l'enquête d'évaluation des participant-e-s, cela pourrait également être lié aux critères définis dans le questionnaire LPZ, les nouvelles approches de formation telles que le conseil clinique au lit du/de la patient-e, les outils d'e-learning, etc. ne répondant souvent pas à la condition de durée des deux heures.
- 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 ou de son intégration active. Au niveau des structures, il conviendrait de contrôler dans quelle mesure l'aspect de la formation des collaborateur-trice-s pourrait contribuer à des résultats encore meilleurs, et si, sur le fond, le questionnaire LPZ pourrait mieux prendre en compte les nouvelles formes de formation.

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 conséquences des chutes et taux de blessures, les interventions de prévention des chutes et enfin les indicateurs de structure pour l'indicateur chutes.

En règle générale, les descriptions des résultats sont orientés 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 13 227 patient-e-s participant-e-s à la mesure au total, 499 participant-e-s (3,8 %) ont chuté à l'hôpital dans les 30 jours précédant la mesure. Dans le tableau 8, les caractéristiques de ces 499 patient-e-s sont décrites et réparties selon le type d'hôpital.

Tableau 8 : caractéristiques des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital réparties par le type d'hôpital

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s ayant chuté à l'hôpital	<i>n</i>	104	256	104	35	499
Sexe (féminin)	<i>n (%)</i>	43 (41.3)	113 (44.1)	49 (47.1)	21 (60.0)	226 (45.3)
Intervention chirurgicale (oui)	<i>n (%)</i>	37 (35.6)	69 (27.0)	26 (25.0)	10 (28.6)	142 (28.5)
Âge (en ans)	<i>VM (ÉT)</i>	70.6 (16.31)	75.3 (12.32)	74.8 (12.51)	77.8 (12.43)	74.4 (13.41)
	<i>Médiane (EI)</i>	72.00 (26.50)	77.50 (15.00)	77.00 (14.00)	79.00 (12.00)	77.00 (18.00)
Nombre des jours depuis l'admission	<i>VM (ÉT)</i>	18.1 (21.10)	16.7 (17.81)	11.5 (7.75)	14.7 (11.50)	15.8 (16.77)
	<i>Médiane (EI)</i>	11.00 (15.00)	12.00 (13.00)	10.50 (12.00)	12.00 (13.00)	11.00 (13.00)
Nombre des groupes de diagnostic CIM	<i>VM (ÉT)</i>	3.9 (2.06)	4.9 (2.19)	4.1 (2.09)	5.0 (2.11)	4.6 (2.18)
	<i>Médiane (EI)</i>	4.00 (3.00)	5.00 (3.00)	4.00 (2.00)	5.00 (2.00)	4.00 (3.00)
Échelle de la dépendance aux soins (EDS – Score total 15-75)	<i>VM (ÉT)</i>	55.1 (15.75)	55.6 (13.73)	56.7 (15.21)	49.9 (16.58)	55.3 (14.73)
	<i>Médiane (EI)</i>	57.00 (22.00)	58.00 (20.00)	60.00 (24.75)	50.00 (32.00)	58.00 (22.00)

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s ayant chuté à l'hôpital	<i>n</i>	104	256	104	35	499
Catégories EDS						
Indépendance complète (70-75)	<i>n (%)</i>	23 (22.1)	39 (15.2)	24 (23.1)	5 (14.3)	91 (18.2)
Indépendance prépondérante (60-69)	<i>n (%)</i>	26 (25.0)	78 (30.5)	31 (29.8)	9 (25.7)	144 (28.9)
Dépendance partielle (45-59)	<i>n (%)</i>	33 (31.7)	87 (34.0)	23 (22.1)	7 (20.0)	150 (30.1)
Dépendance prépondérante (25-44)	<i>n (%)</i>	18 (17.3)	43 (16.8)	24 (23.1)	11 (31.4)	96 (19.2)
Dépendance complète (15-24)	<i>n (%)</i>	4 (3.8)	9 (3.5)	2 (1.9)	3 (8.6)	18 (3.6)
Patient-e-s à risque de chute	<i>n (%)</i>	53 (51.0)	141 (55.1)	59 (56.7)	21 (60.0)	274 (54.9)
Sédatifs et/ou des médicaments influençant son comportement (oui)	<i>n (%)</i>	56 (53.8)	161 (62.9)	65 (62.5)	24 (68.6)	306 (61.3)
Patient-e-s à risque d'escarre						
Évaluation clinique subjective (oui)	<i>n (%)</i>	57 (54.8)	148 (57.8)	59 (56.7)	22 (62.9)	286 (57.3)
Échelle de Braden selon définition LPZ (≤ 20)	<i>n (%)</i>	85 (81.7)	197 (77.0)	82 (78.8)	30 (85.7)	394 (79.0)

Les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital sont en moyenne plus âgé-e-s de 7,9 ans, ont une durée d'hospitalisation jusqu'à la mesure supérieure de 9 jours, présentent assez fréquemment un groupe de diagnostics CIM de plus et sont davantage dépendants aux soins (score total EDS de 55,3 contre 65,4) que les participant-e-s n'ayant pas connu d'événement de chute à l'hôpital (résultats des participant-e-s sans événement de chute à l'hôpital non représentés dans un tableau). De plus, ils présentent plus souvent un risque d'escarre (+29,3 points de pourcentage selon l'évaluation clinique subjective, +31,8 points de pourcentage selon l'échelle de Braden) et ont été moins fréquemment opérés (-16,6 points de pourcentage). La répartition des sexes est semblable dans les deux groupes.

Plus de la moitié des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital ont indiqué une chute dans l'anamnèse. Chez les participant-e-s n'ayant pas chuté, c'était le cas pour environ un quart d'entre eux/elles. Les participant-e-s ayant chuté à l'hôpital prenaient près de deux fois plus souvent des sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement que ceux/celles n'ayant pas chuté (61,3 % contre 34,5 %).

Parmi les 13 227 patient-e-s participant-e-s au total, 3 829 (28,9 %) présentaient un risque de chute en raison d'une chute dans l'anamnèse (cf. tableau 1). La part en pourcentage la plus élevée de patient-e-s à risque de chute est enregistrée dans les types d'hôpitaux K112 et K121-123 avec 30,0 % chacun, suivis des types d'hôpitaux K221 & K231-K235 avec 28,2 %, et K111 avec 25,0 %.

Le tableau 9 présente les résultats pour l'indicateur de processus Évaluation du risque consignée. Les résultats sont donnés pour les patient-e-s à risque de chute et les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital.

Tableau 9 : indicateur des processus « évaluation du risque consignée » chez les patient-e-s à risque de chute ou ayant chuté à l'hôpital

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s à risque de chute	<i>n</i>	605	2019	896	309	3829
Évaluation du risque consignée	<i>n (%)</i>	391 (64.6)	1629 (80.7)	593 (66.2)	193 (62.5)	2806 (73.3)
Patient-e-s ayant chuté à l'hôpital	<i>n</i>	104	256	104	35	499
Évaluation du risque consignée	<i>n (%)</i>	80 (76.9)	238 (93.0)	81 (77.9)	26 (74.3)	425 (85.2)

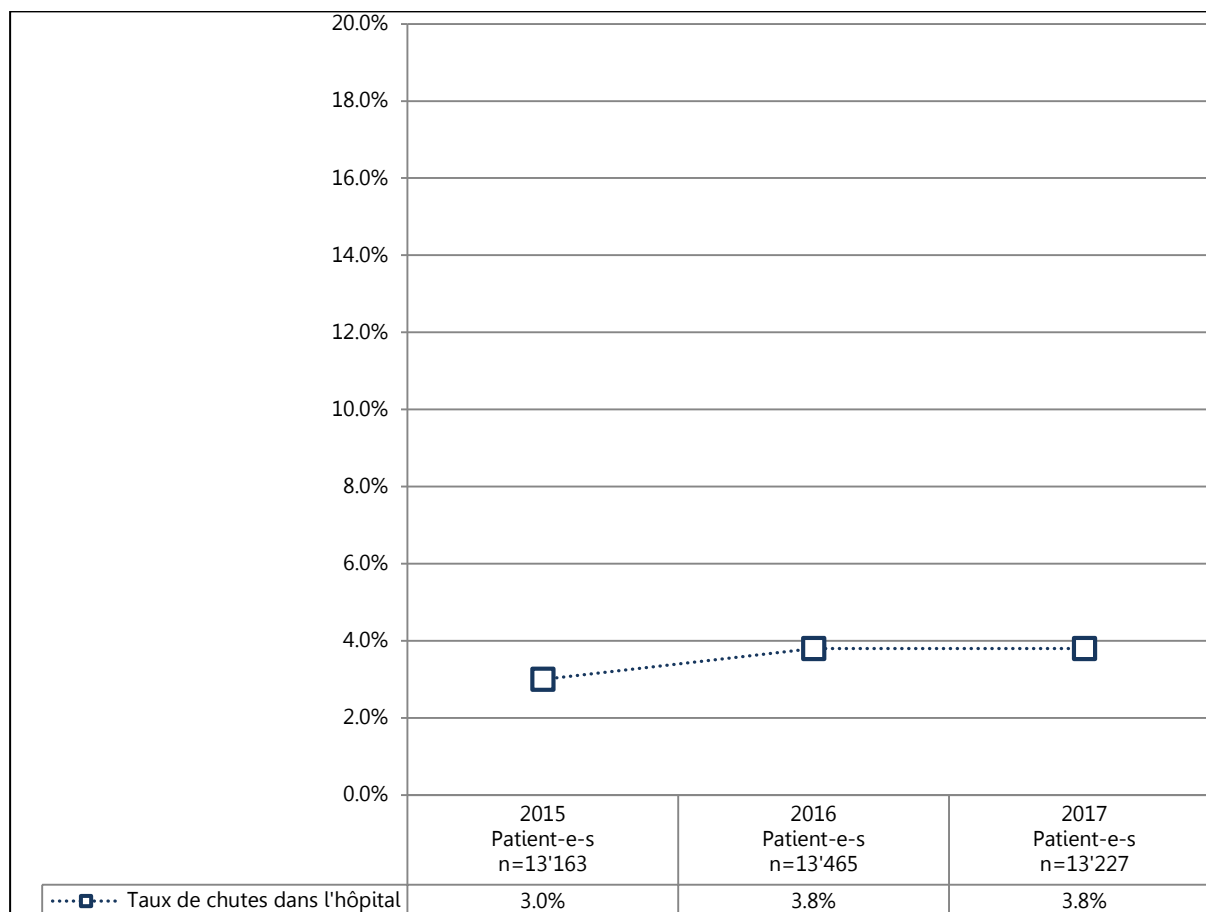
Chez 73,3 % des patient-e-s à risque, la mise en application et la documentation d'une évaluation des risques ont été indiquées. Les pourcentages dans les types d'hôpitaux se situent entre 62,5 % (type d'hôpital K221 & K231-K235) et 80,7 % (type d'hôpital K112). Par rapport à l'année précédente, on observe une évolution positive au niveau national, la valeur de l'année de mesure 2017 ayant augmenté de 4,4 points de pourcentage.

La mise en application d'une évaluation des risques est consignée dans le dossier patient chez 85,2 % des participant-e-s ayant chuté à l'hôpital. Par rapport à l'année 2016, cela représente une progression de 4,6 points de pourcentage. L'on remarque que la part des patient-e-s ayant chuté pour lequel-le-s le risque a été documenté est bien plus forte dans le type d'hôpital K112, avec 93,0 %, que dans les autres.

5.1.2. Taux des chutes à l'hôpital

Ce chapitre décrit les indicateurs des résultats relatifs aux chutes survenues en hôpital. La figure 24 indique le taux des chutes survenues en hôpital au cours des trois dernières années de mesure au niveau national.

Figure 24 : taux des chutes survenues en hôpital au cours des 3 dernières années de mesure



Au niveau national, après une augmentation entre les années de mesure 2015 et 2016, le taux de chutes à l'hôpital s'est stabilisé et s'élève, tout comme l'année précédente à 3,8 % en 2017.

En revanche, le taux de chute national chez les patient-e-s à risque a baissé de 5,3 points de pourcentage par rapport à l'année de mesure 2016, pour s'établir à 7,2 % (cf. tableau 10). Ce recul doit cependant être interprété au regard de l'adaptation de la méthodologie (cf. chapitre 2.2.5), celle-ci altérant très vraisemblablement le résultat.

Lors de l'année de mesure 2017, les patient-e-s à risque étaient près de deux fois plus concernés par un événement de chute à l'hôpital en comparaison de tous/toutes les participant-e-s.

Le tableau 10 indique le taux des chutes à l'hôpital ainsi que le taux des chutes à l'hôpital chez les patient-e-s à risque répartis selon le type d'hôpital.

Tableau 10 : taux de chutes survenues en hôpital au cours des 2 et 3 dernières années de mesure répartis par le type d'hôpital dans différents groupes de patients

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s participant-e-s		n	n	n	n	n
	2017	2423	6722	2986	1096	13227
	2016	2505	6722	3323	915	13465
	2015	2527	6156	3477	1003	13163
Taux de chutes survenues en hôpital		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2017	104 (4.3)	256 (3.8)	104 (3.5)	35 (3.2)	499 (3.8)
	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)
Patient-e-s à risque de chute		n	n	n	n	n
	2017	605	2019	896	309	3829
	2016	695	2133	1029	244	4101
Taux de chutes survenues en hôpital patient-e-s à risque de chute		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	2017	53 (8.8)	141 (7.0)	59 (6.6)	21 (6.8)	274 (7.2)
	2016	90 (12.9)	285 (13.4)	110 (10.7)	26 (10.7)	511 (12.5)

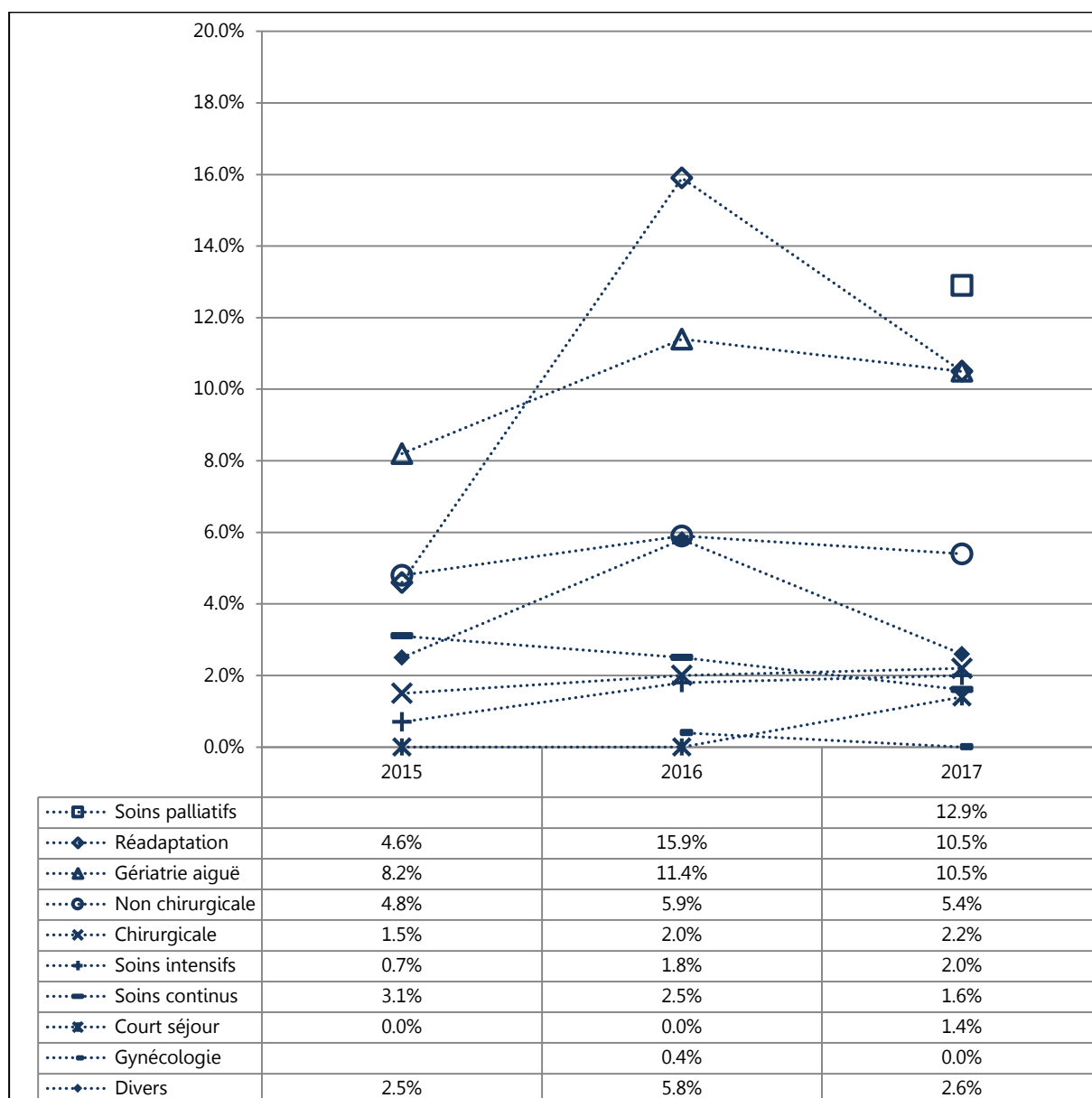
Dans le tableau 10, l'on observe que les taux de chutes à l'hôpital de l'année de mesure 2017 varient au sein de chaque type d'hôpital dans une fourchette allant de 3,2 % à 4,3 %. Tandis que le type d'hôpital K112 présentait pour la première fois depuis 2015 un taux de chutes non supérieur à la valeur nationale avec 3,8 %, le type d'hôpital K111 enregistré en 2017 un taux de chutes pour la première fois supérieur à la moyenne nationale, avec 4,3 %. Comme l'an passé, c'est au sein du type d'hôpital K221 & K231-K235 que l'on constatait le taux de chutes le plus faible, avec 3,2 %.

Chez les patient-e-s à risque, les taux de chutes variaient également en fonction du type d'hôpital. Comme l'année dernière, le taux de chutes au sein du type d'hôpital K111, avec 8,8 %, se situait au-dessus de la moyenne nationale de 7,2 %. Dans les autres types d'hôpitaux, le taux de chute, avec des valeurs évoluant entre 6,6 % et 7,0 %, était très légèrement inférieur.

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 25 présente les taux de chutes survenues en hôpital répartis selon le type d'unité de soins au niveau national.

Figure 25 : taux de chutes survenues en hôpital répartis selon le type d'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure*



Champs vides = aucune donnée disponible, le type d'unité de soins n'étant pas encore intégré à part dans le questionnaire.

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

Lors de l'année de mesure 2017, ce sont les unités de soins palliatifs, figurant à part pour la première fois, qui présentaient les taux de chutes les plus élevés. Elles étaient suivies des types d'unité de soins réadaptation et gériatrie aiguë, avec chacune 10,5 %. Ces deux types d'unité de soins affichaient déjà

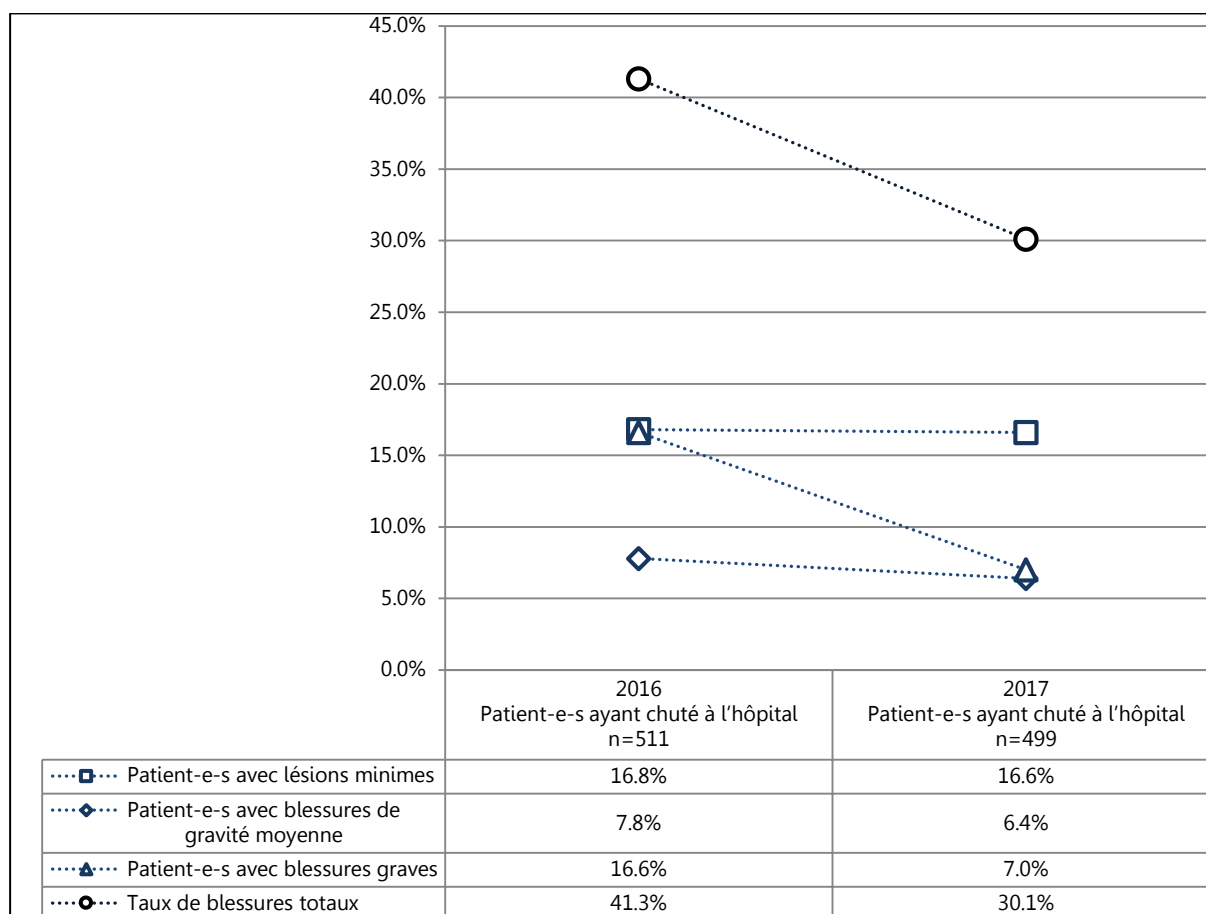
des taux élevés l'année précédente. Au cours des trois dernières années de mesure, des variations notables sont à constater pour ces types d'unités de soins. Pour l'unité de soins réadaptation, cela pourrait être lié au nombre relativement faible et variable de patient-e-s participant-e-s à la mesure (2015 = 87, 2016 = 44, 2017 = 51), qui favoriserait les variations liées au hasard. Les types d'unité de soins chirurgicale et non chirurgicale, qui affichent nettement plus de participant-e-s, présentent des taux de chutes relativement constants avec des variations comprises respectivement dans une plage de 0,7 point de pourcentage et 1,1 point de pourcentage.

5.1.4. Taux de blessures

Dans ce chapitre sont décrits les taux de blessure, c'est-à-dire la part en pourcentage des blessures chez les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital, à la fois au niveau national et répartis par type d'hôpital. En raison de l'adaptation de la méthode LPZ 2.0, les résultats décrits dans ce chapitre et dans le suivant ne peuvent pas être comparés point par point avec les résultats des mesures antérieures à 2016. Par conséquent, seuls les résultats des années de mesure 2016 et 2017 sont rapportés ici.

La figure 26 présente, au niveau national, les taux de blessures des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital au cours des deux dernières années de mesure.

Figure 26 : taux de blessures des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital au cours des 2 dernières années de mesure



Le taux de patient-e-s ayant chuté à l'hôpital présentant des lésions minimales (16,6 %) est resté constant par rapport à l'année précédente, et est au niveau national plus de deux fois plus élevé que le taux des blessures de gravité moyenne (6,4 %) ou des blessures graves (7,0 %). Par rapport à l'an

passé, le taux de blessures graves a beaucoup baissé. De même, le taux national total des blessures de l'année de mesure 2017, avec 30,1 %, est inférieur de 11,2 points de pourcentage à celui de l'année de mesure 2016.

Dans le tableau 11 figurent les taux de blessures répartis par type d'hôpital.

Tableau 11 : taux de blessures des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital répartis par type d'hôpital au cours des 2 dernières années de mesure

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s ayant chuté à l'hôpital		n	n	n	n	n
	2017	104	256	104	35	499
	2016	90	285	110	26	511
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Taux de blessures : lésions minimales	2017	11 (10.6)	44 (17.2)	20 (19.2)	8 (22.9)	83 (16.6)
	2016	7 (7.8)	54 (18.9)	23 (20.9)	2 (7.7)	86 (16.8)
Taux de blessures : blessures de gravité moyenne	2017	4 (3.8)	15 (5.9)	9 (8.7)	4 (11.4)	32 (6.4)
	2016	7 (7.8)	23 (8.1)	7 (6.4)	3 (11.5)	40 (7.8)
Taux de blessures : blessures graves	2017	4 (3.8)	22 (8.6)	4 (3.8)	5 (14.3)	35 (7.0)
	2016	12(13.3)	50 (17.5)	18 (16.4)	5 (19.2)	85 (16.6)
Taux de blessures totaux	2017	19 (18.3)	81 (31.6)	33 (31.7)	17 (48.6)	150 (30.1)
	2016	26 (28.9)	127 (44.6)	48 (43.6)	10 (38.5)	211 (41.3)

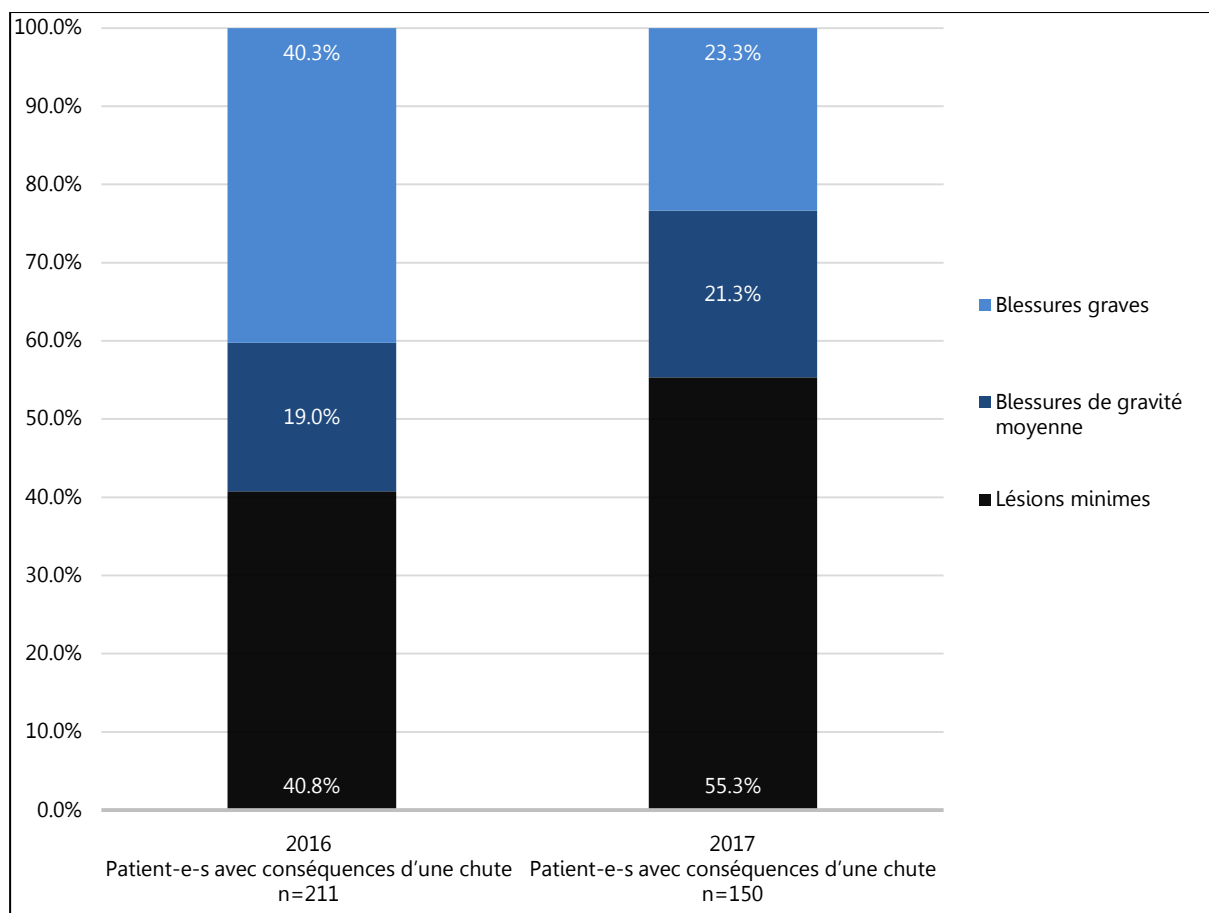
Tandis que le taux total des blessures dans le type d'hôpital K 111, avec 18,3 %, est bien inférieur à la moyenne nationale, celui du type d'hôpital K221 & K231-K235, avec 48,6 %, est lui nettement supérieur. Dans les types d'hôpitaux K112 et K121-K123, les taux, respectivement de 31,6 % et 31,7 %, se situent dans la plage des valeurs nationales.

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'avérait 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. Conséquences des chutes

Ce chapitre décrit en détail les conséquences des chutes survenues en hôpital. Parmi les 499 patient-e-s ayant chuté à l'hôpital, 150 (30,1 %) étaient concerné-e-s par des conséquences de la chute. L'événement de chute n'avait par conséquent entraîné aucune blessure chez au moins deux tiers des personnes concernées. La figure 27 indique la répartition des blessures en fonction du degré de gravité chez les 150 patient-e-s ayant fait un chute avec des conséquences.

Figure 27 : distribution des blessures chez les patient-e-s ayant fait une chute avec des conséquences dans les 2 dernières années de mesure



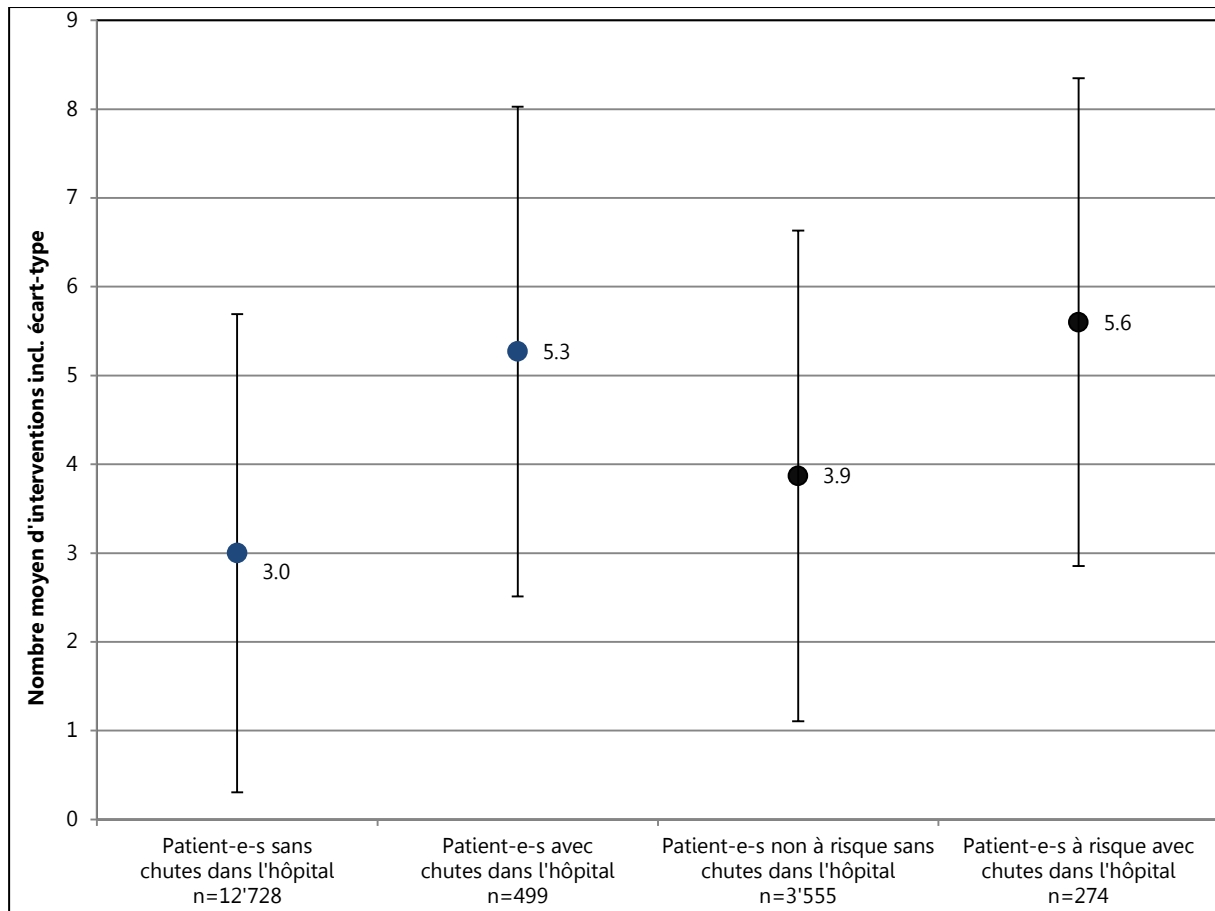
Avec 55,3 %, plus de la moitié des personnes concernées par des conséquences de chute présentaient de blessures minimales, 21,3 % présentaient de blessures de gravité moyenne et 23,3 % de blessures graves. Par rapport à l'année précédente, on remarque ainsi un fort recul des blessures graves (en pour cent) suite à un événement de chute avec conséquences à l'hôpital. Si, en 2016, on comptait près de quatre patient-e-s sur dix souffrant de blessures graves suite à une chute, pour l'année de mesure 2017, ils/elles étaient encore au moins deux sur dix.

5.1.6. 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.

La figure 28 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 28 : nombre moyen d'interventions de prévention des chutes chez différents groupes de patients



La figure 28 montre que le nombre d'interventions préventives chez les participant-e-s ayant chuté à l'hôpital est plus élevé que chez les patient-e-s n'ayant pas chuté à l'hôpital (nombre moyen d'interventions de 3,0 contre 5,3). On compte ainsi, au niveau national, pas moins de cinq mesures de prévention différentes en moyenne mises en place chez les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital. Avec un écart-type de +/- 2,76, cela signifie que pour la majorité des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital, 2,5 à environ 8 interventions préventives ont été mises en place.

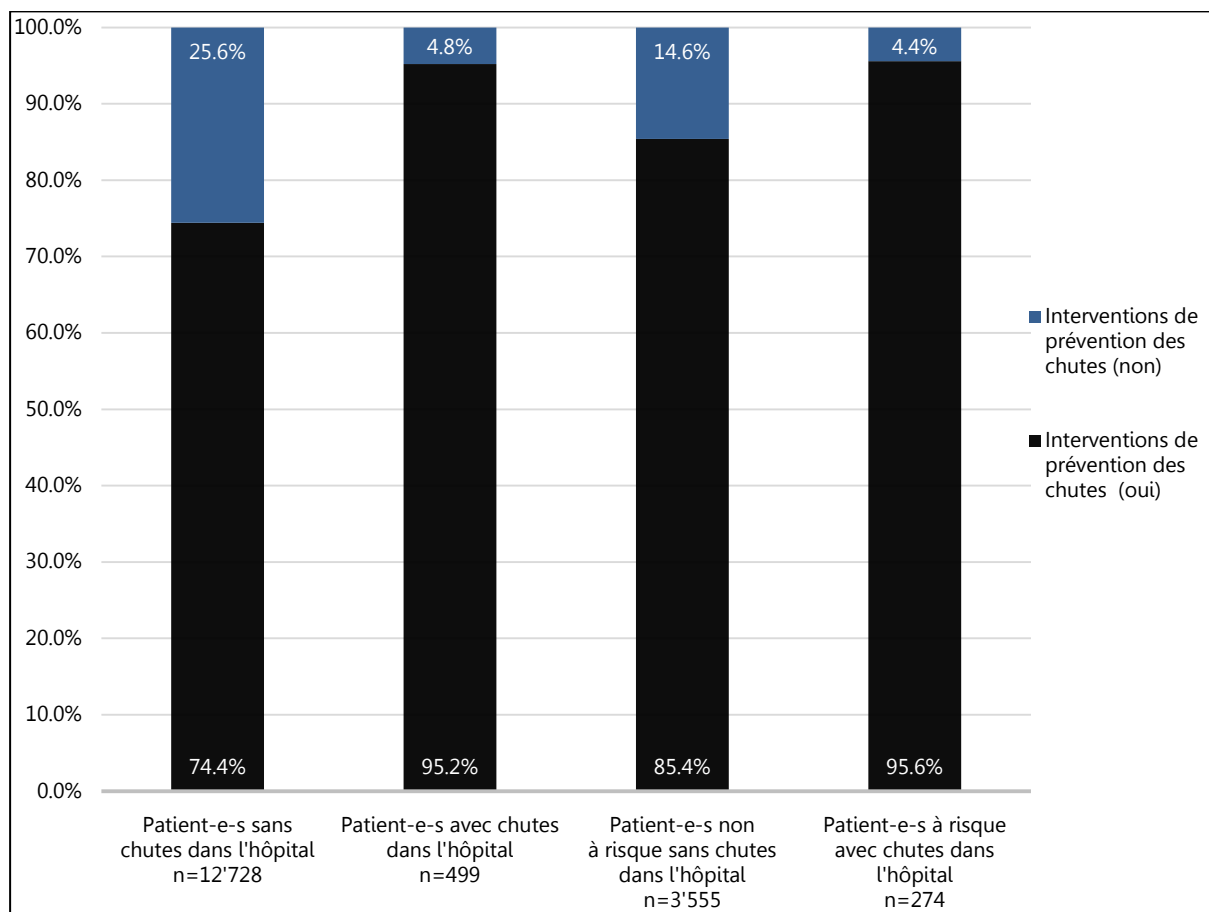
Au sein du groupe de patient-e-s présentant un risque de chute, il s'est avéré que les participant-e-s ayant chuté à l'hôpital avaient reçu de tout juste deux interventions de plus que les patient-e-s à risque n'ayant pas chuté à l'hôpital.

De plus, il est apparu dans l'analyse (non représentée dans la figure) qu'en moyenne, les patient-e-s à risque recevaient globalement de davantage d'interventions de prévention des chutes. Alors que sur

tous/toutes les participant-e-s, en moyenne au moins trois interventions préventives sont mises en place par patient-e, ce nombre est de quatre pour les patient-e-s à risque.

La figure 29 montre la part de patient-e-s ayant reçu ou non d'interventions préventives au sein de différents groupes de patients.

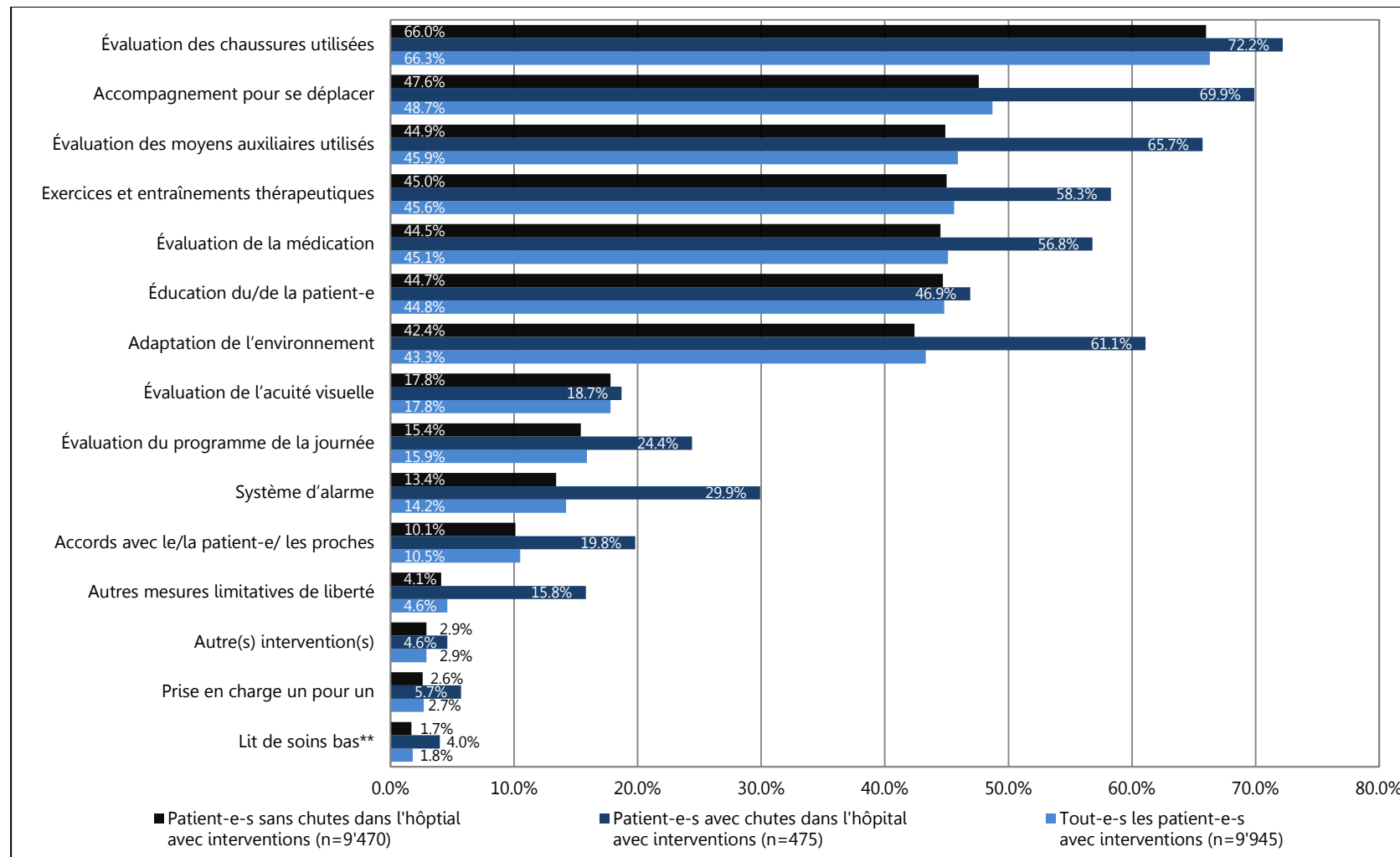
Figure 29 : part des patient-e-s ayant reçu ou non d'interventions de prévention des chutes dans différents groupes de patients



Parmi tous/toutes les participant-e-s, 75,2 % ont reçu au moins d'une intervention de prévention des chutes (non rapporté dans la figure). Avec 95,2 %, les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital ont reçu plus fréquemment d'interventions préventives que les participants n'ayant pas chuté (74,4 %). Les patient-e-s à risque ont reçu à 86,2 % d'interventions préventives (non rapporté dans la figure). Au sein de ce groupe de patient-e-s, des interventions avaient plus souvent été mises en place pour les participant-e-s ayant chuté à l'hôpital que ceux n'ayant pas chuté à l'hôpital (95,6 % contre 85,4 %).

Les figures 30 et 31 décrivent les interventions de prévention des chutes mises en place chez les patient-e-s avec ou sans événement de chute à l'hôpital (cf. figure 30) ainsi que chez les patient-e-s à risque de chute ayant chuté ou non (cf. figure 31).

Figure 30 : 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*



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

** La catégorie de réponse « lit de soins bas » comprend également la réponse « soins sur un matelas au sol » ainsi que le « matelas à côté du lit ».

Comme il est possible de constater sur la figure 30, les interventions préventives suivantes, entre autres, figuraient au premier plan au niveau national, comme l'année précédente, chez les patient-e-s n'ayant pas chuté à l'hôpital : évaluation des chaussures utilisée (66,0 %), accompagnement pour se déplacer (47,6 %), exercices et entraînements thérapeutiques (45,0 %), évaluation des moyens auxiliaires utilisés (44,9 %), éducation du/de la patient-e (44,7 %), évaluation de la médication (44,5 %) et adaptation de l'environnement (42,4 %).

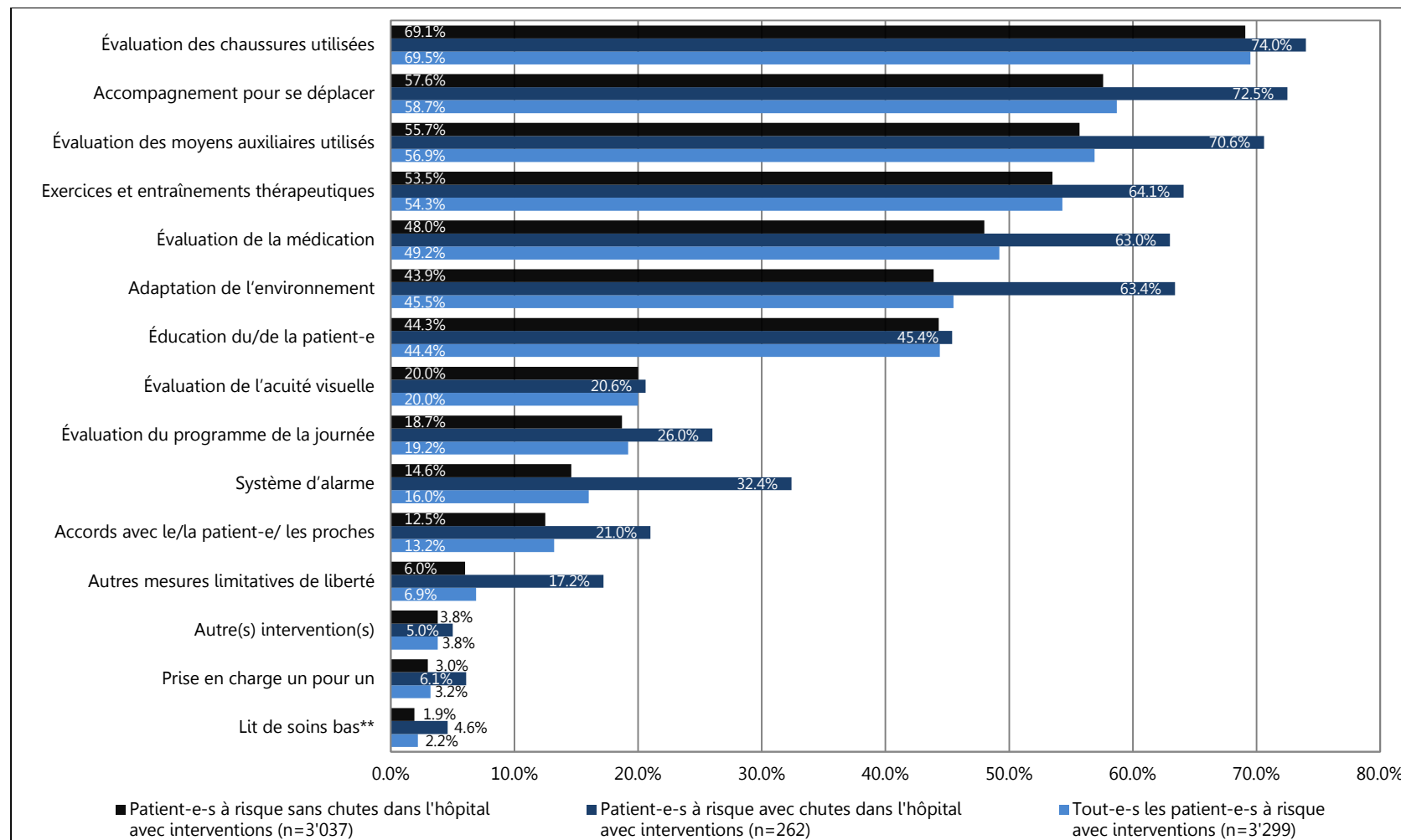
Chez les participant-e-s ayant chuté à l'hôpital, on constate dans la majorité des cas que des interventions de prévention des chutes étaient mises en application plus fréquemment. Les interventions suivantes, avec des valeurs supérieures à 60 %, figuraient ainsi au premier plan : évaluation des chaussures utilisées (72,2 %), accompagnement pour se déplacer (69,9 %), évaluation des moyens auxiliaires utilisés (65,7 %) et adaptation de l'environnement (61,1 %).

Lorsque l'on compare les patient-e-s ayant et n'ayant pas chuté à l'hôpital, il s'avère que les interventions suivantes étaient bien plus fréquemment mises en place lorsqu'une chute se produisait : accompagnement pour se déplacer (47,6 % contre 69,9 %), évaluation des moyens auxiliaires utilisés (44,9 % contre 65,7 %), adaptation de l'environnement (42,4 % contre 61,1 %), exercices et entraînements thérapeutiques (45,0 % contre 58,3 %), évaluation de la médication (44,5 % contre 56,8 %), système d'alarme (13,4 % contre 29,9 %) et autres mesures limitatives de liberté (4,1 % contre 15,8 %).

Si l'on prend en compte tous/toutes les participant-e-s, on constate que l'évaluation de la médication (+ 10,1 points de pourcentage), l'éducation du/de la patient-e (+ 9,3 points de pourcentage) et l'adaptation de l'environnement (+ 8,2 points de pourcentage) étaient plus utilisés lors de l'année de mesure 2017 que lors de l'année précédente. En revanche, moins d'accords avec le/la patient-e/les proches ont été passés en tant qu'intervention préventive (- 8,9 points de pourcentage) lors de l'année de mesure 2017.

Chez les patient-e-s à risque, des interventions similaires figuraient au premier plan (cf. figure 31) : les interventions accompagnement pour se déplacer, évaluation des moyens auxiliaires utilisés et exercices et entraînements thérapeutiques ont été mises en place plus fréquemment chez les participant-e-s présentant un risque de chute (qu'ils aient chuté ou non à l'hôpital) que chez l'ensemble des participant-e-s (cf. figure 30). Au sein du groupe des patient-e-s à risque également, il s'est avéré que les participant-e-s ayant chuté à l'hôpital avaient plus fréquemment bénéficié des différentes interventions (en pour cent) que celles et ceux qui n'avaient pas chuté.

Figure 31 : interventions de prévention des chutes chez tous/toutes les patient-e-s à risque ainsi que chez les patient-e-s à risque ayant chuté ou non à l'hôpital au niveau national*



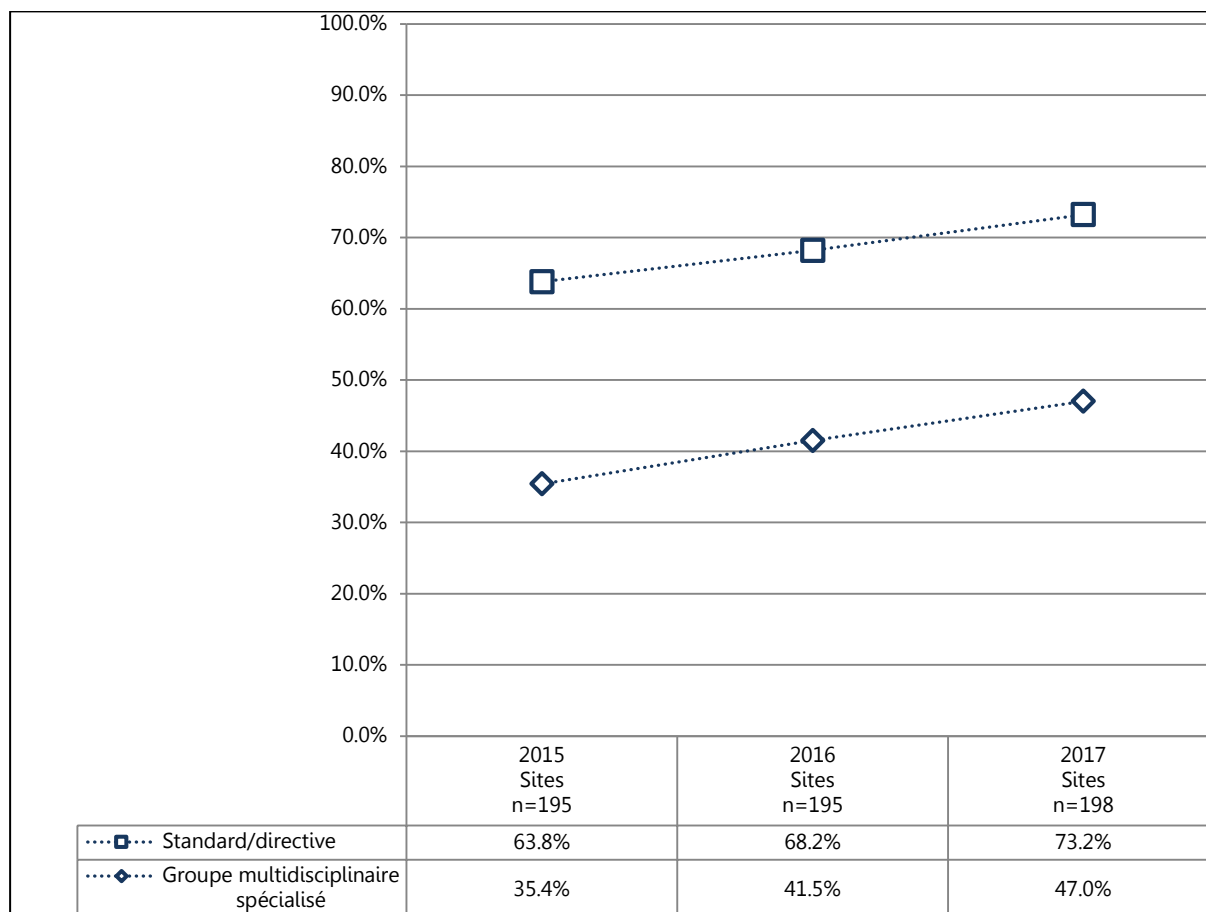
* Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 26 en annexe.

** La catégorie de réponse « lit de soins bas » comprend également la réponse « soins sur un matelas au sol » ainsi que le « matelas à côté du lit ».

5.1.7. 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 32 montre les indicateurs de structure relatifs aux chutes au niveau de l'hôpital.

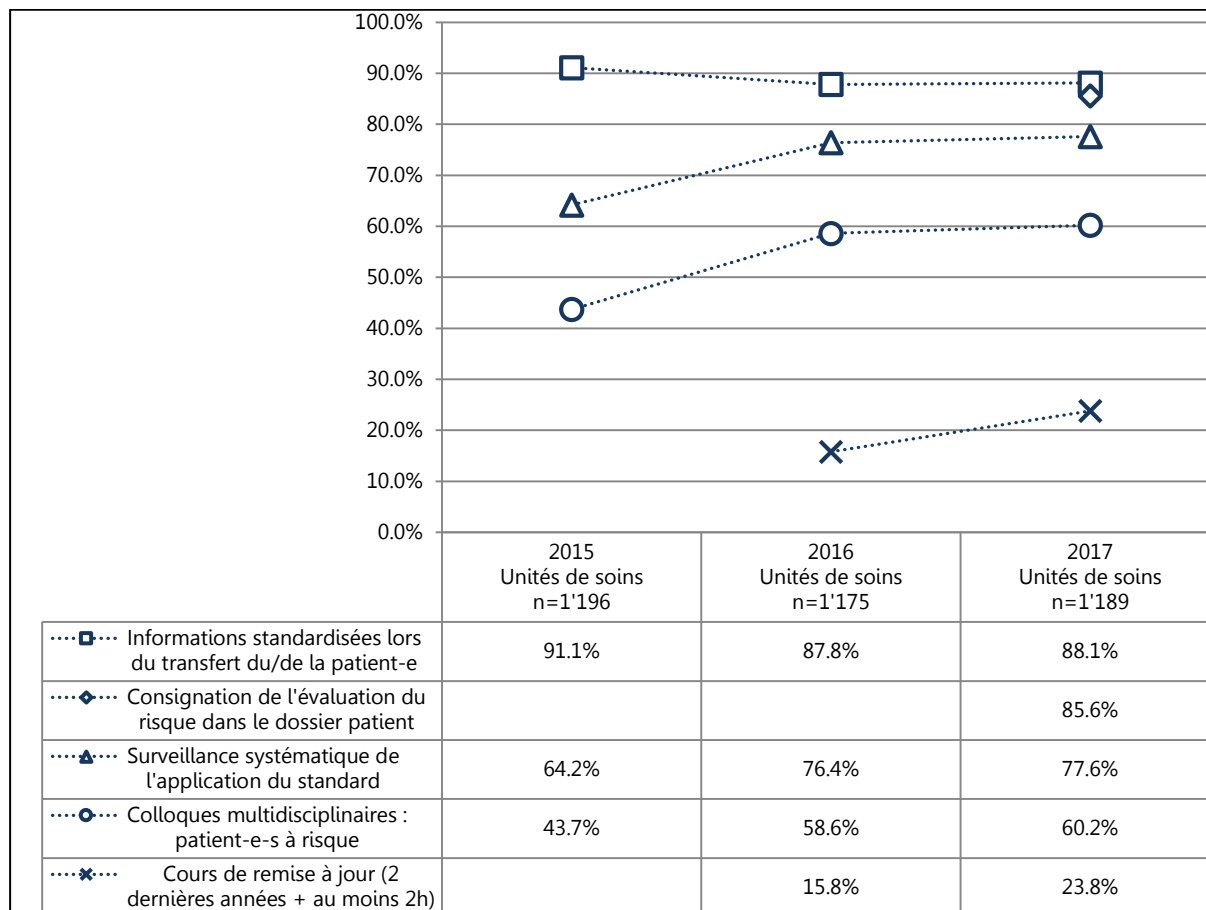
Figure 32 : indicateurs de structure chutes au niveau de l'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure



Au niveau national, près des trois quarts des sites hospitaliers disposent d'un standard basé sur une ligne directrice ou une directive sur le thème de la chute. Avec une disponibilité de 47,0 %, l'indicateur Groupe multidisciplinaire spécialisé sur le thème de la chute dans les hôpitaux est moins largement répandu. Ces deux indicateurs de structure ont affiché une hausse légère mais constante lors des trois derniers cycles de mesure au niveau national.

Les indicateurs de structure relatifs à la chute au niveau de l'unité de soins sont représentés ci-dessous dans la figure 33.

Figure 33 : indicateurs de structure chutes au niveau de l'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure



Champs vides = aucune donnée disponible, car l'indicateur de structure « Cours de remise à jour » est seulement relevé au niveau de l'unité de soins depuis la mesure de 2016. L'indicateur de structure « Consignation de l'évaluation du risque dans le dossier patient » est relevé au niveau de l'unité de soins que depuis la mesure 2017.

Par rapport à l'année précédente, on observe une hausse dans quatre des cinq indicateurs de structure au niveau des unités de soins, l'indicateur de structure Informations standardisées lors du transfert du/de la patient-e présentant le plus haut degré de réalisation avec 88,1 % sur la plan national. L'indicateur de structure Consignation de l'évaluation du risque dans le dossier patient, relevé pour la première fois au niveau des unités de soins, atteint un degré élevé de réalisation à 85,6 %. Avec 23,8 %, c'est l'indicateur Cours de remise à jour qui enregistre le taux de réalisation le plus faible, affichant tout de même une progression de 8 points de pourcentage par rapport à l'an dernier.

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 (cf. figures 45 à 48), tout comme la représentation des résultats sous forme de tableau (cf. tableau 28).

Selon le modèle de sélection, les variables retenues pour le modèle hiérarchique sont les suivantes (cf. tableau 12) :

Tableau 12 : 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 %	
Sexe (féminin)		0.71	0.70	0.001	0.59	0.87
Nombre des jours depuis l'admission	0-7 jours	Référence				
	8-14 jours	2.16	0.26	0.000	1.70	2.74
	15-28 jours	4.22	0.54	0.000	3.28	5.42
	≥ 29 jours	5.90	0.99	0.000	4.24	8.20
EDS	Indépendance complète (70-75)	Référence				
	Indépendance prépondérante (60-96)	2.04	0.32	0.000	1.49	2.80
	Dépendance partielle (45-59)	2.25	0.47	0.000	1.48	3.40
	Dépendance prépondérante (25-44)	2.40	0.66	0.001	1.40	4.13
	Dépendance complète (15-24)	0.85	0.33	0.687	0.39	1.85
Intervention chirurgicale (oui)		0.68	0.07	0.001	0.55	0.85
Chute dans l'anamnèse (oui)		2.15	0.21	0.000	1.77	2.61
Sédatifs et/ou des médicaments influençant son comportement (oui)		1.53	0.16	0.000	1.25	1.88
Nombre des groupes de diagnostics CIM	1	Référence				
	2-3	1.12	0.21	0.537	0.77	1.63
	4-5	1.44	0.27	0.058	0.98	2.10
	≥ 6	1.09	0.22	0.652	0.73	1.65
CIM GD Symptômes et résultats anormaux (examen clinique et labo) (oui)		1.35	0.22	0.063	0.98	1.87
CIM GD Troubles mentaux et du comportement (oui)		1.39	0.15	0.002	1.12	1.72
Interaction EDS – type d'hôpital		0.93	0.29	0.026	0.87	0.99
Interaction âge – type d'hôpital		1.00	0.00	0.017	1.00	1.00

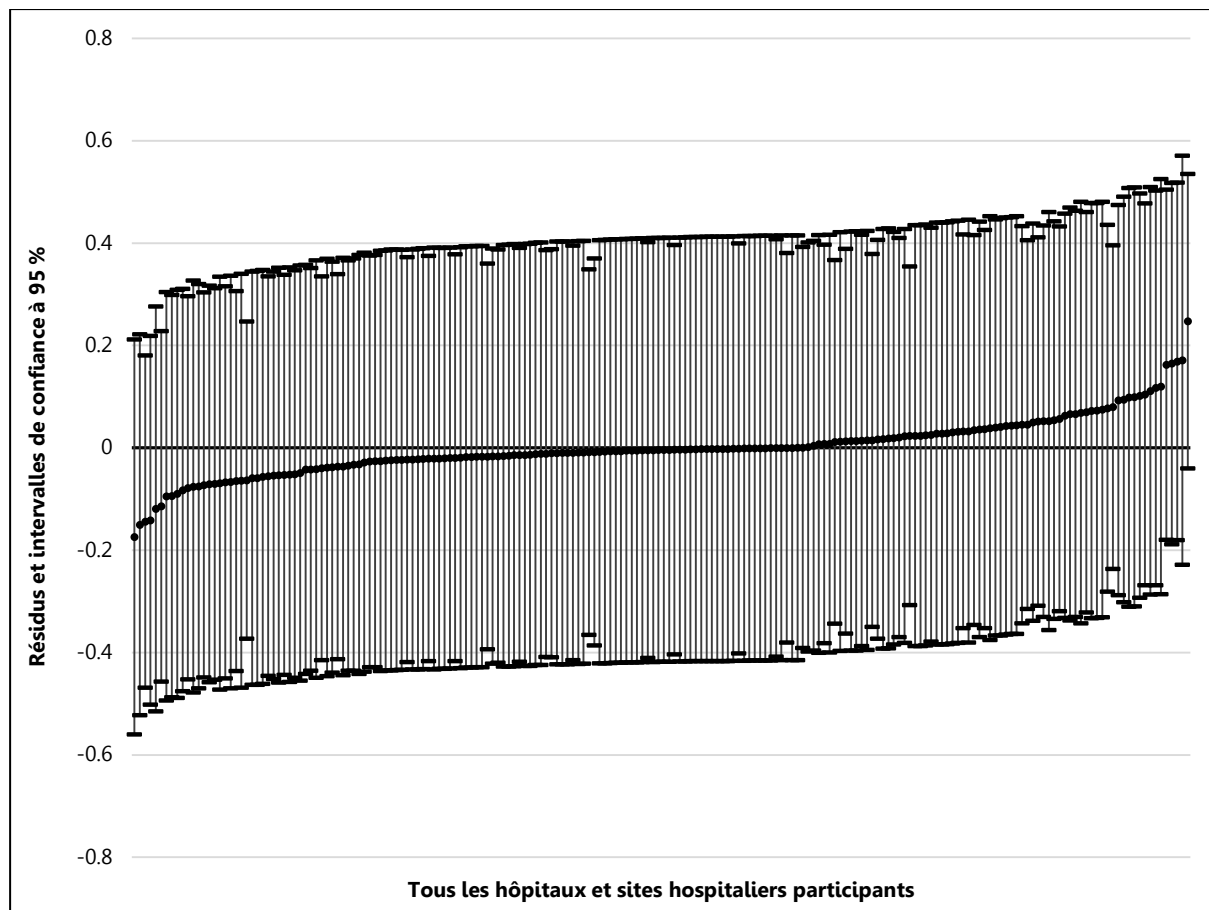
OR : Rapport des cotes ; valeur p : résultats du test de signification ; EDS : échelle de la dépendance aux soins ; GD : groupe de diagnostics.

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 : se sont révélés particulièrement significatifs le nombre des jours depuis l'admission, une chute dans l'anamnèse, les sédatifs et/ou les médicaments influençant le comportement, la dépendance aux soins et le groupe de diagnostics CIM troubles mentaux et du comportement. En outre, les femmes présentent un risque de chute bien moins élevé. L'importance du nombre des jours depuis l'admission peut être vue comme grandissante, c'est-à-dire que le risque de chuter augmente d'un facteur quatre pour une admission depuis 15 à 28 jours, et d'un facteur six pour un nombre de jours encore plus élevé depuis l'admission. Pour la dépendance aux soins, il est intéressant de noter que la dépendance complète n'est pas associée à un risque de chute significatif, ce qui s'explique probablement par une mobilité très limitée ou par une absence de mobilité des patient-e-s concerné-e-s. Comme lors des mesures précédentes, une intervention chirurgicale dans les 14 jours avant la mesure réduit le risque de chute. Cela est certainement dû à la mobilité réduite des participant-e-s concerné-e-s.

La présence de certains groupes de diagnostics médicaux CIM s'est révélée moins pertinente lors de la mesure de 2017 pour les chutes à l'hôpital. Seuls les troubles mentaux et du comportement apparaissent ici comme une variable prédictive significative. On classe également la démence dans ce groupe de diagnostics. Ce sont de plus révélées comme pertinentes l'interaction entre la dépendance aux soins et le type d'hôpital et l'interaction entre l'âge et le type d'hôpital. Cela s'observe par exemple en ce que la dépendance aux soins dans certains types d'hôpitaux diminue le risque de chute, tandis qu'elle peut contribuer à une augmentation de ce risque 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 (résidus) sont présentés comme suit (cf. figure 34).

Figure 34 : 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



On constate (cf. l'exemple de lecture à la page 50), qu'aucun hôpital ne s'écarte significativement, que ce soit positivement ou négativement, après prise en compte des caractéristiques des patient-e-s décrites ci-dessus. Cette circonstance est probablement due au fait que les variables Chute dans l'anamnèse et Sédatifs et/ou médicaments influençant le comportement ont pu être intégrées à l'ajustement au risque, pour la première fois, en tant que facteur de risque important.

5.3. Discussion et conclusions pour l'indicateur chutes

Ce chapitre présente tout d'abord les résultats internationaux (issus de la littérature) concernant les chutes, les conséquences des chutes et les taux de blessures consécutives aux chutes. Sont discutés ensuite les taux nationaux de chutes, les résultats ajustés au risque ainsi que ceux en rapport avec les indicateurs de processus et de structure.

5.3.1. Comparaison internationale des taux de chutes, des conséquences de la chute et des taux de blessures consécutives aux chutes

Outre les valeurs comparatives internationales des taux de chute, sont résumés ci-après les valeurs comparatives sur les conséquences de la chute et les taux de blessures consécutives aux chutes issus de la littérature des cinq dernières années. Les recommandations méthodologiques quant à l'interprétation des taux de chutes à l'hôpital mettent notamment en évidence le potentiel de l'interprétation simultanée des taux de chute et des taux de blessures consécutives aux chutes dans leur ensemble

ainsi que de leur répartition par degré de gravité (cf. par exemple Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2013; Currie, 2008; Staggs, Davidson, Dunton, & Crosser, 2015). Dans le cadre de programmes d'amélioration de la qualité, l'interprétation combinée des taux de chutes et des taux de blessures consécutives aux chutes permet de tirer des conclusions différenciées sur le développement de la qualité. Les résultats par étude sont représentés au tableau 27 en annexe et ne sont pas référencés séparément dans ce qui suit.

Taux des chutes à l'hôpital

Comme déjà souligné lors de la mesure de l'année précédente (Vangeloooven et al., 2016), pour diverses raisons (par exemple des différences dans la conception des études, dans les bases de calcul, etc.), il n'existe que peu de données comparatives pour les taux de chutes à l'hôpital. Les données de la mesure de la prévalence ne sont, au mieux, comparables qu'avec des études individuelles, en général rétrospectives. Même si les publications de données sur la qualité portant sur des ensembles d'hôpitaux sont de plus en plus nombreuses, notamment aux États-Unis, elles ne peuvent souvent pas être exploitées car toutes, sans exception, présentent les taux de chutes comme une incidence sur 1 000 jours de soins (Bouldin et al., 2013; Staggs, Mion, & Shorr, 2014; Williams, Szekendi, & Thomas, 2014). Dans une étude australienne sur un ensemble d'hôpitaux (groupe de contrôle d'un RCT), un taux de chutes de 3,6 % est indiqué (Morello et al., 2015). Dans des études individuelles de Taïwan, du Japon, d'Australie, d'Égypte, d'Espagne et des États-Unis, des taux évoluant entre 0,55 % et 16,99 % sont rapportés. Une étude tchèque mentionne un taux bien plus élevé de 67,0 % (Hajduchova, Brabcova, Tothova, & Bartlova, 2016).

Les résultats calculés à l'aide des jeux de données internationaux LPZ d'Autriche, des Pays-Bas et de Turquie sont mis en regard des résultats suisses correspondants dans le tableau 13.

Tableau 13 : valeurs comparatives internationales des taux de chutes (soins aigus) des mesures LPZ au cours des deux dernières années de mesure dans différents groupes de patients

Taux de chute		Suisse	Autriche	Pays-Bas	Turquie
Patient-e-s participant-e-s		n	n	n	n
	2017	13227	3169	128	571
	2016	13465	2627	131	541
Taux de chutes survenues en hôpital		n (%)	n (%)	n %	n %
	2017	499 (3.8)	136 (4.3)	4 (3.1)	36 (6.3)
	2016	511 (3.8)	115 (4.4)	0 (0.0)	35 (6.5)
Patient-e-s à risque de chute		n	n	n	n
	2017	3829	788	27	125
	2016	4101	734	32	125
Taux de chutes survenues en hôpital patient-e-s à risque		n (%)	n %	n %	n %
	2017	274 (7.2)	69 (8.8)	3 (11.1)	23 (18.4)
	2016	511 (12.5)	115 (15.7)	0 (0.0)	35 (28.0)

Le tableau 13 montre que les *taux de chutes* de tous/toutes les patient-e-s sont inférieurs en Suisse à ceux d'Autriche et de Turquie, mais supérieurs à ceux des Pays-Bas. Par comparaison avec les données internationales des études individuelles (petits échantillons) rapportant des valeurs entre 0,6 % et 17,0 %, le taux de chutes de 3,8 % pour la Suisse se situe dans le tiers inférieur de cette plage. Par ailleurs, dans cinq des huit études dépouillées, des valeurs inférieures à celles de la Suisse sont indiquées

(Aranda-Gallardo, Morales-Asencio, Canca-Sanchez, & Toribio-Montero, 2014; Hou et al., 2017; Kobayashi et al., 2017; Morello et al., 2015; Waters et al., 2013).

En ce qui concerne les *taux de chutes chez les patient-e-s à risque*, le tableau brossé est très similaire : les taux de la Suisse sont inférieurs à ceux de l’Autriche, des Pays-Bas et de la Turquie. La grande différence dans les taux de chutes des personnes concernées avec risque de chute entre l’année de mesure 2016 et l’année de mesure 2017, et ce dans tous les pays, est certainement à mettre au compte du développement du questionnaire, et plus précisément de l’adaptation méthodologique de la question de la chute dans l’anamnèse (cf. chapitre 2.2.5). Lorsque l’on interprète le tableau, il convient de prendre en compte le fait que le nombre d’hôpitaux participants, et donc le nombre de patient-e-s participant-e-s, est bien inférieur à celui de Suisse dans les autres pays. Dans la littérature, il n’existe aucune donnée comparable concernant le taux de chute à l’hôpital chez les patient-e-s à risque.

Conséquences de la chute et taux des blessures consécutives aux chutes

Pour les taux de blessures consécutives aux chutes, il est possible de procéder à une comparaison plus précise avec la mesure de la prévalence, car des données sur la qualité issues de publications de plus grande ampleur sur des ensembles d’hôpitaux sont disponibles dans ce domaine.

Tandis que les conséquences de la chute restent décrites de façon plutôt hétérogène (catégories et types de blessures différents), les taux totaux de blessures consécutives aux chutes ainsi que les taux de blessures par degré de gravité (lésions minimales, blessures de gravité moyenne ou blessures graves) sont de plus en plus souvent indiqués de façon identique, et/ou peuvent être calculés à partir de la représentation des résultats. Les chiffres comparatifs calculés de cette manière et pour lesquels le type de lésion correspondait à ceux de la mesure de la prévalence sont indiqués dans le tableau 27 en annexe et résumés ci-après.

La part de *patient-e-s sans conséquence de chute* varie énormément d’une publication à l’autre. Dans huit études, des valeurs entre 62,2 % et 84,2 % sont rapportées, ce qui signifie que deux tiers à quatre cinquièmes des patient-e-s ayant chuté n’étaient pas concerné-e-s par des blessures. On note cependant une exception, une fois encore l’étude de Hajduchova et al. (2016) : ici, seul un tiers (33,3 %) des personnes concernées n’avait pas été blessé.

Les *taux totaux des blessures* indiquent la part des personnes concernées avec conséquences de chute dans la population des patient-e-s ayant chuté. À cet égard, des valeurs évoluant entre 15,8 % et 41,0 % sont mentionnées dans douze études, une autre étude encore rapportant un taux bien supérieur de 67,0 % (Hajduchova et al., 2016).

Les données comparatives selon le type de lésion sont bien moins complètes et ne sont pas toujours disponibles pour tous les degrés de gravité (tableau 27 en annexe).

- Pour les *lésions minimales*, on trouve dans six publications des taux entre 16,1 % et 30,8 %. À nouveau, l’étude de Hajduchova et al. (2016), avec 51,4 %, mentionne une valeur bien supérieure.
- Pour les *blessures de gravité moyenne*, on constate des taux entre 1,6 % et 18,0 % (chiffres tirés de huit études).
- Pour les *blessures graves*, la largeur de fenêtre est bien plus étroite : les chiffres issus de dix publications donnent des taux variant entre 0,7 % et 3,8 %.

Les taux de blessures consécutives à une chute issus des jeux de données LPZ pour l’Autriche, les Pays-Bas et la Turquie sont mis en regard des résultats suisses dans le tableau 14.

Tableau 14 : valeurs comparatives internationales des taux de blessures (soins aigus) des mesures LPZ au cours des deux dernières années de mesure dans différents groupes de patients

		Suisse	Autriche	Pays-Bas	Turquie
Patient-e-s ayant chuté à l'hôpital		n	n	n	n
	2017	499	136	4	36
	2016	511	115	0	35
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Taux de blessures : lésions minimales	2017	83 (16.6)	34 (25.0)	1 (25.0)	11 (30.6)
	2016	86 (16.8)	20 (17.4)	0 (0.0)	15 (42.9)
Taux de blessures : blessures de gravité moyenne	2017	32 (6.4)	12 (8.8)	0 (0.0)	2 (5.6)
	2016	40 (7.8)	12 (10.4)	0 (0.0)	1 (2.9)
Taux de blessures : blessures graves	2017	35 (7.0)	7 (5.1)	0 (0.0)	2 (5.6)
	2016	85 (16.6)	11 (9.6)	0 (0.0)	2 (5.7)
Taux de blessures totaux	2017	150 (30.1)	53 (39.0)	1 (25.0)	15 (41.7)
	2016	211 (41.3)	43 (37.4)	0 (0.0)	18 (51.4)

Il s'avère que le *taux total des blessures* en Suisse est inférieur à celui de l'Autriche et de la Turquie, mais cependant supérieur à celui des Pays-Bas. Par comparaison avec la littérature internationale, rapportant des valeurs entre 15,8 % et 41,0 %, la valeur de la Suisse, avec 30,1 %, se situe plutôt dans la plage supérieure.

La part la plus importante est constituée par les *lésions minimales*, et ce aussi bien en Suisse que dans les pays LPZ ou encore à l'international. Une part élevée de lésions minimales peut être considérée comme l'expression d'une bonne qualité en matière de prévention des chutes. Par ailleurs, avec 16,6 %, cette part est plus faible en Suisse que dans les autres pays LPZ et se classe dans la plage inférieure des données internationales publiées (16,1 % – 30,8 %).

Bien que les *taux des blessures graves* aient diminué en Suisse par rapport à la mesure de l'année précédente, ils restent, avec 7,0 %, bien supérieurs à la valeur des pays LPZ et de la littérature (0,7 % et 3,8 %).

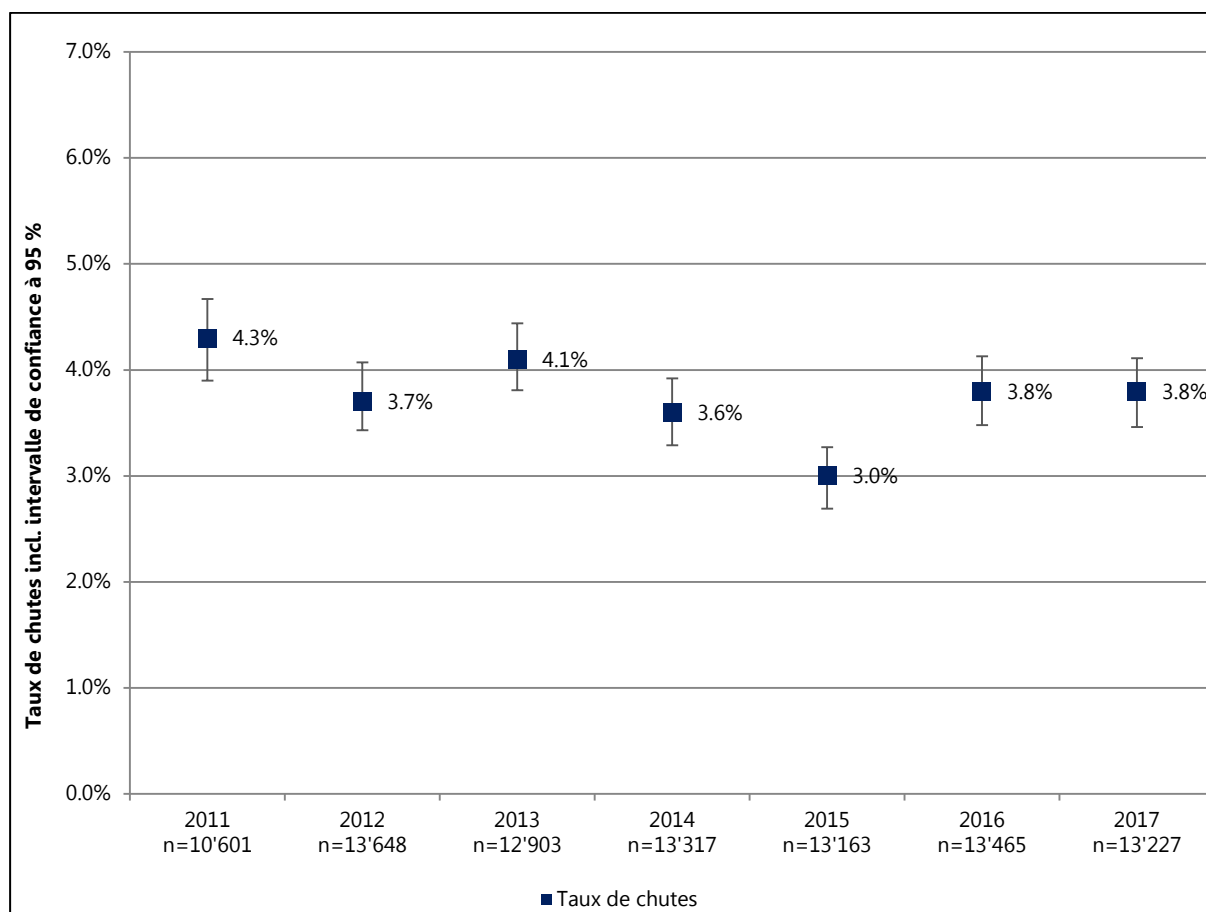
Le taux des *blessures de gravité moyenne*, en Suisse, se trouve dans la moyenne des pays LPZ ainsi que des publications internationales (1,6 % – 18,0 %).

Le fait que chez deux tiers des personnes concernées en Suisse, les chutes n'aient pas donné lieu à des conséquences, correspond aux données de la littérature (62,2 % – 84,2 %).

5.3.2. Comparaison des taux nationaux de chutes à l'hôpital

Les taux nationaux des chutes à l'hôpital des sept dernières années de mesure sont présentés dans la figure 35.

Figure 35 : comparaison des taux de chutes à l'hôpital sur les 7 dernières années de mesure



Les valeurs nationales des taux de chutes étaient relativement stables sur les sept dernières années de mesure. On note des différences significatives uniquement dans l'année de mesure de 2015 : la valeur est alors significativement inférieure à celle des autres années de mesure. Pour le reste, d'un point de vue statistique, les différences sont de nature aléatoire et se situent au cours des sept dernières années dans une plage de maximum 1,3 point de pourcentage.

5.3.3. Résultats ajustés au risque

La mesure de 2017 a permis d'intégrer dans le modèle de l'ajustement au risque deux nouvelles variables prédictives revêtant un intérêt majeur pour l'indicateur chutes. Dans un rapport de recherche antérieur portant sur la mesure de la prévalence, il avait pu être exposé qu'une chute dans l'anamnèse (« fall history ») et la prise de sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement revêtaient une grande importance pour prédire les chutes à l'hôpital (Richter, Vangelooen, & Hahn, 2015). Ce principe vaut surtout pour la chute dans l'anamnèse (Deandrea et al., 2013; Evans et al., 2001; Oliver et al., 2004). L'intégration des deux caractéristiques a vraisemblablement contribué à ce que le risque de chute ait pu être quasiment entièrement expliqué par les caractéristiques des patient-e-s dans la mesure de 2017, et à ce que, par conséquent, aucun hôpital ne soit identifié comme s'écartant de la

moyenne. Dans les mesures datant d'avant 2017, le nombre des hôpitaux s'écartant significativement, à l'exception de l'année 2016 (avec quatre hôpitaux présentant des écarts significatifs), variait entre zéro et deux. Année après année, les hôpitaux « hors norme » ne sont pas les mêmes institutions. Dans ce contexte, il convient donc de partir de l'hypothèse qu'il n'existe pas de problème de qualité sur le long terme dans ces hôpitaux.

En ce qui concerne les variables prédictives du risque relatives aux patient-e-s, les données de 2017 ne peuvent être comparées que dans une certaine mesure avec les mesures précédentes ou avec les résultats ajustés au risque, la structure du risque ayant vraisemblablement été modifiée en raison de l'intégration de ces caractéristiques importantes.

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 de l'évaluation du risque* : chez tout juste trois quarts des patient-e-s à risque, le risque de chute (chute dans l'anamnèse) a été recueilli et documenté. Cependant, cela signifie également que pour un bon quart des patient-e-s à risque, la documentation de l'évaluation du risque était manquante. Par rapport à l'année précédente, l'évaluation du risque a été plus fréquemment documentée chez les personnes ayant chuté à l'hôpital, même si cette documentation manquait encore chez 15 % des personnes concernées. La question se pose donc encore de savoir si les mesures de prévention sont introduites de façon trop peu proactives, ou dans le cas des personnes ayant chuté à l'hôpital, trop tardives et plutôt en réaction (après un événement survenu). Si le risque n'est pas recueilli dans la documentation des soins, le danger est que le personnel soignant ne prête pas systématiquement attention au risque dans le cadre du processus de soins.

En relation avec les résultats d'évaluation du risque, il existe encore 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 proactive de mesures de prévention correspondantes, donc déjà avant un événement de chute à l'hôpital. Il est généralement admis dans la littérature internationale que l'identification précoce des patient-e-s à risque doit être considérée comme une pierre angulaire importante de la prévention des chutes dans le contexte hospitalier (cf. par exemple The Joint Commission, 2015; Walsh et al., 2018; Zubkoff et al., 2016).

- *L'évaluation des interventions de prévention des chutes* montre que pour près de trois quarts de tous/toutes les participant-e-s 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 bien plus élevé d'interventions chez les personnes ayant chuté pourrait indiquer que l'événement de chute a déclenché un processus de sensibilisation. Cette hypothèse est renforcée par le constat que les interventions mises en place sont également en moyenne plus nombreuses chez les patient-e-s à risque ayant chuté à l'hôpital que chez celles et ceux n'ayant pas chuté à l'hôpital. Par ailleurs, on constate une forte dispersion des nombres d'interventions dans tous les groupes de patients. L'on note aussi une certaine variabilité des interventions utilisées au sein des types d'hôpitaux. Comme en matière de prévention des chutes en milieu hospitalier, l'approche multi-interventions continue d'être reconnue comme « meilleure pratique » (Quigley, Barnett, Bulat, & Friedman, 2016; Walsh et al., 2018; Zubkoff et al., 2016), la dispersion et la variabilité au niveau des interventions de prévention des chutes pourraient être interprétées 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 :

- La légère progression observée l'année précédente au niveau du degré de réalisation de plusieurs des indicateurs de structure s'est également poursuivie pour une grande part lors de l'année 2017. Ceci peut être vu comme indiquant que des mesures de développement de la qualité relatives à l'indicateur chutes sont implémentées dans les hôpitaux. Les indicateurs de structure tels que l'implémentation d'une directive de prévention des chutes sont décrits comme des composantes de base des programmes de prévention de chutes efficaces (Quigley et al., 2016; Walsh et al., 2018; Zubkoff et al., 2016). 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 deuxième fois au cours de l'année de mesure 2017 au niveau de l'unité de soins continue d'afficher un degré de réalisation assez bas. Cette situation pourrait représenter un point d'approche important pour envisager des mesures d'amélioration.

En conclusion, l'on peut constater que certains résultats descriptifs indiquent que les hôpitaux introduisent des mesures complémentaires de développement dans le domaine de l'indicateur chutes. Par rapport à la mesure de l'année dernière, on note à cet égard des signes d'une évolution positive en matière d'implémentation des indicateurs de processus (recensement des risques). Pour le développement des mesures d'amélioration de la qualité, il est à nouveau 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

200 sites hospitaliers de tous les cantons de la Suisse et de la principauté du Liechtenstein se sont inscrits et ont participé à la mesure de 2017. Comme, au moment de la mesure, deux sites hospitaliers ne comptaient aucun-e patient-e hospitalisé-e, l'analyse a intégré les données de 198 sites hospitaliers (30 groupes hospitaliers et 115 hôpitaux). Le taux de participation correspond à environ 98,1 % des hôpitaux 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 sites hospitaliers participants sont représentatifs des hôpitaux de soins aigus de la Suisse.

La taille de l'échantillon de la mesure de la prévalence était relativement constante au cours des trois dernières années de mesure. Le taux de participation chez les patient-e-s, avec 75,9 %, est lui aussi resté constant durant cette période, c'est-à-dire inférieur de 0,5 point de pourcentage aux taux des mesures 2015 et 2016. 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, d'une liste de contrôle relative à l'information pour les patient-e-s ainsi que le passage à un consentement oral du/de la patient-e le jour de la mesure. Ni le questionnaire d'évaluation de la mesure de 2017, ni d'autres retours divers ne sont en mesure d'apporter des indications claires quant à la manière d'augmenter le taux de participation. Dans la comparaison internationale avec d'autres pays participants à la mesure LPZ, le taux de participation suisse est similaire à celui de l'Autriche (73,6 %) et des Pays-Bas (78,5%), mais toutefois bien inférieur à celui de la Turquie (96,5 %). À cet égard, il convient cependant de prendre en compte le fait que, comparé à la Suisse, un nombre nettement plus petit d'hôpitaux a participé volontairement à la mesure dans ces pays par rapport à la population totale, avec trois sites hospitaliers aux Pays-Bas, 13 en Turquie et 38 en Autriche.

Pour ce qui est des raisons de non-participation, le refus de participer constituait encore, avec 43,5 %, la raison principale. C'est dans ce domaine que l'on trouve le plus grand potentiel d'augmentation du taux de participation. 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 mesure (par exemple en raison d'une opération).

6.2. Population

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

Le tableau 15 donne un aperçu de certaines caractéristiques des patient-e-s participant-e-s à la mesure de 2017 pour lesquelles des valeurs comparatives nationales et internationales sont disponibles. Dans l'interprétation des données, il faut prendre en considération le fait que dans les autres pays, le nombre d'hôpitaux participants et le nombre de leurs patient-e-s participant-e-s est plus bas qu'en Suisse.

Tableau 15 : les caractéristiques des patient-e-s dans la comparaison nationale et internationale

		OFS 2016	Suisse, LPZ 2017	Autriche, LPZ 2017	Pays-Bas, LPZ 2017	Turquie, LPZ 2017
Patient-e-s participant-e-s	<i>n</i>		13227	3169	128	571
Âge (en ans)	<i>VM (ÉT)</i>		66.8 (17.17)	66.8 (17.51)	68.9 (16.86)	62.7 (18.48)
	<i>Médiane (EI)</i>		70.0 (24.00)	70.0 (23.00)	74.0 (22.75)	65.0 (24.00)
Nombre des jours depuis l'admission	<i>VM (ÉT)</i>	8.2/7.3*	7.2 (11.31)	95.6 (919.94)	5.6 (6.67)	24.5 (92.07)
	<i>Médiane (EI)</i>		5.0 (7.00)	6.0 (12.00)	4.0 (6.00)	6.0 (14.00)
Nombre des groupes de diagnostics CIM	<i>VM (ÉT)</i>		3.4 (2.08)	2.9 (1.70)	2.8 (1.68)	2.2 (1.24)
	<i>Médiane (EI)</i>		3.0 (3.00)	3.0 (2.00)	3.0 (3.00)	2.0 (2.00)
Échelle de la dépendance aux soins (EDS)**	<i>VM (ÉT)</i>		65.0 (13.07)	64.4 (16.25)	68.6 (10.06)	58.8 (20.47)
	<i>Médiane (EI)</i>		70.0 (14.00)	73.0 (15.00)	73.0 (8.75)	70.0 (30.00)

* Chiffre basé sur les valeurs du tableau standard dans les statistiques médicales des hôpitaux (Office fédéral de la statistique [OFS], 2017) (à l'exclusion de la gynécologie et l'obstétrique, la pédiatrie, la psychiatrie, la psychothérapie et la gériatrie).

** 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 15 montre que les résultats relatifs au nombre de jours depuis l'admission de la mesure de la prévalence de 2017 sont semblables à ceux trouvés dans les tableaux standard des statistiques médicales des hôpitaux de 2016 de l'OFS (2017). À cet égard, il faut noter que dans la mesure, la durée d'hospitalisation est recueillie jusqu'au jour de la récolte des données (nombre de jours depuis l'admission), 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. Le nombre de jours moyen depuis l'admission de 7,2 jours est un peu inférieur 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.

Par comparaison avec les données internationales de LPZ, on constate de grandes similitudes dans les populations de Suisse, d'Autriche et des Pays-Bas. En ce qui concerne le nombre de jours depuis l'admission, on remarque les fortes valeurs moyennes en Autriche et en Turquie. Il est très probable que celles-ci aient été affectées par des valeurs aberrantes des durées d'hospitalisation très longues. C'est ce qui expliquerait la grande différence entre la moyenne et la médiane. C'est parfois également pour cette raison que la BFH procède à un contrôle de la plausibilité lorsque la durée d'hospitalisation indiquée dépasse les 200 jours. Les participant-e-s de Turquie sont ceux qui se distinguent le plus des participant-e-s de Suisse en termes de caractéristiques. En Turquie, les participant-e-s sont en général plus jeunes, restent en général plus longtemps à l'hôpital, présentent pratiquement un diagnostic CIM de moins et sont plus dépendants aux soins.

Le tableau 16 donne un aperçu des groupes de diagnostics CIM les plus fréquents dans la comparaison nationale et internationale.

Tableau 16 : les groupes de diagnostics CIM les plus fréquents dans la comparaison nationale et internationale

Valeurs comparatives spécifiques aux pays	CIM groupe de diagnostic	n (%)
Suisse, LPZ 2017	1. Maladies de l'appareil circulatoire	7397 (55.9)
	2. Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	5388 (40.7)
	3. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métab.	4535 (34.3)
	4. Maladies de l'appareil génito-urinaire	4098 (31.0)
Statistique médicale des hôpitaux 2016 (OFS)	1. Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	188209 (14.7)
	2. Lésions traumatiques et autres conséquences de causes externes	168184 (13.1)
	3. Maladies de l'appareil circulatoire	155755 (12.2)
	4. Tumeurs	122491 (9.6)
Autriche, LPZ 2017	1. Maladies de l'appareil circulatoire	1615 (51.0)
	2. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métab.	1005 (31.7)
	3. Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	770 (24.3)
	4. Maladies de l'appareil respiratoire	759 (24.0)
Pays-Bas, LPZ 2017	1. Maladies de l'appareil circulatoire	68 (53.1)
	2. Maladies de l'appareil respiratoire	42 (32.8)
	3. Maladies de l'appareil digestif	41 (32.0)
	4. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métab.	39 (30.5)
Turquie, LPZ 2017	1. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métab.	220 (38.5)
	2. Maladies de l'appareil circulatoire	167 (29.2)
	3. Maladies de l'appareil respiratoire	161 (28.2)
	4. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	123 (21.5)

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 16, parmi les quatre groupes de diagnostics CIM mentionnés, trois figurent également parmi les quatre plus fréquents en Autriche, et deux aux Pays-Bas et en Turquie. Contrairement à ce que l'on observe en Suisse, le groupe de diagnostics CIM maladies de l'appareil respiratoire se trouve parmi les quatre plus fréquents dans les trois autres pays. Les plus grosses différences avec les statistiques de 2016 de l'OFS (2017) sont vraisemblablement dues au fait que seuls sont pris en compte les diagnostics principaux dans cette analyse, et non plusieurs diagnostics par patient-e.

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 sept dernières mesures nationales de la prévalence, que les taux de prévalence au niveau national restent en grande partie stables dans les résultats descriptifs (escarres et chutes). Pour des raisons méthodologiques, il n'est pas possible de prouver de relation causale avec les développements dans le domaine des indicateurs des structures et des processus. Dans l'ensemble, il est cependant réjouissant de constater des évolutions positives dans le degré de réalisation des indicateurs sur les trois dernières années de mesure, et ce aussi bien au niveau de l'indicateur escarres, qui affiche un taux de prévalence plutôt bas dans la comparaison internationale, qu'au niveau de l'indicateur chutes, qui présente lui un taux de prévalence et de blessure plutôt moyen à élevé dans la comparaison internationale.

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 la plage inférieure des valeurs de référence internationales. Le fait que seulement 9,9 % des escarres soient de catégorie 3 et supérieur permet de conclure que les stratégies de prévention mises en place au niveau des processus sont efficaces. Ce constat est étayé par les taux de prévalence nosocomiale relativement faibles chez les patient-e-s à risque ainsi que par le grand nombre des évaluations du risque et des interventions de prévention documentées.

Il est admis que toutes les escarres ne peuvent être évitées, c'est-à-dire que malgré la mise en place systémique d'évaluations du risque individuelles et de mesures de prévention conséquentes, et malgré l'application de directives reconnues, des escarres peuvent apparaître (Black et al., 2011; Schmitt et al., 2017). Des analyses de coût montrent toutefois 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).

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 ou des unités de soins. Ainsi, les taux de prévalence des escarres ne peuvent pas toujours être interprétés 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). D'un autre côté, le manque de constance dans l'utilisation ou la documentation des indicateurs de processus (évaluation du risque, prévention) rend l'interprétation des résultats difficile (Moore, Johansen, & van Etten, 2013; Van Dishoeck et al., 2016; Van Gaal et al., 2014). Plusieurs études sont parvenues à la conclusion que la prévalence des escarres nosocomiale relève plus du niveau des patient-e-s et partiellement du niveau de l'unité de soins que du niveau de l'hôpital (Bredesen, Bjoro, Gunningberg, & Hofoss, 2015a). Les forts taux de prévalence ont également été mis en relation avec une plus grande variabilité dans la qualité des soins (Moore et al., 2015; Van Dishoeck et al., 2016; Van Gaal et al., 2014).

Dans certains types d'unités de soins, ces taux de prévalence nosocomiale plus élevés doivent cependant bien être interprétés en tenant compte du profil de risque des patient-e-s. Ainsi, quasiment tous/toutes les patient-e-s des unités de soins palliatifs présentent un fort risque de contracter une escarre (Dincer, Doger, Tas, & Karakaya, 2018; Langemo, Haesler, Naylor, Tippet, & Young, 2015). En outre, il n'est pas toujours possible de mettre en place les mesures de prévention adaptées à la situation, en raison d'une maladie, de l'état général et/ou de mesures d'accompagnement prioritaires visant à assurer par exemple le confort, la gestion des symptômes et la qualité de vie (Langemo et al., 2015). Il en va de même pour les unités de soins intensifs, où les patient-e-s présentent également un profil de risque particulier. Ici, ce sont des facteurs d'influence tels que les maladies potentiellement mortelles, l'immobilité et certains aspects de la prise en charge intensive (respiration, sédation, analgésie, instabilité hémodynamique, médicaments vasoactifs, comorbidité, etc.) qui sont mentionnés (Coyer et al., 2017; Krupp & Monfre, 2015; Lima Serrano et al., 2017).

Dans l'optique de pérenniser les interventions de qualité, il est de plus en plus émis l'hypothèse qu'il est important de prendre en compte, outre des aspects spécialisés spécifiques, des facteurs systémiques qui influencent les résultats de la qualité au niveau de l'organisation et de l'unité de soins. Ainsi, sont identifiés comme variables prédictives de mauvais résultats des aspects tels qu'une charge de travail trop élevée ou une absence d'expertise (Aydin, Donaldson, Stotts, Fridman, & Brown, 2015). Le leadership est également régulièrement cité comme condition préalable à la réussite de la mise en place d'interventions de qualité (Hommel, Gunningberg, Idvall, & Baath, 2017; Padula et al., 2015).

6.3.2. Chutes à l'hôpital

En ce qui concerne les chutes survenues à l'hôpital (mesures 2011 – 2017), la situation reste différente de la situation présentée par l'indicateur escarres : même si les taux de prévalence restent plutôt stables et que les résultats ajustés au risque pour l'indicateur chutes se répartissent toujours de façon très homogène dans l'ensemble des hôpitaux suisses, les taux de chute sont plutôt élevés dans la comparaison internationale.

Dans ce contexte, il est réjouissant de constater que les mesures d'amélioration mises en place dans quelques hôpitaux au niveau de la structure ont également eu cette année des répercussions plus importantes au niveau des processus (cf. chapitre 5.3.4). Il apparaîtrait cependant, comme les années passées, que les mesures préventives sont plutôt prises en réaction, c'est-à-dire seulement suite à une chute à l'hôpital. Ceci peut s'observer, entre autres, de par le fait que chez 15 % des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital, aucun risque n'avait été documenté. En ce qui concerne l'identification des personnes à risque au moment de l'admission à l'hôpital, faute d'instrument d'évaluation du risque valide d'un point de vue scientifique, la littérature accorde une grande importance au dépistage par le biais de la question d'une chute dans l'anamnèse (cf. par exemple al Tehewy, Amin, & Nassar, 2015; Hayakawa et al., 2014; Moe, Brockopp, McCowan, Merritt, & Hall, 2015). Les résultats ajustés au risque (cf. chapitre 5.2) de cette mesure viennent étayer cette proposition, cette question ayant pu être identifiée comme une variable prédictive importante pour les chutes 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, chutes dans l'anamnèse ainsi que facteurs environnementaux), et d'introduire les mesures préventives adéquates. La mise en place précoce de mesures de prévention adaptées à la situation est vue comme un facteur important qui pourrait contribuer à réduire en même temps l'ampleur des conséquences des chutes, autrement dit le degré de gravité des blessures.

Si l'on observe tout particulièrement les taux totaux de blessures et les taux de blessure par degré de gravité en lien avec les taux de chute à l'hôpital, on remarque des différences capitales par rapport aux données comparatives internationales. Bien que les trois quarts des événements de chute à l'hôpital n'aient pas eu de blessures pour conséquences, on remarque tout de même que le taux de blessures graves en Suisse est près de deux fois plus élevé que dans les autres pays LPZ ou dans la littérature internationale. En revanche, le taux de lésions minimales est plutôt faible en comparaison. On pourrait voir ceci comme l'indication d'un potentiel d'amélioration à réaliser au niveau des processus dans le domaine de la prévention des chutes et des blessures.

Les conséquences de chutes telles que les blessures graves se traduisent souvent pour les personnes concernées par une souffrance, des douleurs, une intervention chirurgicale de plus ainsi que par l'allongement de la période de convalescence. De plus, il a été démontré à plusieurs reprises que de tels événements prolongent la durée d'hospitalisation de façon significative et augmentent considérablement les coûts de prise en charge (Morello et al., 2015; Tchouaket, Dubois, & D'Amour, 2017; Wong et al., 2011). Par exemple, une analyse rétrospective canadienne a observé pour l'indicateur chutes un prolongement de la durée d'hospitalisation de 7,3 jours ainsi que des frais supplémentaires, variant de 140 à 450 dollars canadiens par jour à l'hôpital en fonction de la gravité de la blessure (Tchouaket et al., 2017). En ce qui concerne les blessures graves, Wong et al. (2011) ont calculé, également dans le cadre d'une analyse rétrospective, un prolongement significatif de la durée d'hospitalisation de 6,9 jours ainsi que des frais s'élevant à 13 336 USD de plus par rapport aux personnes n'ayant pas chuté.

La thématique de la chute à l'hôpital se présente en outre comme un phénomène complexe dans lequel la culture de l'organisation, les programmes d'amélioration pérennes et les connaissances spécialisées jouent un rôle important. Dans une analyse de 500 événements de chute suivies de conséquences, sont mentionnés comme facteurs d'influence importants pour les événements de chute une évaluation du risque inadéquate, un défaut de communication, des standards spécialisés non respectés, la composition du personnel et les déficits dans l'environnement physique (The Joint Commission, 2015).

En raison de la complexité et des composantes multifactorielles de l'indicateur chutes, la mise en œuvre de programmes de prévention des chutes est en général un processus qui demande à s'établir sur plusieurs années pour pouvoir faire baisser les taux de chutes et de blessures de manière durable. À cet égard, la mise en place d'une approche multi-interventions, dans l'idéal combinée avec des méthodes de développement de la qualité (cf. 6.3.3), est importante. La prise en compte de la culture de l'organisation (leadership, culture de la sécurité, communication, niveau du personnel et du patient, etc.) apparaît également comme une composante essentielle (Gonella, Basso, & Scaffidi, 2014; Miakel-Lye et al., 2013). De plus, se pose la question de savoir dans quelle mesure la combinaison d'approches interinstitutionnelles pourrait éventuellement s'avérer plus efficace pour atteindre cet objectif. Cette stratégie est décrite plus précisément au chapitre 6.3.3.

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 efficaces et efficaces en ce qui concerne l'indicateur respectif.

Si l'on prend en considération les tendances de la recherche dans le domaine de la qualité ces dernières années, on observe que celles-ci combinent de plus en plus fréquemment des *méthodes d'amélioration de la qualité avec des interventions spécialisées ainsi que des approches au niveau de l'organisation et du système*.

- Pour l'indicateur escarres, des programmes d'amélioration de la qualité adaptés aux risques spécifiques aux unités de soins intensifs ont été développés et mis en place (Tayyib & Coyer, 2016, 2017; Tayyib, Coyer, & Lewis, 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 (Kelleher, Moorer, & Makic, 2012; Tayyib et al., 2016).
- Pour l'indicateur chutes à l'hôpital, des effets cliniques positifs ont pu être observés dans le cadre de programmes d'amélioration pluriannuels qui ont permis d'implémenter efficacement et progressivement, sur plus de 10 ans, un éventail d'interventions de prévention des chutes (entre autres identification des risques, mesures préventives, amélioration de l'infrastructure, leadership, analyse des causes, formation) (Mordiffi et al., 2016; Walsh et al., 2018).

Autre point, *l'intégration active des patient-e-s*, au sens d'un accompagnement centré sur la personne, apparaît comme un thème important. 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 patient-e-s 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).

De plus, ces dernières années, des approches au niveau global, c'est-à-dire des coopérations interhospitalières ont gagné du terrain : les *coopérations d'amélioration de la qualité* (également appelées « quality improvement collaboratives »). Celles-ci peuvent permettre de franchir des obstacles dans le cadre de programmes d'amélioration complexes par la mise en commun de ressources scientifiques (programmes d'interventions, soutien spécialisé, retour sur les données, échanges) d'une part et de ressources cliniques et spécialisées (notamment des interlocuteur-trice-s dans la pratique, des responsables thématiques, le coaching, le leadership, des connaissances spécifiques au milieu) d'autre part. Une analyse systématique de 64 études ayant appliqué cette méthode parvient à la conclusion que, même si celles-ci sont complexes et chronophages d'un point de vue financier, organisationnel et politique, quatre cinquièmes d'entre elles avaient pu influencer positivement au minimum une dimension des effets et obtenu une amélioration importante sur le long terme et à plusieurs titres des indicateurs de processus et de résultats (Wells et al., 2018). Zubkoff et al. (2016) décrivent également comment, aux États-Unis, le taux des blessures graves a pu être réduit de façon significative, et plus précisément comment cinq blessures graves par mois ont pu être évitées, et ce à l'aide d'une coopération regroupant 55 sites hospitaliers et 95 équipes participantes. Toujours aux États-Unis, une communauté de coopération de 38 hôpitaux placée sous la direction du ministère de la santé a réussi récemment à réduire de façon significative 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, Mazzia, & Crane, 2017).

6.4. Points forts et limites

Les points forts et les limites de cette mesure couvrent 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., 2018).

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. À cela s'ajoutent 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 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.

Comme mentionné au chapitre 2.2.5, on a constaté des données manquantes dans la saisie des données électroniques pour deux des variables (chute dans les 12 mois avant l'admission à l'hôpital et prise de sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement). On ne peut exclure que les résultats en lien avec ces deux variables aient pu être affectés. Comme la part de cas présentant des valeurs manquantes représente moins de 1 % par rapport à l'ensemble des participant-e-s pour ces deux variables, l'on peut partir du principe que les résultats, s'ils ont été influencés, ne l'ont été que de façon marginale. En outre, ces deux questions ont fait l'objet d'un développement conceptuel (cf. chapitre 2.2.5). D'une part, cela a permis d'intégrer pour la première fois dans l'année de mesure 2017 ces facteurs de risque importants pour les chutes dans l'ajustement au risque, et ainsi potentiellement d'améliorer le modèle d'ajustement au risque. D'autre part, ce développement a eu pour conséquence que les résultats descriptifs des taux de chutes à l'hôpital ne sont pas comparables point par point avec les résultats de l'année dernière chez les patient-e-s à risque.

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 (Maass, Kuske, Lessing, & Schrappe, 2015; Meddings, Reichert, Hofer, & McMahon, 2013; Viana et al., 2011). Les études comparant l'évaluation des données de routine telles que le codage CIM avec la récolte de données cliniques constatent toutes, sans exception, une sous-estimation massive des taux de prévalence des escarres lors de l'utilisation des données de routine (Backman et al., 2016; Ho et al., 2017; Tomova-Simitchieva, Akdeniz, Blume-Peytavi, Lahmann, & Kottner, 2018).

L'institut national d'analyse peut difficilement vérifier si la collecte de données a été réalisée selon les *directives en matière de méthodologie LPZ 2.0* 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. Malgré des standards définis et des définitions et consignes communes, il subsiste toujours le risque que des différences apparaissent dans l'interprétation et que les procédures divergent dans les relevés de la prévalence nationaux et interinstitutions (Coleman, Smith, Nixon, Wilson, & Brown, 2016).

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'écart 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. Ces derniers présentent en effet un risque nettement plus grand de présenter des taux de prévalence accidentellement plus 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 suivant une méthode comparable à la procédure décrite ici 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., 2015b). 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 multi-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.

Les résultats de l'ajustement au risque doivent également être interprétés avec une certaine prudence compte tenu de deux circonstances : une escarre peut aussi bien être diagnostiquée comme une maladie de peau, prise en compte comme un facteur de risque, que considérée comme un indicateur de résultat dans la mesure de la prévalence. Le déroulement chronologique d'un risque ou d'un résultat ne peut être analysé qu'au sein d'une étude transversale. Le même problème se pose pour le nombre des jours depuis l'admission : d'une part, plus le nombre de jours depuis l'admission est élevé, plus le risque d'exposition à une chute et à une escarre augmente ; d'autre part, un grand nombre de jours depuis l'admission peut également être la conséquence d'une chute ou d'une escarre, comme les patient-e-s doivent éventuellement être pris en charge plus longtemps. Pour résumer, il n'est pas toujours facile de dire clairement, pour certaines variables de l'ajustement au risque intégrées au modèle, si ces caractéristiques de patient-e-s augmentent effectivement le risque de développement d'une escarre ou d'une chute, ou plutôt si elles sont à considérer comme la conséquence d'une escarre ou d'une chute.

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. 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

En ce qui concerne l'*indicateur escarres*, il apparaît plus particulièrement important de garantir et maintenir le bon niveau de qualité dans les hôpitaux suisses, et au besoin de le développer. À cet égard, des améliorations aux niveaux micro et méso pourraient être apportées dans le domaine des indicateurs de processus. Parmi les approches possibles, on compte des approches telles que l'application de mesures préventives adaptées dans les champs pratiques présentant un fort taux de personnes à risque (par ex. les unités de soins intensifs, les unités de soins palliatifs), le recours plus fréquent à des mesures de prévention en position assise, le développement actif de l'éducation du/de la patient-e, l'intégration des personnes concernées ainsi que la formation des collaborateur-trice-s. Dans cette optique, des programmes d'amélioration de la qualité adaptés aux risques spécifiques aux unités de soins intensifs ont été développés et mis en place (cf. également chapitre 6.3.3).

Pour l'*indicateur chutes à l'hôpital*, le tableau brossé est légèrement différent : malgré des progrès au niveau des processus, on observe sur les sept dernières années de mesure des taux de chutes et de blessures graves plutôt élevés dans la comparaison internationale. Émerge ainsi, dans le cadre de l'amélioration de la qualité des processus cliniques, un point d'approche central en matière de mesures de développement de la qualité aux niveaux micro et méso qui peut être relativement facilement mis en œuvre. Le dépistage systématique des risques par le biais du relevé de l'anamnèse de la chute auprès de tous/toutes les patient-e-s entrant à l'hôpital permettrait d'identifier les personnes à risque de façon précoce. Ainsi, l'on pourrait envisager la prise en charge professionnelle dans la pratique d'une façon plus proactive (avant un événement de chute) et moins réactive (seulement après une chute). D'une part, cette amélioration de la qualité des processus clinique devrait contribuer à la réduction des taux de chutes à l'hôpital ; d'autre part, on pourrait ainsi mettre en place les conditions nécessaires à la réduction des taux totaux des blessures et, plus particulièrement, des taux des blessures graves.

Pour les deux indicateurs, l'*intégration active des patient-e-s* constitue un thème qui, au vu des indicateurs de processus, recèle un potentiel en termes de développement de la qualité. Lorsque l'on aborde l'aspect des soins centrés sur la personne, il paraît élémentaire de recenser les besoins et expériences vécues des patient-e-s concerné-e-s pour parvenir à un accord avec la personne et ses proches sur les mesures préventives individualisées à prendre. Il convient de partir du principe que la mise en place d'interventions de prévention selon le principe de l'arrosoir sont peu efficaces pour atteindre cet objectif. Les interventions individualisées, définies avec le/la patient-e peuvent favoriser l'acceptation et ainsi l'adhésion.

Les *approches les plus récentes mentionnées dans la recherche en qualité et dans le développement 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. 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. Ce procédé semble plus particulièrement indiqué pour influencer de façon efficace l'identification des personnes à risque ainsi que la prévention des événements de chute, un phénomène multifactoriel apparaissant dans un contexte global complexe. Il est par conséquent recommandé de prendre en compte ces facteurs lors du développement d'une intervention de qualité sur le thème de la prévention des chutes et des blessures.

L'approche des coopérations pour l'amélioration de la qualité, et ce plus particulièrement pour l'indicateur chutes à l'hôpital, pourrait s'avérer une approche puissante, qui permettrait d'unir les forces et d'aborder les défis au sein de l'institution dans le cadre d'un processus de transformation complexe. Ainsi, l'on pourrait promouvoir une amélioration de la qualité durable par le biais d'un programme d'intervention pluriannuel prenant en compte les conditions locales.

7.3. Recommandations quant à la méthodologie

Il est recommandé, dans le cadre du développement du questionnaire LPZ 2.0, de contrôler dans quelle mesure le critère de la durée de deux heures est encore d'actualité dans la question concernant la formation du personnel, à savoir si tous les membres avaient suivi dans les deux ans un cours de remise à jour de minimum deux heures. Il se pourrait, au vu des nouvelles approches de formation telles que le conseil clinique auprès du/de la patient-e, les outils d'e-learning, etc. que ce critère ne puisse plus être rempli, sans pour autant que ces procédés soient moins efficaces. Dans ce contexte, il convient de vérifier si ces formes de formations récentes pourraient être mieux représentées dans le questionnaire LPZ 2.0 par l'adaptation de la question.

Dans le cadre du contrôle des données, comme décrit au chapitre 2.2.1, des écarts au niveau de l'auto-déclaration de type hôpital ont été constatés. La saisie correcte de la classe d'hôpital est particulièrement importante, les hôpitaux relevant du domaine des soins aigus étant exclus du rapport national lorsqu'ils indiquent par inadvertance un type d'hôpital hors soins aigus dans le questionnaire LPZ 2.0. Afin de réduire le risque d'erreur dans la classification des hôpitaux, il est recommandé, pour le développement du programme de saisie des données LPZ 2.0, de mieux séparer visuellement les différents types d'hôpitaux des domaines des soins aigus et hors soins aigus.

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 taux totaux de blessures et l'analyse en fonction du degré de gravité, donnent 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 faire développer une procédure d'audit par une instance indépendante de la BFH afin d'évaluer le respect de la méthode LPZ 2.0 et ainsi de développer la qualité.

7.4. 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. 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 des taux de prévalence nosocomiale certes relativement stables, mais encore trop élevés et présentant une tendance à la fluctuation dans les années 2011 – 2017, 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 pour permettre un suivi. Les effets positifs des mesures récurrentes chaque année sur le développement de la qualité contribuent à des améliorations aux niveaux des structures et des processus ainsi qu'à une sensibilisation durable envers l'indicateur en milieu clinique.

Dans une revue portant sur 15 systèmes de santé ainsi que leurs méthodes et stratégies d'amélioration de la qualité, l'OCDE (2017) parvient entre autres à la conclusion que des données transparentes sur la qualité continuent de représenter un instrument clé au sens où elles permettent de rendre des comptes vis-à-vis du public. Et ce, d'une part au vu du potentiel d'amélioration de l'efficacité et de l'efficience du système de santé, et d'autre part en tant qu'instrument d'amélioration et d'apprentissage mutuel. En ce sens, la contribution de cette mesure peut aussi être considérée 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 de la mesure nationale 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 [AHRQ]. (2013). 5. How do you measure fall rates and fall prevention practices? Retrieved from <https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/fallpxtoolkit/fallpxtk5.html>
- al Tehewy, M. M., Amin, G. E., & Nassar, N. W. (2015). A Study of Rate and Predictors of Fall Among Elderly Patients in a University Hospital. *Journal of Patient Safety, 11*(4), 210-214.
- 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.
- Anderson, C., Dolansky, M., Damato, E. G., & Jones, K. R. (2015). Predictors of serious fall injury in hospitalized patients. *Clinical Nursing Research, 24*(3), 269-283.
- Aranda-Gallardo, M., Morales-Asencio, J. M., Canca-Sanchez, J. C., & Toribio-Montero, J. C. (2014). Circumstances and causes of falls by patients at a Spanish acute care hospital. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 20*(5), 631-637.
- 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.
- 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.
- Bernet, N., Schlunegger, M., Richter, D., Thomas, K., Thomann, S., Büchi, J., . . . Vangeloooven, C. (2018). Mesure nationale de la prévalence Escarres enfants - Rapport comparatif national Mesure 2017. In. Berne: Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), Haute école spécialisée bernoise (BFH), Département Santé, Recherche appliquée et développement Soins infirmiers.
- Black, J. M., Edsberg, L. E., Baharestani, M. M., Langemo, D., Goldberg, M., McNichol, L., & Cuddigan, J. (2011). Pressure ulcers: avoidable or unavoidable? Results of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference. *Ostomy/wound management, 57*(2), 24-37.
- Bouldin, E. L., Andresen, E. M., Dunton, N. E., Simon, M., Waters, T. M., Liu, M., . . . Shorr, R. I. (2013). Falls among adult patients hospitalized in the United States: prevalence and trends. *Journal of Patient Safety, 9*(1), 13-17.
- 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. (2015a). Patient and organisational variables associated with pressure ulcer prevalence in hospital settings: a multilevel analysis. *BMJ Open, 5*(8), e007584.
- Bredesen, I. M., Bjoro, K., Gunningberg, L., & Hofoss, D. (2015b). 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.
- Castellini, G., Demarchi, A., Lanzoni, M., & Castaldi, S. (2017). Fall prevention: is the STRATIFY tool the right instrument in Italian Hospital inpatient? A retrospective observational study. *BMC Health Services Research, 17*(1), 656.

- Clark, M., Semple, M. J., Ivins, N., Mahoney, K., & Harding, K. (2017). National audit of pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis in hospitals across Wales: a cross-sectional study. *BMJ Open*, *7*(8), e015616.
- Coleman, S., Smith, I. L., Nixon, J., Wilson, L., & Brown, S. (2016). Pressure ulcer and wounds reporting in NHS hospitals in England part 2: Survey of monitoring systems. *Journal of Tissue Viability*, *25*(1), 16-25.
- Coyer, F., Miles, S., Gosley, S., Fulbrook, P., Sketcher-Baker, K., Cook, J. L., & Whitmore, J. (2017). Pressure injury prevalence in intensive care versus non-intensive care patients: A state-wide comparison. *Australian Critical Care*, *30*(5), 244-250.
- 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.
- Dincer, M., Doger, C., Tas, S. S., & Karakaya, D. (2018). An analysis of patients in palliative care with pressure injuries. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, *21*(4), 484-491.
- Dubois, C.-A., D'Amour, D., Brault, I., Dallaire, C., Déry, J., Duhoux, A., . . . Zufferey, A. (2017). Which priority indicators to use to evaluate nursing care performance? A discussion paper. *Journal of advanced nursing*, *73*(12), 3154-3167.
- 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.
- Galvin, J. (2002). An audit of pressure ulcer incidence in a palliative care setting. *International Journal of Palliative Nursing*, *8*(5), 214-221.
- 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*.
- Hajduchova, H., Brabcova, I., Tothova, V., & Bartlova, S. (2016). Retrospective analysis of falls in selected hospitals of the Czech Republic. *Neuroendocrinology Letters*, *37*(Suppl. 2), 18-24.
- 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.
- Hayakawa, T., Hashimoto, S., Kanda, H., Hirano, N., Kurihara, Y., Kawashima, T., & Fukushima, T. (2014). Risk factors of falls in inpatients and their practical use in identifying high-risk persons at admission: Fukushima Medical University Hospital cohort study. *BMJ Open*, *4*(8), e005385.
- Hendrichova, I., Castelli, M., Mastroianni, C., Piredda, M., Mirabella, F., Surdo, L., . . . Casale, G. (2010). Pressure ulcers in cancer palliative care patients. *Palliative Medicine*, *24*(7), 669-673.

- 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). Predicting Injurious Falls in the Hospital Setting: Implications for Practice. *American Journal of Nursing*, 116(9), 24-31.
- Ho, C., Jiang, J., Eastwood, C. A., Wong, H., Weaver, B., & Quan, H. (2017). Validation of two case definitions to identify pressure ulcers using hospital administrative data. *BMJ Open*, 7, e016438.
- 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.
- Jull, A., McCall, E., Chappell, M., & Tobin, S. (2016). Measuring hospital-acquired pressure injuries: A surveillance programme for monitoring performance improvement and estimating annual prevalence. *International Journal of Nursing Studies*, 58, 71-79.
- 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(Supplement 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. *Cochrane database of systematic reviews*(11), CD004538.
- Kobayashi, K., Imagama, S., Ando, K., Inagaki, Y., Suzuki, Y., Nishida, Y., . . . Ishiguro, N. (2017). Analysis of falls that caused serious events in hospitalized patients. *Geriatr Gerontol Int*, 17(12), 2403-2406.
- Koivunen, M., Hjerpe, A., Luotola, E., Kauko, T., & Asikainen, P. (2018). Risks and prevalence of pressure ulcers among patients in an acute hospital in Finland. *Journal of Wound Care*, 27(Supplement 2), S4-S10.
- Krumholz, H. M., Brindis, R. G., Brush, J. E., Cohen, D. J., Epstein, A. J., Furie, K., . . . Normand, S. L. (2006). Standards for statistical models used for public reporting of health outcomes: an American Heart Association Scientific Statement from the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Writing Group: cosponsored by the Council on Epidemiology and Prevention and the Stroke Council. Endorsed by the American College of Cardiology Foundation. *Circulation*, 113(3), 456-462.
- Krupp, A. E., & Monfre, J. (2015). Pressure ulcers in the ICU patient: an update on prevention and treatment. *Current Infectious Disease Reports*, 17(11).
- 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
- Langemo, D., Haesler, E., Naylor, W., Tippett, A., & Young, T. (2015). Evidence-based guidelines for pressure ulcer management at the end of life. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(5), 225-232.
- 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.
- Lechner, A., Lahmann, N., Neumann, K., Blume-Peytavi, U., & Kottner, J. (2017). Dry skin and pressure ulcer risk: A multi-center cross-sectional prevalence study in German hospitals and nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*, 73, 63-69.
- Lima Serrano, M., Gonzalez Mendez, M. I., Carrasco Cebollero, F. M., & Lima Rodriguez, J. S. (2017). Risk factors for pressure ulcer development in Intensive Care Units: A systematic review. *Medicina Intensiva*, 41(6), 339-346.

- Maass, C., Kuske, S., Lessing, C., & Schrappe, M. (2015). Are administrative data valid when measuring patient safety in hospitals? A comparison of data collection methods using a chart review and administrative data. *International journal for quality in health care*, 27(4), 305-313.
- Magota, C., Sawatari, H., Ando, S.-i., Nishizaka, M. K., Tanaka, K., Horikoshi, K., . . . Chishaki, A. (2017). Seasonal ambient changes influence inpatient falls. *Age and ageing*, 46(3), 513-517.
- Mallah, Z., Nassar, N., & Kurdahi Badr, L. (2015). The Effectiveness of a Pressure Ulcer Intervention Program on the Prevalence of Hospital Acquired Pressure Ulcers: Controlled Before and After Study. *Applied Nursing Research*, 28(2015), 106-113.
- 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? *Annals of internal medicine*, 159(8), 505-513.
- Menendez, M. D., Alonso, J., Minana, J. C., Arche, J. M., Diaz, J. M., & Vazquez, F. (2013). Characteristics and associated factors in patient falls, and effectiveness of the lower height of beds for the prevention of bed falls in an acute geriatric hospital. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(5), 277-284.
- Miake-Lye, I. M., Hempel, S., Ganz, D. A., & Shekelle, P. G. (2013). Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158(5 Part 2), 390-396.
- Moe, K., Brockopp, D., McCowan, D., Merritt, S., & Hall, B. (2015). Major Predictors of Inpatient Falls: A Multisite Study. *Journal of Nursing Administration*, 45(10), 498-502.
- Moore, Z., Johansen, E., 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.
- 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.
- Mordiffi, S. Z., Ng, S. C., Ang, N. K., Lee, S. Y., Lee, M., Teng, S. T., . . . Santos, D. R. (2016). A 10-year journey in sustaining fall reduction in an academic medical center in Singapore. *Int J Evid Based Healthc*, 14(1), 24-33.
- Morello, R. T., Barker, A. L., Watts, J. J., Haines, T., Zavarsek, S. S., Hill, K. D., . . . Stoelwinder, J. U. (2015). The extra resource burden of in-hospital falls: a cost of falls study. *The Medical journal of Australia*, 203(9), 367.
- 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. (2014). *Prévention et Traitement des Escarres: Guide de Référence Abrégé*. Retrieved from Osborne Park, Western Australia: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/09/traduction-finale-version-corrige.pdf>
- 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*. Retrieved from Berne: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020.html>
- Office fédéral de la statistique [OFS]. (2006). *Typologie des hôpitaux. Statistique des établissements de santé (soins intra-muros)*. Retrieved from Neuchâtel: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.227888.html>

- Office fédéral de la statistique [OFS]. (2017). *Statistique médicale des hôpitaux : Tableaux standard 2016*. Retrieved from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.3742291.html>
- 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, 00*(00), 1-7.
- 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. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 41*(6), 246-256.
- 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, 26*(3), 287-297.
- Prates, C. G., de Freitas Luzia, M., Ortolan, M. R., de Matos Neves, C., Machado Bueno, A. L., & Guimarães, F. (2014). Falls in hospitalized adults: incidence and characteristics of these events. *Ciência, Cuidado e Saude, 13*(1), 74-81.
- Quigley, P. A., Barnett, S. D., Bulat, T., & Friedman, Y. (2016). Reducing Falls and Fall-Related Injuries in Medical-Surgical Units: One-Year Multihospital Falls Collaborative. *Journal of Nursing Care Quality, 31*(2), 139-145.
- 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 <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TablofContents/Volume122007/No2May07/ArticlePreviousTopic/MeasuringFallProgramOutcomes.html>
- Rabe-Hesketh, S., & Skrondal, A. (2008). *Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata* (second ed.). College Station, Texas: Stata Press.
- Richter, D., Vangelooven, C., & Hahn, S. (2015). Nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus – Erwachsene, Evaluation der Risikoadjustierungsmethode. In: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Abteilung angewandte Forschung und Entwicklung, Dienstleistung Pflege.
- 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, 12*(18), 9. Retrieved from <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-017-0547-2>
- Schmitt, S., Andries, M. K., Ashmore, P. M., Brunette, G., Judge, K., & Bonham, P. A. (2017). WOCN Society Position Paper: Avoidable Versus Unavoidable Pressure Ulcers/Injuries. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing, 44*(5), 458-468.
- Schubert, M., Clarke, S. P., Glass, T. R., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2009). Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. *International Journal of Nursing Studies, 46*(7), 884-893.
- Staggs, V. S., Davidson, J., Dunton, N., & Crosser, B. (2015). Challenges in Defining and Categorizing Falls on Diverse Unit Types: Lessons from Expansion of the NDNQI Falls Indicator. *Journal of Nursing Care Quality, 30*(2), 106-112.
- Staggs, V. S., Mion, L. C., & Shorr, R. I. (2014). Assisted and unassisted falls: different events, different outcomes, different implications for quality of hospital care. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 40*(8), 358-364.
- 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.

- 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.
- Tchouaket, E., Dubois, C. A., & D'Amour, D. (2017). The economic burden of nurse-sensitive adverse events in 22 medical-surgical units: retrospective and matching analysis. *Journal of advanced nursing, 73*, 1696-1711.
- The Joint Commission. (2015). Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities. *Sentinel Event Alert, 55*, 1-5. Retrieved from https://www.jointcommission.org/assets/1/6/SEA_55_Falls_4_26_16.pdf
- The Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2017). *Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality*. Paris: OECD Publishing.
- Tomova-Simitchieva, T., Akdeniz, M., Blume-Peytavi, U., Lahmann, N., & Kottner, J. (2018). Die Epidemiologie des Dekubitus in Deutschland: eine systematische Übersicht. *Gesundheitswesen*.
- 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*. Retrieved from Rockville, MD: www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.
- Tzeng, H. M., & Yin, C. Y. (2015). Exploring post-fall audit report data in an acute care setting. *Clinical Nursing Research, 24*(3), 284-298.
- 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., Mintjies-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., Gugler, E., Thomann, S., Schlunegger, M., . . . Ruf, M. (2017). Mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres. Rapport comparatif national - Mesure 2016 – adultes. In: 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., Bernet, N., Richter, D., Thomann, S., & Baumgartner, A. (2018). Concept d'évaluation de l'ANQ. Mesure nationale de la prévalence chutes & escarres adultes et escarres enfants, de 2017 (Version 4.0). In. Berne: Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), Haute école spécialisée bernoise (BFH), Département Santé, Recherche appliquée et développement Soins infirmiers.
- 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. In: 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*, *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*, *6*(Supplement 3), 20-27.
- Walsh, C. M., Liang, L.-J., Grogan, T., Coles, C., McNair, N., & Nuckols, T. K. (2018). Temporal Trends in Fall Rates with the Implementation of a Multifaceted Fall Prevention Program: Persistence Pays Off. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *44*(2), 75-83.
- Waters, T. M., Chandler, A. M., Mion, L. C., Daniels, M. J., Kessler, L. A., Miller, S. T., & Shorr, R. I. (2013). Use of International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification, codes to identify inpatient fall-related injuries. *Journal of the American Geriatrics Society*, *61*(12), 2186-2191.
- Wells, S., Tamir, O., Gray, J., Naidoo, D., Bekhit, M., & Goldmann, D. (2018). Are quality improvement collaboratives effective? A systematic review. *BMJ quality & safety*, *27*(3), 226-240.
- White, P., McGillis Hall, L., & Lalonde, M. (2011). Adverse Patient Outcomes. In D. M. Doran (Ed.), *Nursing Outcomes. State of the science*. (second ed., pp. 241-279). Sudbury MA: Jones & Bartlett Learning.
- Williams, T., Szekendi, M., & Thomas, S. (2014). An Analysis of Patient Falls and Fall Prevention Programs Across Academic Medical Centers. *Journal of Nursing Care Quality*, *29*(1), 19-29.
- Wong, C. A., Recktenwald, A. J., Jones, M. L., Waterman, B. M., Bollini, M. L., & Dunagan, W. C. (2011). The cost of serious fall-related injuries at three Midwestern hospitals. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *37*(2), 81-87.
- 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.
- Zhou, Q., Yu, T., Liu, Y., Shi, R., Tian, S., Yang, C., . . . Hu, A. (2018). The prevalence and specific characteristics of hospitalised pressure ulcer patients: A multicentre cross-sectional study. *Journal of Clinical nursing*, *27*(3-4), 694-704.
- Zubkoff, L., Neily, J., Quigley, P., Soncrant, C., Young-Xu, Y., Boar, S., & Mills, P. D. (2016). Virtual Breakthrough Series, Part 2: Improving Fall Prevention Practices in the Veterans Health Administration. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *42*(11), 497-505.

Liste des figures

Figure 1 : calcul de la prévalence des escarres (en %) au moment de la mesure.....	13
Figure 2 : distribution des sites hospitaliers par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure.....	20
Figure 3 : distribution des unités de soins participantes par type d'unité au cours des 3 dernières années de mesure.....	21
Figure 4 : nombre de patient-e-s hospitalisé-e-s et participant-e-s ainsi que taux de participation lors des 3 dernières années de mesure	22
Figure 5 : comparaison des taux de participation dans les cantons avec le taux de participation national.....	23
Figure 6 : distribution des patient-e-s participant-e-s par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure.....	24
Figure 7 : raisons de la non-participation au cours des 3 dernières années de mesure.....	25
Figure 8 : fréquence des groupes de diagnostics CIM*	28
Figure 9 : taux national de prévalence des escarres au cours des 3 dernières années de mesure.....	32
Figure 10 : taux national de prévalence des escarres nosocomiales chez les patient-e-s à risque au cours des 3 dernières années de mesure.....	33
Figure 11 : taux de prévalence nosocomiale de catégorie ≥ 2 distribué par type d'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure*	35
Figure 12 : nombre et distribution des escarres contractées avant l'admission à l'hôpital et des escarres nosocomiales selon la classification EPUAP*	37
Figure 13 : nombre et distribution des escarres nosocomiales selon la classification EPUAP au cours des 2 dernières années de mesure	38
Figure 14 : localisation anatomique des escarres contractées avant l'admission à l'hôpital et des escarres nosocomiales*	39
Figure 15 : nombre moyen d'interventions de prévention des escarres chez différents groupes de patients	40
Figure 16 : part des patient-e-s ayant reçu ou non d'intervention de prévention des escarres dans différents groupes de patients	41
Figure 17 : 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*.....	42
Figure 18 : 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*	44
Figure 19 : indicateurs de structure escarres au niveau de l'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure.....	45
Figure 20 : indicateurs de structure escarres au niveau de l'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure.....	46
Figure 21 : 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 22 : 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 23 : comparaison des taux de prévalence des escarres nosocomiales sur les 7 dernières années de mesure	56
Figure 24 : taux des chutes survenues en hôpital au cours des 3 dernières années de mesure	63
Figure 25 : taux de chutes survenues en hôpital répartis selon le type d'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure*	65
Figure 26 : taux de blessures des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital au cours des 2 dernières années de mesure.....	66
Figure 27 : distribution des blessures chez les patient-e-s ayant fait une chute avec des conséquences dans les 2 dernières années de mesure.....	68
Figure 28 : nombre moyen d'interventions de prévention des chutes chez différents groupes de patients	69
Figure 29 : part des patient-e-s ayant reçu ou non d'interventions de prévention des chutes dans différents groupes de patients	70
Figure 30 : 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*	71
Figure 31 : interventions de prévention des chutes chez tous/toutes les patient-e-s à risque ainsi que chez les patient-e-s à risque ayant chuté ou non à l'hôpital au niveau national*	73
Figure 32 : indicateurs de structure chutes au niveau de l'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure.....	74
Figure 33 : indicateurs de structure chutes au niveau de l'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure.....	75
Figure 34 : 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	78
Figure 35 : comparaison des taux de chutes à l'hôpital sur les 7 dernières années de mesure	82
Figure 36 : taux de prévalence totale des escarres nosocomiales répartis par type d'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure.....	112
Figure 37 : 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.....	124
Figure 38 : 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.....	125
Figure 39 : 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.....	126
Figure 40 : 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	127
Figure 41 : 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.....	128
Figure 42 : 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.....	129

Figure 43 : 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	130
Figure 44 : 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	131
Figure 45 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital – type d'hôpital K111	132
Figure 46 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital – type d'hôpital K112	133
Figure 47 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital – type d'hôpital K121-K231	134
Figure 48 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital – type d'hôpital K221 & K231-K235.....	135

Liste des tableaux

Tableau 1 : caractéristiques des patient-e-s participant-e-s réparties par le type d'hôpital	26
Tableau 2 : caractéristiques des patient-e-s avec une escarre nosocomiale par type d'hôpital	29
Tableau 3 : indicateur de processus « évaluation du risque consignée » chez les patient-e-s présentant un risque d'escarre ou une escarre.....	31
Tableau 4 : taux de prévalence des escarres nosocomiales par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure.....	34
Tableau 5 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives – escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur.....	47
Tableau 6 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives – escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur.....	50
Tableau 7 : valeurs comparatives internationales des taux de prévalence des escarres (soins aigus) des mesures LPZ au cours des deux dernières années de mesure dans différents groupes de patients.....	54
Tableau 8 : caractéristiques des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital réparties par le type d'hôpital	60
Tableau 9 : indicateur des processus « évaluation du risque consignée » chez les patient-e-s à risque de chute ou ayant chuté à l'hôpital.....	62
Tableau 10 : taux de chutes survenues en hôpital au cours des 2 et 3 dernières années de mesure répartis par le type d'hôpital dans différents groupes de patients	64
Tableau 11 : taux de blessures des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital répartis par type d'hôpital au cours des 2 dernières années de mesure.....	67
Tableau 12 : variables du modèle de régression logistique et hiérarchique et valeurs représentatives – chutes à l'hôpital.....	76
Tableau 13 : valeurs comparatives internationales des taux de chutes (soins aigus) des mesures LPZ au cours des deux dernières années de mesure dans différents groupes de patients.....	79
Tableau 14 : valeurs comparatives internationales des taux de blessures (soins aigus) des mesures LPZ au cours des deux dernières années de mesure dans différents groupes de patients.....	81
Tableau 15 : les caractéristiques des patient-e-s dans la comparaison nationale et internationale	86
Tableau 16 : les groupes de diagnostics CIM les plus fréquents dans la comparaison nationale et internationale	87
Tableau 17 : distribution des unités de soins et des patient-e-s participant-e-s par type d'unité de soins et par type d'hôpital	109
Tableau 18 : taux de prévalence nosocomiale de catégorie ≥ 2 répartis par type d'unité de soins et par type d'hôpital*	110
Tableau 19 : taux de prévalence totale des escarres nosocomiales répartis par type d'unité de soins et par type d'hôpital	113
Tableau 20 : nombre d'escarres contractées avant l'admission à l'hôpital et nosocomiales selon la classification de l'EPUAP, réparti par type d'hôpital.....	114
Tableau 21 : localisation anatomique des escarres contractées avant l'admission à l'hôpital et nosocomiales, par type d'hôpital.....	115

Tableau 22 : interventions de prévention des escarres chez les patient-e-s avec ou sans escarres réparties par type d'hôpital	116
Tableau 23 : interventions de prévention des escarres chez les patient-e-s à risque avec ou sans escarres, réparties par type d'hôpital.....	117
Tableau 24 : taux des chutes survenues à l'hôpital répartis par type d'unité de soins et par type d'hôpital*.....	118
Tableau 25 : interventions de prévention des chutes chez les patient-e-s avec ou sans chutes à l'hôpital, réparties par type d'hôpital	120
Tableau 26 : interventions de prévention des chutes chez les patient-e-s avec ou sans chute, réparties par type d'hôpital	122
Tableau 27 : résultats de la littérature internationale portant sur les taux des chutes et taux de blessures consécutives aux chutes.....	136
Tableau 28 : taux de participation ainsi que résidus et limites des intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital**	138

Annexe

Tableau 17 : distribution des unités de soins et des patient-e-s participant-e-s 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
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Chirurgicale					
Unités de soins	78 (39.4)	244 (42.0)	125 (41.9)	61 (59.8)	508 (43.1)
Patient-e-s participant-e-s	1061 (43.8)	3322 (49.4)	1584 (53.0)	773 (70.5)	6740 (51.0)
Non chirurgicale					
Unités de soins	69 (34.8)	181 (31.2)	101 (33.9)	1 (1.0)	352 (29.9)
Patient-e-s participant-e-s	918 (37.9)	2473 (36.8)	1083 (36.3)	4 (0.4)	4478 (33.9)
Soins intensifs					
Unités de soins	13 (6.6)	46 (7.9)	22 (7.4)	2 (2.0)	83 (7.0)
Patient-e-s participant-e-s	130 (5.4)	228 (3.4)	80 (2.7)	8 (0.7)	446 (3.4)
Gériatrie aiguë					
Unités de soins	2 (1.0)	36 (6.2)	4 (1.3)	18 (17.6)	60 (5.1)
Patient-e-s participant-e-s	41 (1.7)	338 (5.0)	44 (1.5)	187 (17.1)	610 (4.6)
Gynécologie					
Unités de soins	4 (2.0)	31 (5.3)	15 (5.0)	0 (0.0)	50 (4.2)
Patient-e-s participant-e-s	48 (2.0)	140 (2.1)	46 (1.5)	0 (0.0)	234 (1.8)
Soins continus					
Unités de soins	14 (7.1)	16 (2.8)	16 (5.4)	2 (2.0)	48 (4.1)
Patient-e-s participant-e-s	80 (3.3)	58 (0.9)	41 (1.4)	6 (0.5)	185 (1.4)
Soins palliatifs					
Unités de soins	2 (1.0)	14 (2.4)	3 (1.0)	5 (4.9)	24 (2.0)
Patient-e-s participant-e-s	8 (0.3)	77 (1.1)	23 (0.8)	32 (2.9)	140 (1.1)
Court séjour					
Unités de soins	3 (1.5)	4 (0.7)	2 (0.7)	1 (1.0)	10 (0.8)
Patient-e-s participant-e-s	19 (0.8)	36 (0.5)	11 (0.4)	5 (0.5)	71 (0.5)
Réadaptation					
Unités de soins	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (8.8)	9 (0.8)
Patient-e-s participant-e-s	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	57 (5.2)	57 (0.4)
Divers					
Unités de soins	13 (6.6)	9 (1.5)	10 (3.4)	3 (2.9)	35 (3.0)
Patient-e-s participant-e-s	118 (4.9)	50 (0.7)	74 (2.5)	24 (2.2)	266 (2.0)
Total					
Unités de soins	198 (100.0)	581 (100.0)	298 (100.0)	102 (100.0)	1179 (100.0)
Patient-e-s participant-e-s	2423 (100.0)	6722 (100.0)	2986 (100.0)	1096 (100.0)	13227 (100.0)

Tableau 18 : taux de prévalence nosocomiale de catégorie ≥ 2 répartis par type d'unité de soins et par type d'hôpital*

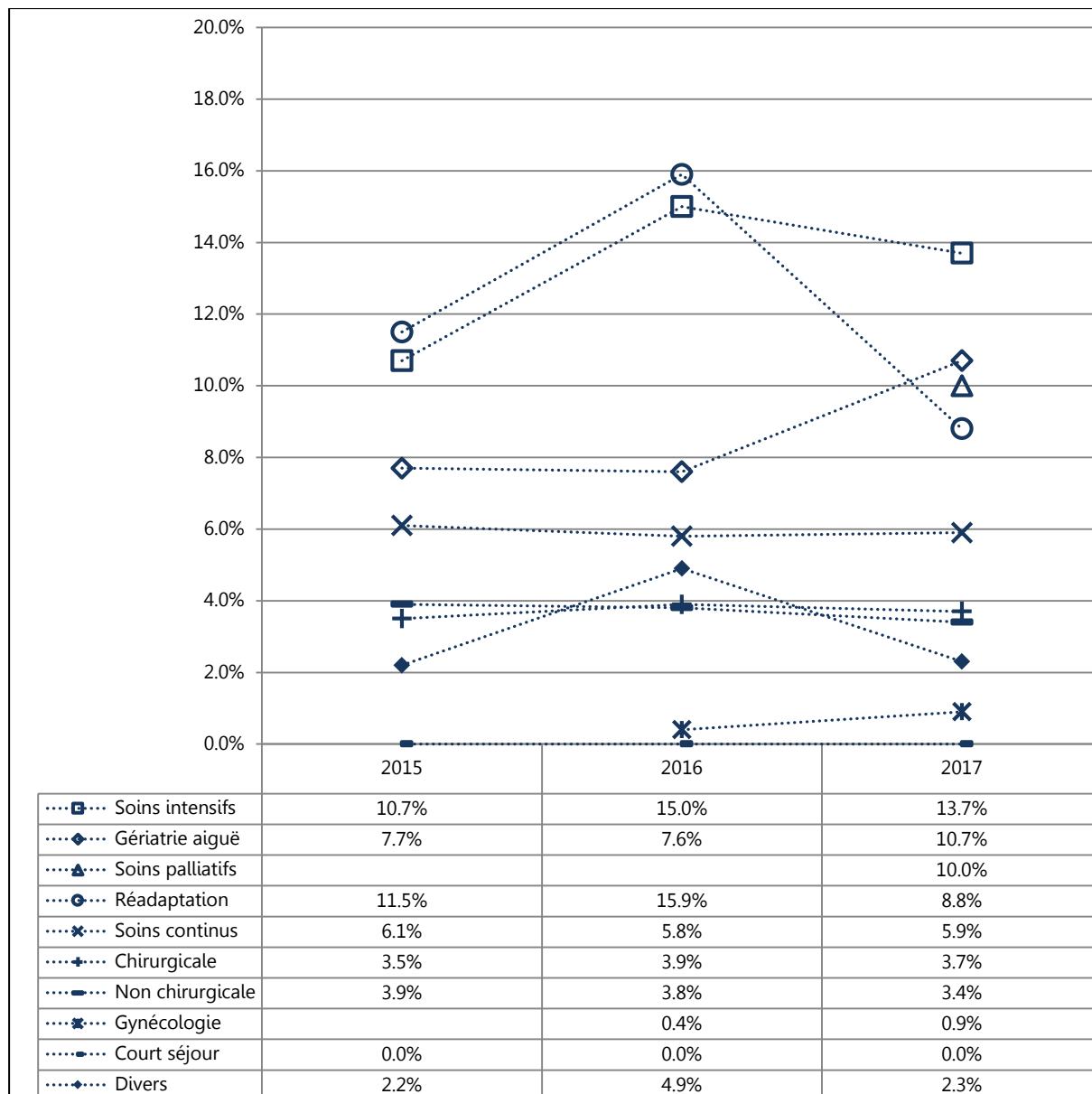
Type d'unité de soins		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s participant-e-s		n	n	n	n	n
	2017	2423	6722	2986	1096	13227
	2016	2505	6722	3323	915	13465
	2015	2527	6156	3477	1003	13163
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Soins intensifs	2017	16 (12.3)	18 (7.9)	4 (5.0)	0 (0.0)	38 (8.5)
	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)	0 (0.0)	39 (8.8)
Soins continus	2017	7 (8.8)	1 (1.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (4.3)
	2016	6 (5.3)	1 (1.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (2.9)
	2015	8 (7.3)	2 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (4.4)
Soins palliatifs	2017	3 (37.5)	3 (3.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (4.3)
Gériatrie aiguë	2017	1 (2.4)	16 (4.7)	1 (2.3)	7 (3.7)	25 (4.1)
	2016	0 (0.0)	8 (3.0)	0 (0.0)	4 (5.5)	12 (2.8)
	2015	0 (0.0)	11 (5.2)	0 (0.0)	6 (3.5)	17 (3.8)
Réadaptation	2017				2 (3.5)	2 (3.5)
	2016				3 (6.8)	3 (6.8)
	2015				3 (3.4)	3 (3.4)
Chirurgicale	2017	36 (3.4)	59 (1.8)	21 (1.3)	8 (1.0)	124 (1.8)
	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)
Non chirurgicale	2017	12 (1.3)	39 (1.6)	15 (1.4)	0 (0.0)	66 (1.5)
	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)	0 (0.0)	66 (1.4)
Gynécologie	2017	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.2)		1 (0.4)
	2016	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)
Court séjour	2017	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	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)

Type d'unité de soins		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpital
Divers	2017	1 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)
	2016	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.1)	0 (0.0)	1 (0.4)
	2015	1 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.8)	2 (0.5)
	Total	76 (3.1)	136 (2.0)	42 (1.4)	17 (1.6)	271 (2.0)
	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)

Champs vides = aucune donnée disponible, aucun-e patient-e participant-e n'ayant été disponible ou le type d'unité de soins n'ayant pas encore été intégré au moment de la mesure.

* Pour comprendre les taux de prévalence nosocomiale de la catégorie 2 et supérieur, calculés par cellule, se référer au total des patient-e-s par cellule tableau 17. Le taux de prévalence nosocomiale de la catégorie 2 et supérieur pour les unités de soins chirurgicales dans le type d'hôpital K111 se calcule par exemple comme suit : 36 patient-e-s avec escarre nosocomiale catégorie 2 et supérieur (cf. tableau 18) divisés par 1 061 participant-e-s (cf. tableau 17) multipliés par 100 = taux de prévalence de 3,4 % (cf. tableau 18).

Figure 36 : taux de prévalence totale des escarres nosocomiales répartis par type d'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure



Champs vides = aucune donnée disponible, le type d'unité de soins n'étant pas encore intégré à part dans le questionnaire.

Tableau 19 : 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
	2017	2423	6722	2986	1096	13227
	2016	2505	6722	3323	915	13465
	2015	2527	6156	3477	1003	13163
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Soins intensifs	2017	20 (15.4)	34 (14.9)	7 (8.8)	0 (0.0)	61 (13.7)
	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)
Gériatrie aiguë	2017	2 (4.9)	39 (11.5)	1 (2.3)	23 (12.3)	65 (10.7)
	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)
Soins palliatifs	2017	3 (37.5)	9 (11.7)	1 (4.3)	1 (3.1)	14 (10.0)
Réadaptation	2017				5 (8.8)	5 (8.8)
	2016				7 (15.9)	7 (15.9)
	2015				10 (11.5)	10 (11.5)
Soins continus	2017	9 (11.3)	2 (3.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (5.9)
	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)
Chirurgicale	2017	65 (6.1)	111 (3.3)	48 (3.0)	27 (3.5)	251 (3.7)
	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)
Non chirurgicale	2017	27 (2.9)	93 (3.8)	34 (3.1)	0 (0.0)	154 (3.4)
	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)
Gynécologie	2017	0 (0.0)	1 (0.7)	1 (2.2)		2 (0.9)
	2016	1 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)		1 (0.4)
Court séjour	2017	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	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)
Divers	2017	4 (3.4)	1 (2.0)	1 (1.4)	0 (0.0)	6 (2.3)
	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)
Total	2017	130 (5.4)	290 (4.3)	93 (3.1)	56 (5.1)	569 (4.3)
	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)

Champs vides = aucune donnée disponible, aucun-e patient-e participant-e n'ayant été disponible au moment de la mesure.

Tableau 20 : nombre d'escarres contractées 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 contractées avant l'admission à l'hôpital	<i>n</i>	87	281	114	50	532
Catégorie 1	<i>n (%)</i>	23 (26.4)	95 (33.8)	40 (35.1)	20 (40.0)	178 (33.5)
Catégorie 2	<i>n (%)</i>	30 (34.5)	119 (42.3)	39 (34.2)	18 (36.0)	206 (38.7)
Catégorie 3	<i>n (%)</i>	15 (17.2)	36 (12.8)	15 (13.2)	4 (8.0)	70 (13.2)
Catégorie 4	<i>n (%)</i>	3 (3.4)	11 (3.9)	8 (7.0)	2 (4.0)	24 (4.5)
Inclassable : perte tissulaire ou cutanée complète de profondeur inconnue	<i>n (%)</i>	6 (6.9)	15 (5.3)	9 (7.9)	4 (8.0)	34 (6.4)
Dommages tissulaires profonds probables de profondeur inconnue	<i>n (%)</i>	10 (11.5)	5 (1.8)	3 (2.6)	2 (4.0)	20 (3.8)
Nombre des escarres nosocomiales	<i>n</i>	167	400	119	68	754
Catégorie 1	<i>n (%)</i>	73 (43.7)	229 (57.3)	67 (56.3)	50 (73.5)	419 (55.6)
Catégorie 2	<i>n (%)</i>	63 (37.7)	133 (33.3)	47 (39.5)	17 (25.0)	260 (34.5)
Catégorie 3	<i>n (%)</i>	14 (8.4)	17 (4.3)	3 (2.5)	0 (0.0)	34 (4.5)
Catégorie 4	<i>n (%)</i>	2 (1.2)	2 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (0.5)
Inclassable : perte tissulaire ou cutanée complète de profondeur inconnue	<i>n (%)</i>	6 (3.6)	7 (1.8)	1 (0.8)	1 (1.5)	15 (2.0)
Dommages tissulaires profonds probables de profondeur inconnue	<i>n (%)</i>	9 (5.4)	12 (3.0)	1 (0.8)	0 (0.0)	22 (2.9)

Tableau 21 : localisation anatomique des escarres contractées avant l'admission à l'hôpital et nosocomiales, par type d'hôpital

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Nombre des escarres contractée avant l'admission à l'hôpital	<i>n</i>	87	281	114	50	532
Sacrum	<i>n (%)</i>	33 (37.9)	95 (33.8)	53 (46.5)	19 (38.0)	200 (37.6)
Talon	<i>n (%)</i>	22 (25.3)	88 (31.3)	30 (26.3)	13 (26.0)	153 (28.8)
Tête	<i>n (%)</i>	3 (3.4)	6 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (1.7)
Coude	<i>n (%)</i>	4 (4.6)	16 (5.7)	1 (0.9)	2 (4.0)	23 (4.3)
Tubérosité ischiatique	<i>n (%)</i>	5 (5.7)	8 (2.8)	8 (7.0)	3 (6.0)	24 (4.5)
Cheville	<i>n (%)</i>	5 (5.7)	4 (1.4)	3 (2.6)	2 (4.0)	14 (2.6)
Trochanter	<i>n (%)</i>	4 (4.6)	6 (2.1)	3 (2.6)	2 (4.0)	15 (2.8)
Autre	<i>n (%)</i>	11 (12.6)	58 (20.6)	16 (14.0)	9 (18.0)	94 (17.7)
Nombre des escarres nosocomiales	<i>n</i>	167	400	119	68	754
Sacrum	<i>n (%)</i>	64 (38.3)	135 (33.8)	36 (30.3)	18 (26.5)	253 (33.6)
Talon	<i>n (%)</i>	34 (20.4)	117 (29.3)	21 (17.6)	17 (25.0)	189 (25.1)
Tête	<i>n (%)</i>	24 (14.4)	28 (7.0)	6 (5.0)	1 (1.5)	59 (7.8)
Coude	<i>n (%)</i>	4 (2.4)	21 (5.3)	12 (10.1)	16 (23.5)	53 (7.0)
Tubérosité ischiatique	<i>n (%)</i>	8 (4.8)	19 (4.8)	11 (9.2)	5 (7.4)	43 (5.7)
Cheville	<i>n (%)</i>	3 (1.8)	13 (3.3)	5 (4.2)	1 (1.5)	22 (2.9)
Trochanter	<i>n (%)</i>	3 (1.8)	11 (2.8)	3 (2.5)	0 (0.0)	17 (2.3)
Autre	<i>n (%)</i>	27 (16.2)	56 (14.0)	25 (21.0)	10 (14.7)	118 (15.6)

Tableau 22 : 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
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Matelas en mousse passif/support passif					
Patient-e-s sans escarre	1273 (73.7)	3140 (67.2)	1315 (57.9)	350 (42.8)	6078 (64.0)
Patient-e-s avec escarre	87 (47.8)	262 (57.3)	74 (47.4)	46 (51.1)	469 (53.0)
Produits/crèmes pour l'hydratation et la protection de la peau					
Patient-e-s sans escarre	851 (49.3)	1999 (42.8)	964 (42.4)	313 (38.3)	4127 (43.5)
Patient-e-s avec escarre	153 (84.1)	349 (76.4)	130 (83.3)	64 (71.1)	696 (78.6)
Stimuler une mobilisation ciblée					
Patient-e-s sans escarre	568 (32.9)	1870 (40.0)	965 (42.5)	441 (54.0)	3844 (40.5)
Patient-e-s avec escarre	98 (53.8)	261 (57.1)	101 (64.7)	71 (78.9)	531 (60.0)
Education du/de la patient-e					
Patient-e-s sans escarre	373 (21.6)	1182 (25.3)	653 (28.7)	358 (43.8)	2566 (27.0)
Patient-e-s avec escarre	48 (26.4)	176 (38.5)	61 (39.1)	52 (57.8)	337 (38.1)
Talons en suspension/dispositif pour la suspension du talon					
Patient-e-s sans escarre	334 (19.3)	1012 (21.6)	414 (18.2)	278 (34.0)	2038 (21.5)
Patient-e-s avec escarre	108 (59.3)	254 (55.6)	77 (49.4)	50 (55.6)	489 (55.3)
Prévention ou traitement des déficits nutritionnels et/ou liquidiens					
Patient-e-s sans escarre	382 (22.1)	929 (19.9)	479 (21.1)	144 (17.6)	1934 (20.4)
Patient-e-s avec escarre	104 (57.1)	195 (42.7)	72 (46.2)	39 (43.3)	410 (46.3)
Réduction de la pression sur les autres parties du corps					
Patient-e-s sans escarre	259 (15.0)	604 (12.9)	250 (11.0)	128 (15.7)	1241 (13.1)
Patient-e-s avec escarre	91 (50.0)	194 (42.5)	60 (38.5)	33 (36.7)	378 (42.7)
Repositionnement/changement de position en étant couché-e					
Patient-e-s sans escarre	272 (15.7)	545 (11.7)	207 (9.1)	86 (10.5)	1110 (11.7)
Patient-e-s avec escarre	99 (54.4)	182 (39.8)	71 (45.5)	36 (40.0)	388 (43.8)
Fauteuil roulant de confort avec dossier inclinable					
Patient-e-s sans escarre	310 (18.0)	477 (10.2)	205 (9.0)	44 (5.4)	1036 (10.9)
Patient-e-s avec escarre	69 (37.9)	90 (19.7)	37 (23.7)	13 (14.4)	209 (23.6)
Matelas actif/support actif permettant la redistribution des pressions					
Patient-e-s sans escarre	94 (5.4)	114 (2.4)	260 (11.4)	69 (8.4)	537 (5.7)
Patient-e-s avec escarre	70 (38.5)	95 (20.8)	55 (35.3)	11 (12.2)	231 (26.1)
Support d'assise					
Patient-e-s sans escarre	106 (6.1)	143 (3.1)	75 (3.3)	47 (5.8)	371 (3.9)
Patient-e-s avec escarre	33 (18.1)	48 (10.5)	31 (19.9)	23 (25.6)	135 (15.3)

Interventions	K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Autre(s) intervention(s)					
Patient-e-s sans escarre	37 (2.1)	283 (6.1)	60 (2.6)	40 (4.9)	420 (4.4)
Patient-e-s avec escarre	11 (6.0)	42 (9.2)	12 (7.7)	4 (4.4)	69 (7.8)
Total patient-e-s avec interventions					
Patient-e-s sans escarre	1727 (100.0)	4675 (100.0)	2273 (100.0)	817 (100.0)	9492 (100.0)
Patient-e-s avec escarre	182 (100.0)	457 (100.0)	156 (100.0)	90 (100.0)	885 (100.0)

Tableau 23 : 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
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Produits/crèmes pour l'hydratation et la protection de la peau					
Patient-e-s à risque sans escarre	382 (67.3)	919 (60.9)	396 (63.4)	116 (56.0)	1813 (62.3)
Patient-e-s à risque avec escarre	147 (86.5)	318 (80.7)	126 (86.9)	54 (76.1)	645 (82.7)
Matelas en mousse passif/support passif					
Patient-e-s à risque sans escarre	343 (60.4)	970 (64.3)	329 (52.6)	90 (43.5)	1732 (59.6)
Patient-e-s à risque avec escarre	78 (45.9)	220 (55.8)	67 (46.2)	40 (56.3)	405 (51.9)
Stimuler une mobilisation ciblée					
Patient-e-s à risque sans escarre	291 (51.2)	859 (57.0)	393 (62.9)	125 (60.4)	1668 (57.4)
Patient-e-s à risque avec escarre	93 (54.7)	231 (58.6)	95 (65.5)	57 (80.3)	476 (61.0)
Talons en suspension/dispositif pour la suspension du talon					
Patient-e-s à risque sans escarre	261 (46.0)	654 (43.4)	234 (37.4)	123 (59.4)	1272 (43.7)
Patient-e-s à risque avec escarre	106 (62.4)	235 (59.6)	73 (50.3)	42 (59.2)	456 (58.5)
Prévention ou traitement des déficits nutritionnels et/ou liquidiens					
Patient-e-s à risque sans escarre	217 (38.2)	470 (31.2)	221 (35.4)	65 (31.4)	973 (33.5)
Patient-e-s à risque avec escarre	101 (59.4)	181 (45.9)	69 (47.6)	35 (49.3)	386 (49.5)
Education du/de la patient-e					
Patient-e-s à risque sans escarre	148 (26.1)	456 (30.2)	240 (38.4)	103 (49.8)	947 (32.6)
Patient-e-s à risque avec escarre	46 (27.1)	152 (38.6)	59 (40.7)	46 (64.8)	303 (38.8)
Repositionnement/changement de position en étant couché-e					
Patient-e-s à risque sans escarre	227 (40.0)	436 (28.9)	170 (27.2)	59 (28.5)	892 (30.7)
Patient-e-s à risque avec escarre	97 (57.1)	178 (45.2)	70 (48.3)	34 (47.9)	379 (48.6)

Interventions	K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Réduction de la pression sur les autres parties du corps					
Patient-e-s à risque sans escarre	209 (36.8)	434 (28.8)	151 (24.2)	72 (34.8)	866 (29.8)
Patient-e-s à risque avec escarre	89 (52.4)	181 (45.9)	59 (40.7)	30 (42.3)	359 (46.0)
Fauteuil roulant de confort avec dossier inclinable					
Patient-e-s à risque sans escarre	165 (29.0)	270 (17.9)	133 (21.3)	34 (16.4)	602 (20.7)
Patient-e-s à risque avec escarre	66 (38.8)	86 (21.8)	36 (24.8)	13 (18.3)	201 (25.8)
Matelas actif/support actif permettant la redistribution des pressions					
Patient-e-s à risque sans escarre	79 (13.9)	95 (6.3)	98 (15.7)	27 (13.0)	299 (10.3)
Patient-e-s à risque avec escarre	68 (40.0)	94 (23.9)	55 (37.9)	10 (14.1)	227 (29.1)
Support d'assise					
Patient-e-s à risque sans escarre	84 (14.8)	99 (6.6)	55 (8.8)	34 (16.4)	272 (9.4)
Patient-e-s à risque avec escarre	30 (17.6)	48 (12.2)	30 (20.7)	23 (32.4)	131 (16.8)
Autre(s) intervention(s)					
Patient-e-s à risque sans escarre	24 (4.2)	109 (7.2)	20 (3.2)	19 (9.2)	172 (5.9)
Patient-e-s à risque avec escarre	11 (6.5)	39 (9.9)	11 (7.6)	3 (4.2)	64 (8.2)
Total patient-e-s à risque avec interventions					
Patient-e-s à risque sans escarre	568 (100.0)	1508 (100.0)	625 (100.0)	207 (100.0)	2908 (100.0)
Patient-e-s à risque avec escarre	170 (100.0)	394 (100.0)	145 (100.0)	71 (100.0)	780 (100.0)

Tableau 24 : 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
Patient-e-s participant-e-s		n	n	n	n	n
	2017	2423	6722	2986	1096	13227
	2016	2505	6722	3323	915	13465
	2015	2527	6156	3477	1003	13163
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Soins palliatifs	2017	1 (12.5)	7 (9.1)	5 (21.7)	5 (15.6)	18 (12.9)
Réadaptation	2017				6 (10.5)	6 (10.5)
	2016				7 (15.9)	7 (15.9)
	2015				4 (4.6)	4 (4.6)
Gériatrie aiguë	2017	7 (17.1)	33 (9.8)	8 (18.2)	16 (8.6)	64 (10.5)
	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)

Type d'unité de soins		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Non chirurgicale	2017	49 (5.3)	133 (5.4)	61 (5.6)	0 (0.0)	243 (5.4)
	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)
Chirurgicale	2017	35 (3.3)	79 (2.4)	29 (1.8)	5 (0.6)	148 (2.2)
	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)
Soins intensifs	2017	5 (3.8)	3 (1.3)	0 (0.0)	1 (12.5)	9 (2.0)
	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)
Soins continus	2017	2 (2.5)	1 (1.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (1.6)
	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)
Court séjour	2017	1 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.4)
	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)
Gynécologie	2017	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		0 (0.0)
	2016	1 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)		1 (0.4)
Divers	2017	4 (3.4)	0 (0.0)	1 (1.4)	2 (8.3)	7 (2.6)
	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)
Total	2017	104 (4.3)	256 (3.8)	104 (3.5)	35 (3.2)	499 (3.8)
	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)

Champs vides = aucune donnée disponible, aucun-e patient-e participant-e n'ayant été disponible au moment de la mesure.

* Pour comprendre les taux de chutes calculés par cellule, se référer au total des patient-e-s par cellule tableau 17. Le taux des chutes pour les unités de soins chirurgicales dans le type d'hôpital K111 se calcule par exemple comme suit : 35 patient-e-s ayant chuté à l'hôpital (chiffre provenant du tableau 24) divisés par 1061 participants (chiffre provenant du tableau 17) multipliés par 100 = taux des chutes à l'hôpital de 3.3 % (tableau 24).

Tableau 25 : 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
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Evaluation des chaussures utilisées					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	819 (52.8)	3301 (67.8)	1411 (64.4)	719 (83.6)	6250 (66.0)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	54 (57.4)	189 (75.9)	73 (75.3)	27 (77.1)	343 (72.2)
Accompagnement pour se déplacer					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	658 (42.4)	2408 (49.5)	1064 (48.6)	381 (44.3)	4511 (47.6)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	63 (67.0)	185 (74.3)	62 (63.9)	22 (62.9)	332 (69.9)
Exercices et entraînements thérapeutiques					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	577 (37.2)	2155 (44.3)	1006 (45.9)	521 (60.6)	4259 (45.0)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	54 (57.4)	145 (58.2)	54 (55.7)	24 (68.6)	277 (58.3)
Evaluation des moyens auxiliaires utilisés					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	555 (35.8)	2159 (44.4)	978 (44.7)	562 (65.3)	4254 (44.9)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	56 (59.6)	165 (66.3)	65 (67.0)	26 (74.3)	312 (65.7)
Education du/de la patient-e					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	521 (33.6)	2123 (43.6)	1094 (50.0)	495 (57.6)	4233 (44.7)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	36 (38.3)	126 (50.6)	42 (43.3)	19 (54.3)	223 (46.9)
Evaluation de la médication					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	669 (43.1)	2073 (42.6)	894 (40.8)	582 (67.7)	4218 (44.5)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	51 (54.3)	132 (53.0)	59 (60.8)	28 (80.0)	270 (56.8)
Adaptation de l'environnement					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	627 (40.4)	2006 (41.2)	923 (42.1)	464 (54.0)	4020 (42.4)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	60 (63.8)	157 (63.1)	53 (54.6)	20 (57.1)	290 (61.1)
Evaluation de l'acuité visuelle					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	312 (20.1)	815 (16.7)	388 (17.7)	168 (19.5)	1683 (17.8)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	15 (16.0)	47 (18.9)	17 (17.5)	10 (28.6)	89 (18.7)
Evaluation du programme de la journée					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	186 (12.0)	776 (15.9)	293 (13.4)	208 (24.2)	1463 (15.4)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	15 (16.0)	64 (25.7)	21 (21.6)	16 (45.7)	116 (24.4)
Système d'alarme					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	45 (2.9)	598 (12.3)	457 (20.9)	171 (19.9)	1271 (13.4)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	15 (16.0)	76 (30.5)	36 (37.1)	15 (42.9)	142 (29.9)
Accords avec le/la patient-e/ les proches/ le/la représentant-e mandaté-e					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	135 (8.7)	508 (10.4)	205 (9.4)	104 (12.1)	952 (10.1)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	11 (11.7)	56 (22.5)	17 (17.5)	10 (28.6)	94 (19.8)

Interventions	K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Autres mesures limitatives de liberté					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	85 (5.5)	231 (4.7)	54 (2.5)	17 (2.0)	387 (4.1)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	11 (11.7)	45 (18.1)	11 (11.3)	8 (22.9)	75 (15.8)
Prise en charge un pour un					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	63 (4.1)	136 (2.8)	38 (1.7)	7 (0.8)	244 (2.6)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	6 (6.4)	16 (6.4)	2 (2.1)	3 (8.6)	27 (5.7)
Lit de soins bas*					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	24 (1.5)	50 (1.0)	83 (3.8)	6 (0.7)	163 (1.7)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	0 (0.0)	13 (5.2)	5 (5.2)	1 (2.9)	19 (4.0)
Autre(s) intervention(s)					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	37 (2.4)	159 (3.3)	44 (2.0)	31 (3.6)	271 (2.9)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	2 (2.1)	16 (6.4)	1 (1.0)	3 (8.6)	22 (4.6)
Total patient-e-s avec interventions					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	1552 (100.0)	4868 (100.0)	2190 (100.0)	860 (100.0)	9470 (100.0)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	94 (100.0)	249 (100.0)	97 (100.0)	35 (100.0)	475 (100.0)

* La catégorie de réponse « lit de soins bas » comprend également la réponse « soins sur un matelas au sol » ainsi que le « matelas à côté du lit ».

Tableau 26 : interventions de prévention des chutes chez les patient-e-s avec ou sans chute, réparties par type d'hôpital

Interventions	K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Evaluation des chaussures utilisées					
Patient-e-s à risque sans chute	254 (56.6)	1151 (70.3)	480 (68.5)	214 (85.9)	2099 (69.1)
Patient-e-s à risque avec chute	30 (61.2)	107 (77.5)	40 (74.1)	17 (81.0)	194 (74.0)
Accompagnement pour se déplacer					
Patient-e-s à risque sans chute	222 (49.4)	1009 (61.6)	395 (56.3)	122 (49.0)	1748 (57.6)
Patient-e-s à risque avec chute	36 (73.5)	102 (73.9)	38 (70.4)	14 (66.7)	190 (72.5)
Evaluation des moyens auxiliaires utilisés					
Patient-e-s à risque sans chute	204 (45.4)	921 (56.2)	386 (55.1)	182 (73.1)	1693 (55.7)
Patient-e-s à risque avec chute	33 (67.3)	99 (71.7)	37 (68.5)	16 (76.2)	185 (70.6)
Exercices et entraînements thérapeutiques					
Patient-e-s à risque sans chute	196 (43.7)	892 (54.5)	358 (51.1)	179 (71.9)	1625 (53.5)
Patient-e-s à risque avec chute	34 (69.4)	84 (60.9)	32 (59.3)	18 (85.7)	168 (64.1)
Evaluation de la médication					
Patient-e-s à risque sans chute	208 (46.3)	760 (46.4)	302 (43.1)	189 (75.9)	1459 (48.0)
Patient-e-s à risque avec chute	28 (57.1)	84 (60.9)	34 (63.0)	19 (90.5)	165 (63.0)
Education du/de la patient-e					
Patient-e-s à risque sans chute	143 (31.8)	696 (42.5)	361 (51.5)	145 (58.2)	1345 (44.3)
Patient-e-s à risque avec chute	16 (32.7)	72 (52.2)	21 (38.9)	10 (47.6)	119 (45.4)
Adaptation de l'environnement					
Patient-e-s à risque sans chute	185 (41.2)	718 (43.8)	313 (44.7)	118 (47.4)	1334 (43.9)
Patient-e-s à risque avec chute	31 (63.3)	90 (65.2)	34 (63.0)	11 (52.4)	166 (63.4)
Evaluation de l'acuité visuelle					
Patient-e-s à risque sans chute	86 (19.2)	315 (19.2)	134 (19.1)	71 (28.5)	606 (20.0)
Patient-e-s à risque avec chute	7 (14.3)	31 (22.5)	10 (18.5)	6 (28.6)	54 (20.6)
Evaluation du programme de la journée					
Patient-e-s à risque sans chute	64 (14.3)	330 (20.1)	97 (13.8)	76 (30.5)	567 (18.7)
Patient-e-s à risque avec chute	5 (10.2)	36 (26.1)	15 (27.8)	12 (57.1)	68 (26.0)
Système d'alarme					
Patient-e-s à risque sans chute	21 (4.7)	250 (15.3)	141 (20.1)	30 (12.0)	442 (14.6)
Patient-e-s à risque avec chute	10 (20.4)	46 (33.3)	22 (40.7)	7 (33.3)	85 (32.4)
Accord avec le/la patient-e/ les proches/ le/la représentant-e mandaté-e					
Patient-e-s à risque sans chute	45 (10.0)	211 (12.9)	88 (12.6)	36 (14.5)	380 (12.5)
Patient-e-s à risque avec chute	4 (8.2)	34 (24.6)	11 (20.4)	6 (28.6)	55 (21.0)

Interventions	K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Autres mesures limitatives de liberté					
Patient-e-s à risque sans chute	39 (8.7)	113 (6.9)	25 (3.6)	6 (2.4)	183 (6.0)
Patient-e-s à risque avec chute	5 (10.2)	25 (18.1)	10 (18.5)	5 (23.8)	45 (17.2)
Prise en charge un pour un					
Patient-e-s à risque sans chute	29 (6.5)	48 (2.9)	14 (2.0)	0 (0.0)	91 (3.0)
Patient-e-s à risque avec chute	2 (4.1)	11 (8.0)	1 (1.9)	2 (9.5)	16 (6.1)
Lit de soins bas*					
Patient-e-s à risque sans chute	7 (1.6)	23 (1.4)	27 (3.9)	2 (0.8)	59 (1.9)
Patient-e-s à risque avec chute	0 (0.0)	10 (7.2)	2 (3.7)	0 (0.0)	12 (4.6)
Autre(s) intervention(s)					
Patient-e-s à risque sans chute	13 (2.9)	72 (4.4)	16 (2.3)	13 (5.2)	114 (3.8)
Patient-e-s à risque avec chute	2 (4.1)	8 (5.8)	1 (1.9)	2 (9.5)	13 (5.0)
Total patient-e-s à risque avec interventions					
Patient-e-s à risque sans chute	449 (100.0)	1638 (100.0)	701 (100.0)	249 (100.0)	3037 (100.0)
Patient-e-s à risque avec chute	49 (100.0)	138 (100.0)	54 (100.0)	21 (100.0)	262 (100.0)

* La catégorie de réponse « lit de soins bas » comprend également la réponse « soins sur un matelas au sol » ainsi que le « matelas à côté du lit ».

Figure 37 : 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

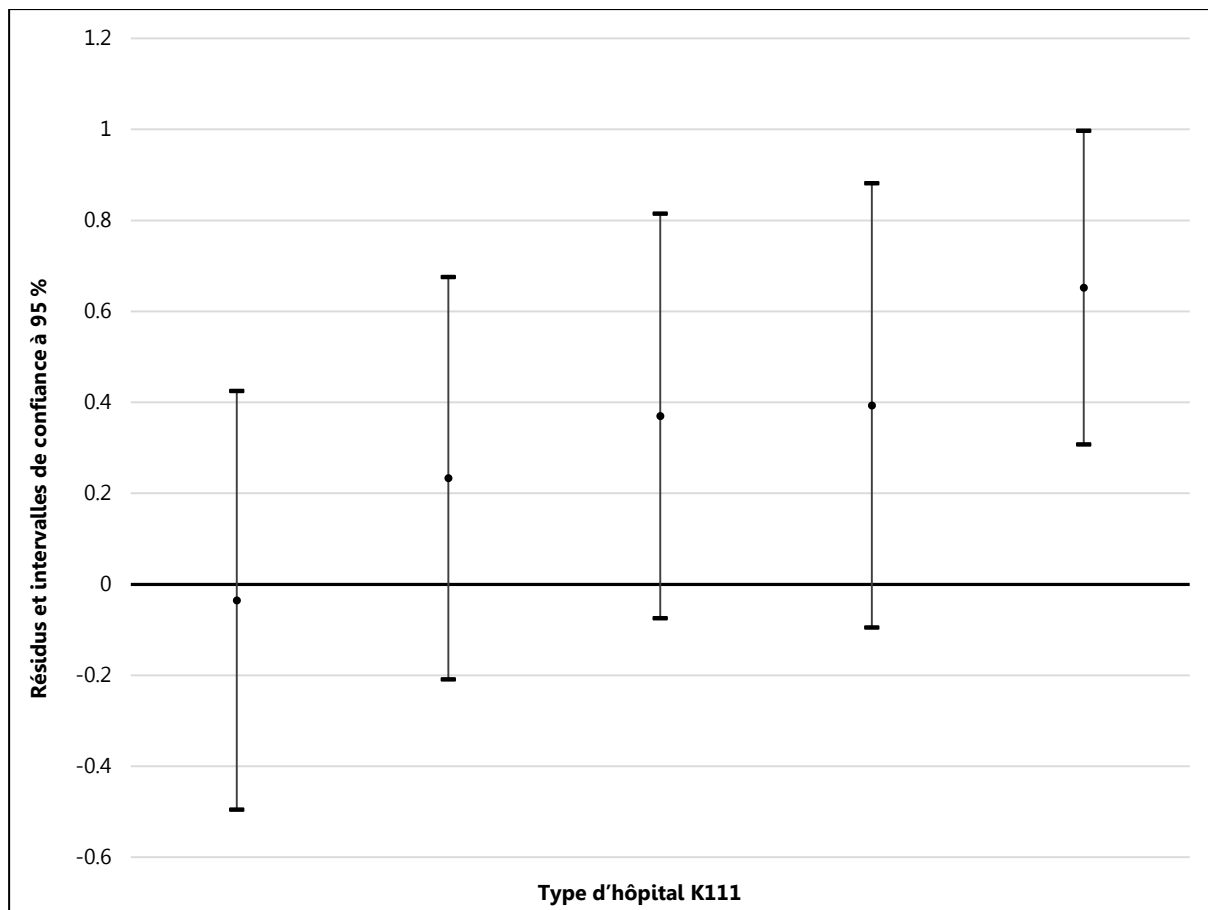


Figure 38 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur – type d'hôpital K112

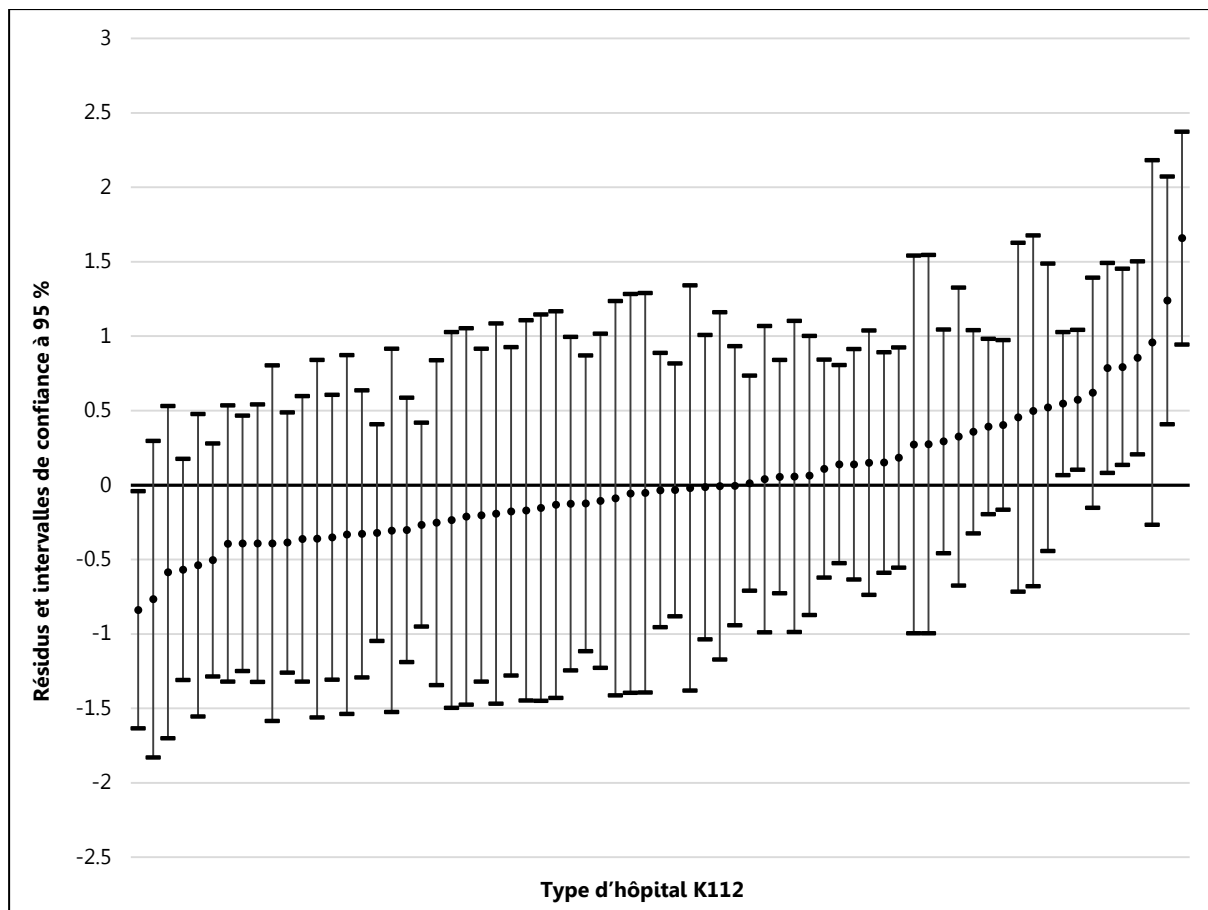


Figure 39 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur – type d'hôpital K121-K231

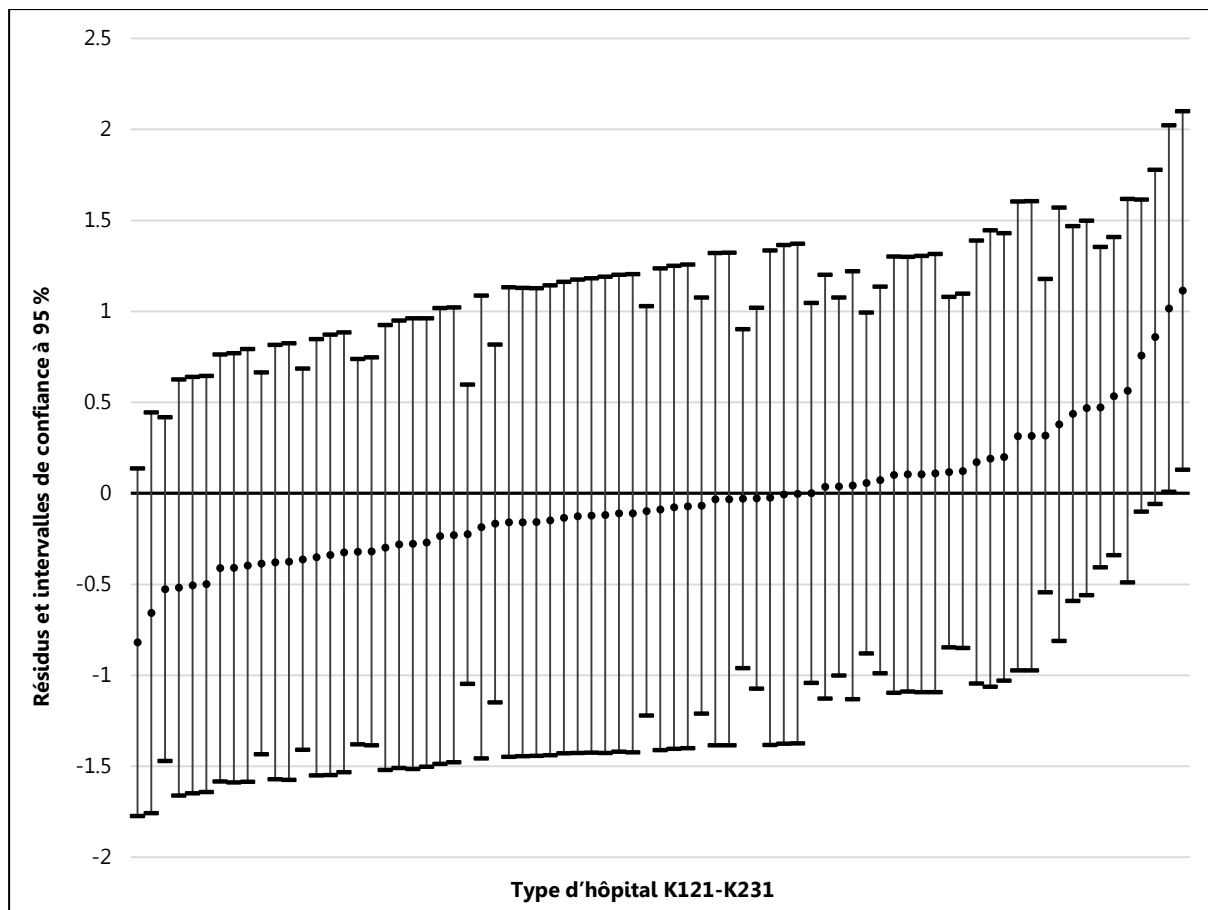


Figure 40 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur – type d'hôpital K221 & K231-K235

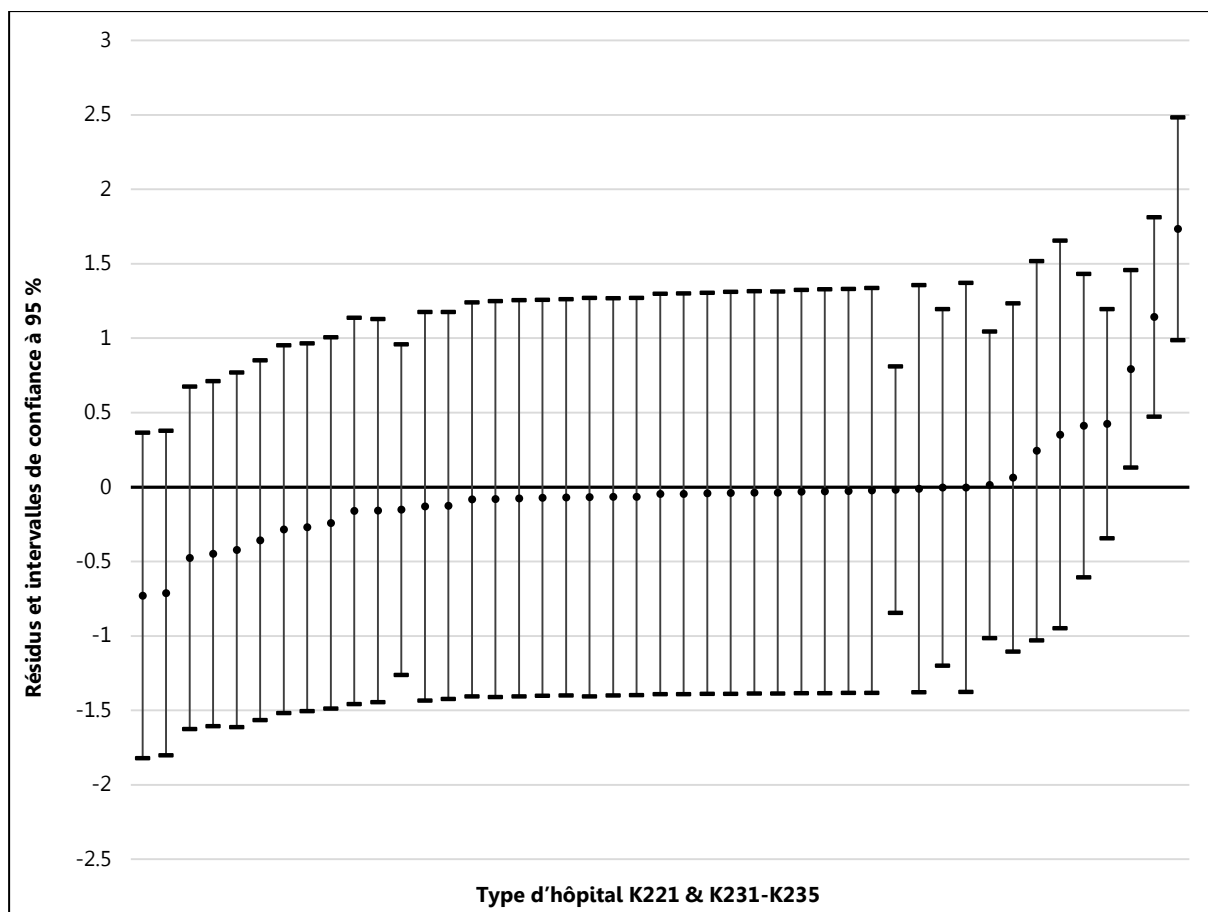


Figure 41 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur – type d'hôpital K111

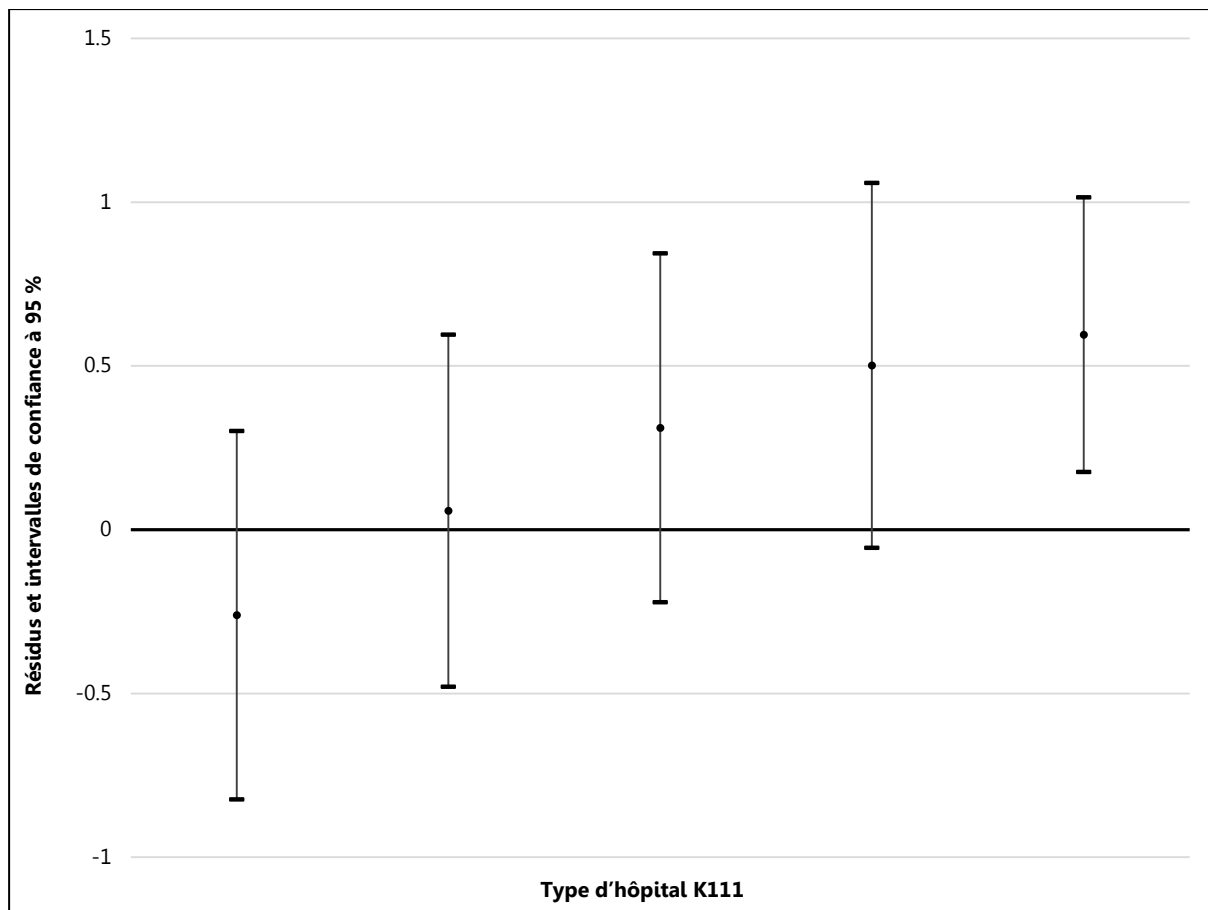


Figure 42 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur – type d'hôpital K112

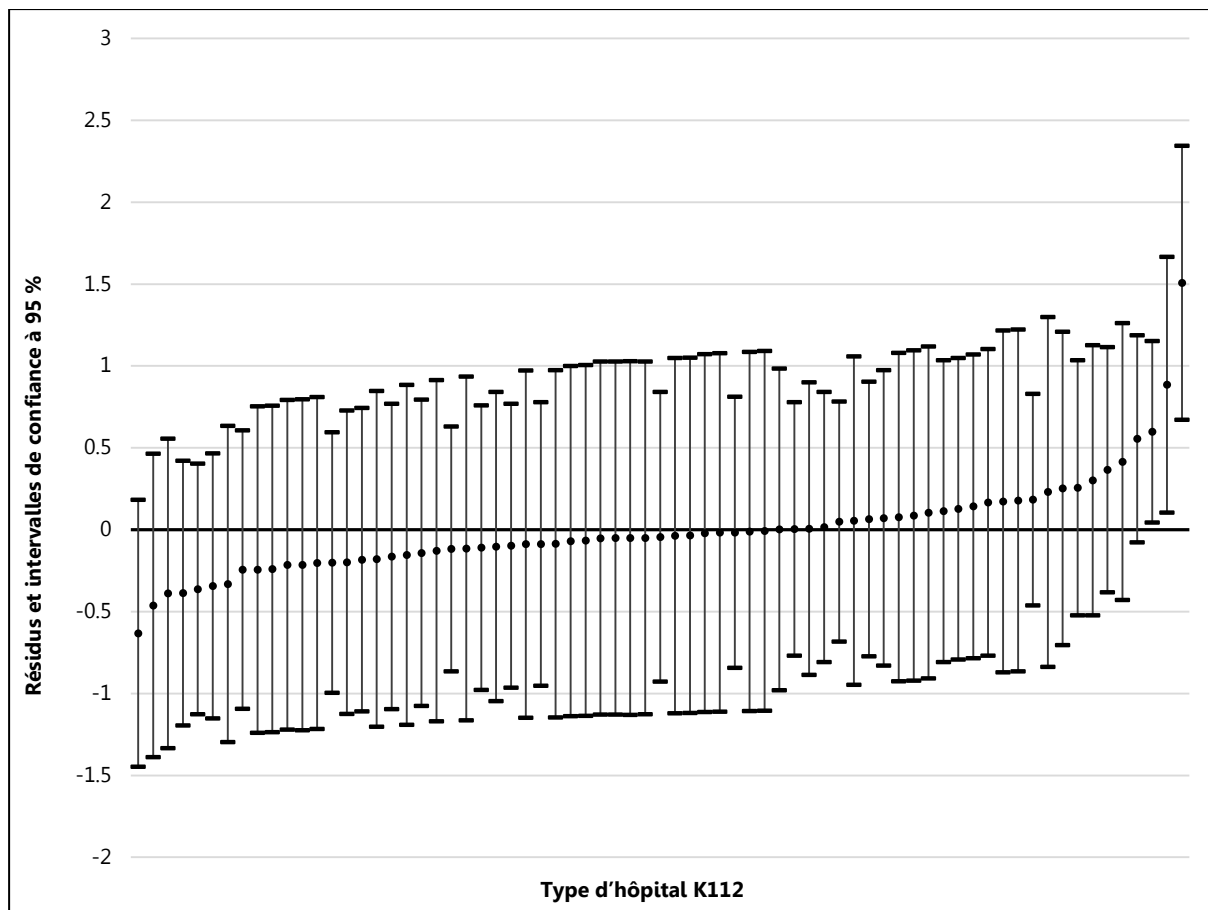


Figure 43 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieure – type d'hôpital K121-K231

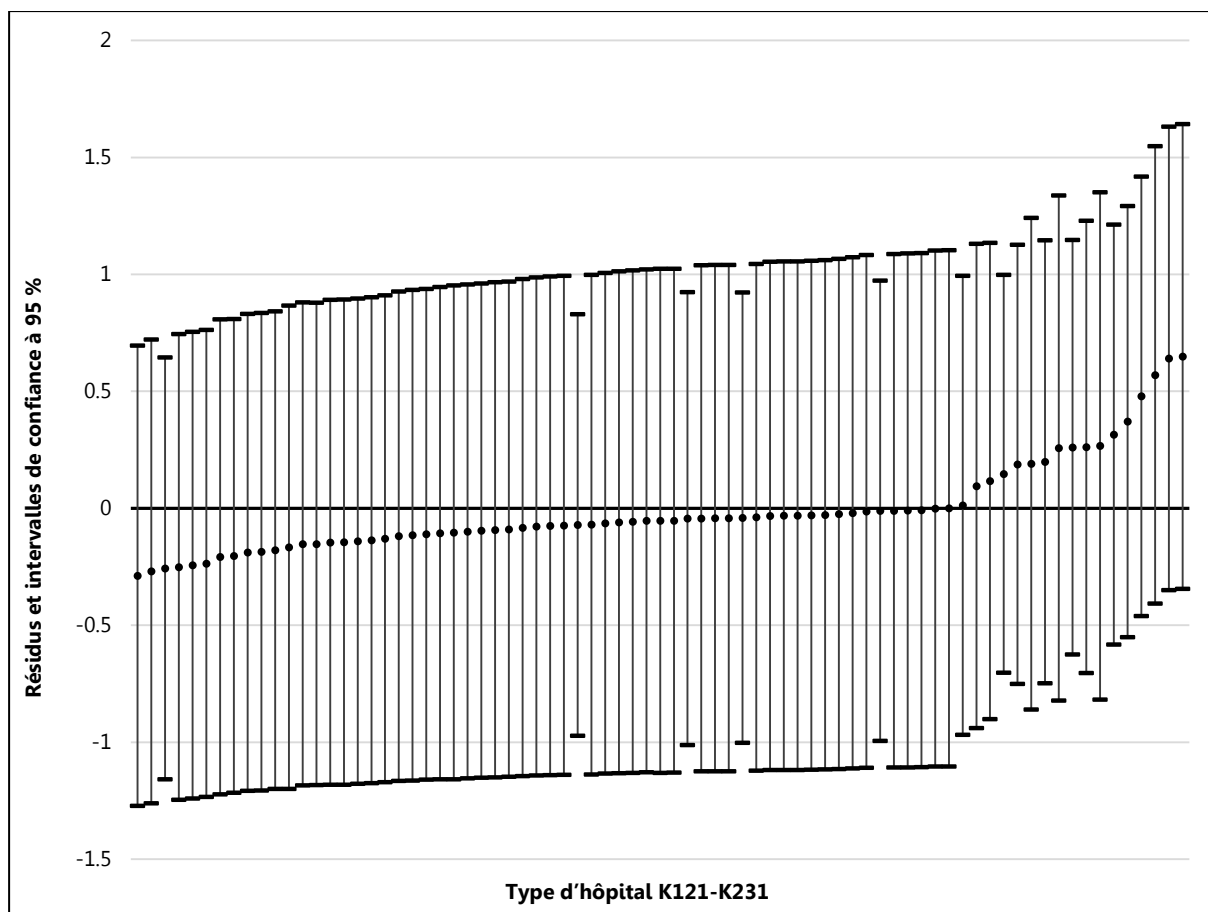


Figure 44 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur – type d'hôpital K221 & K231-K235

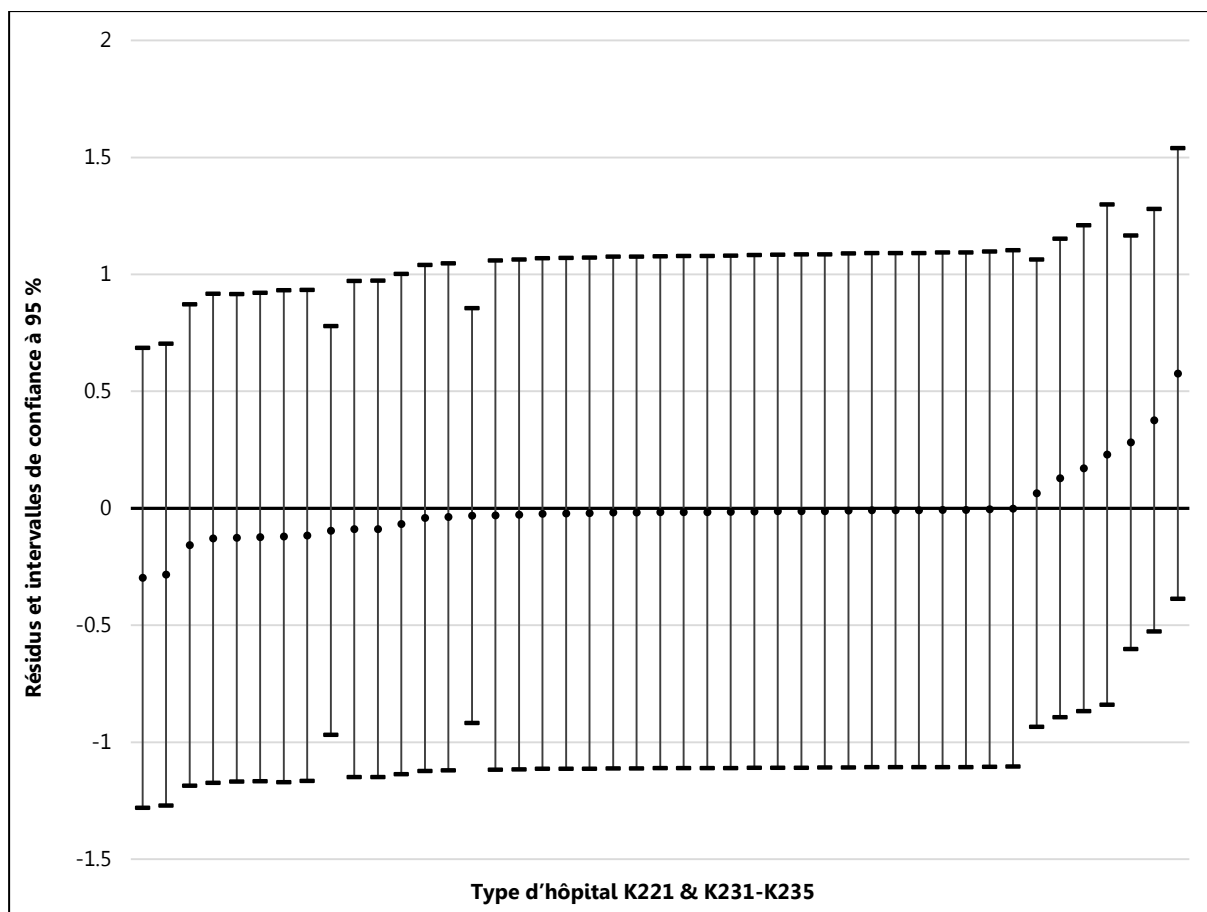


Figure 45 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital – type d'hôpital K111

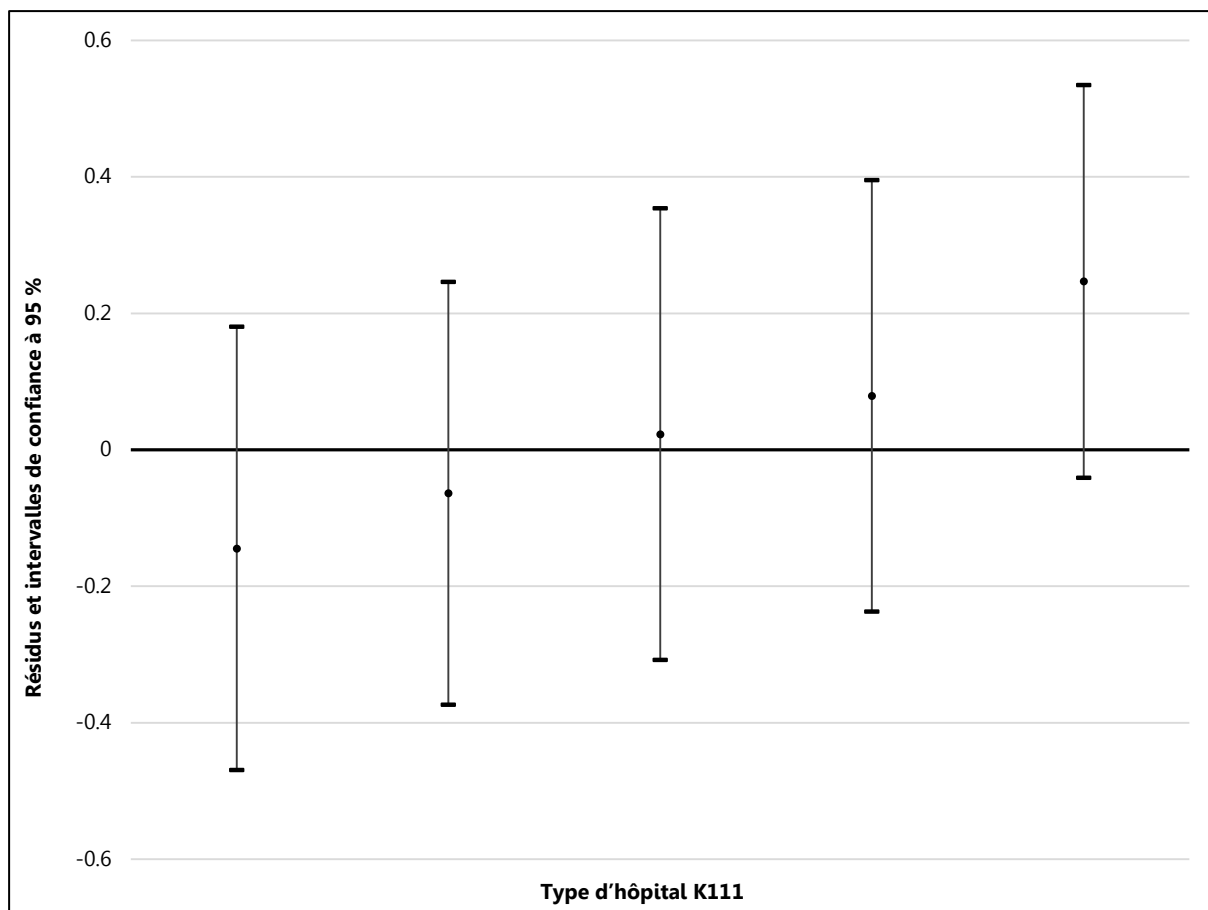


Figure 46 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital – type d'hôpital K112

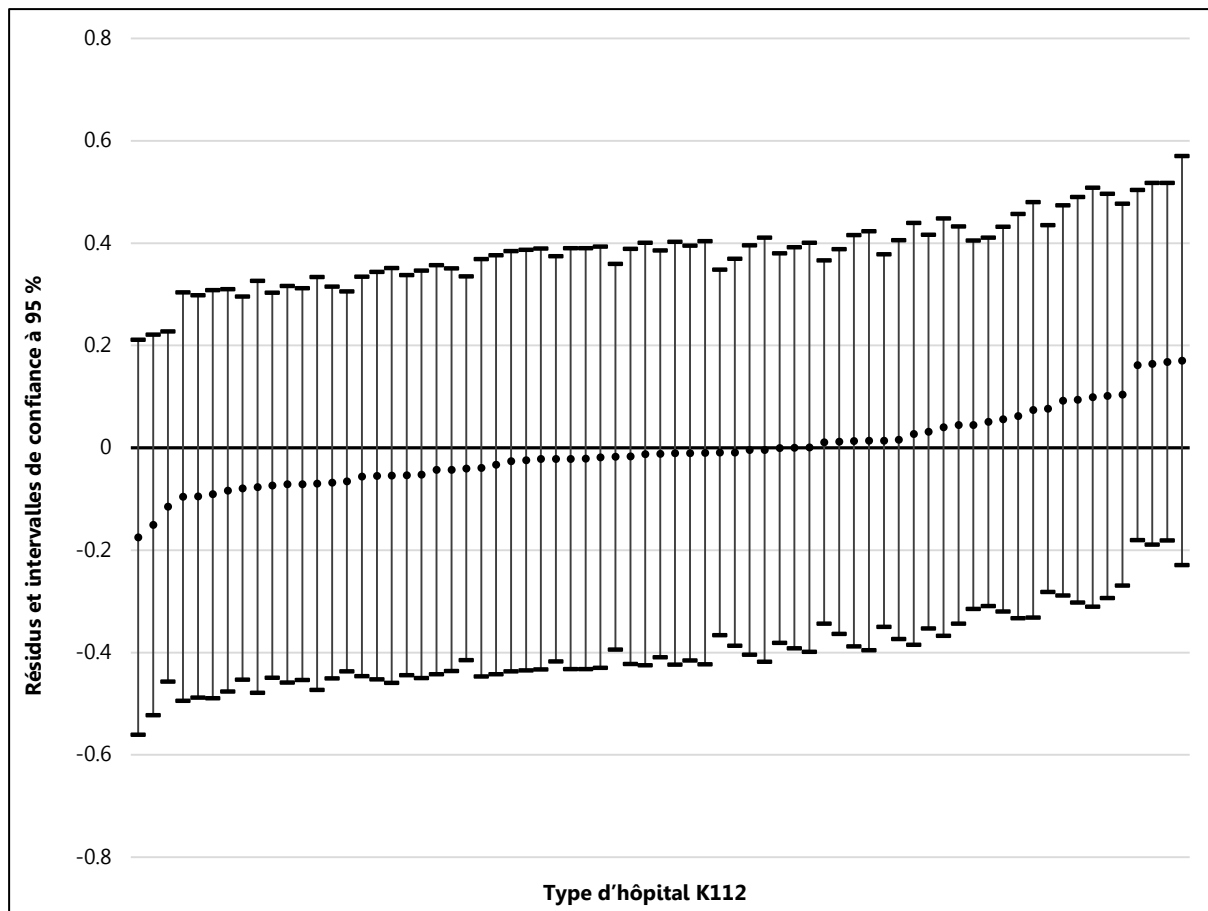


Figure 47 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital – type d'hôpital K121-K231

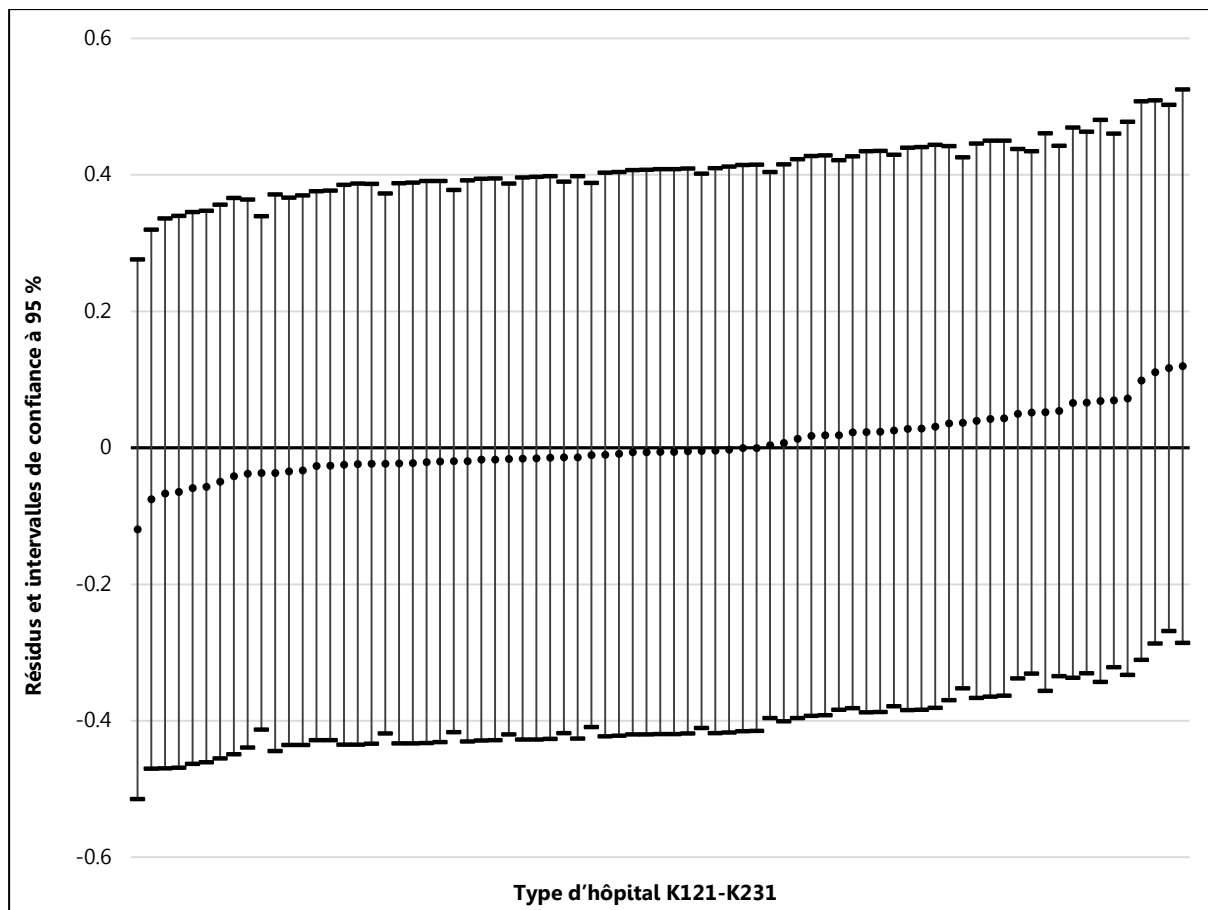


Figure 48 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital – type d'hôpital K221 & K231-K235

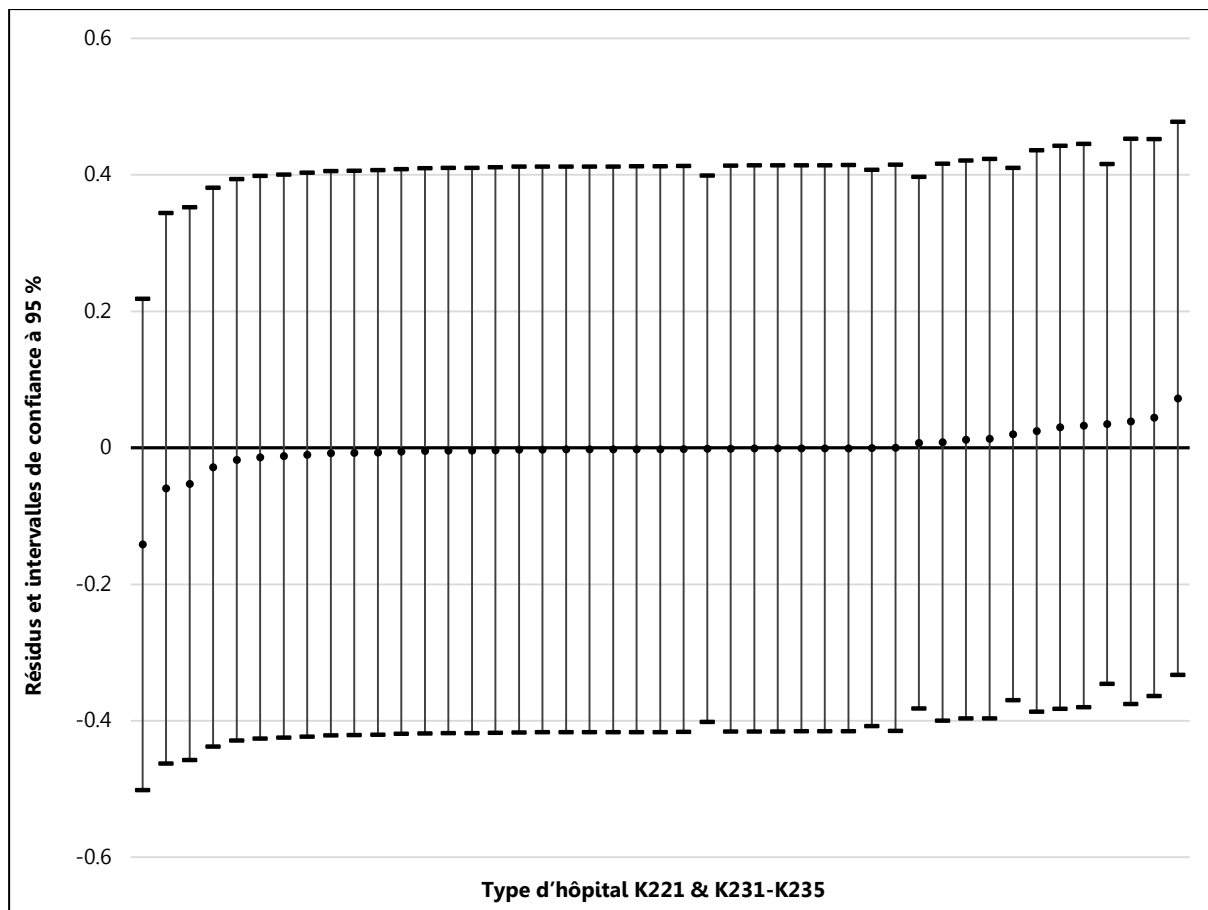


Tableau 27 : résultats de la littérature internationale portant sur les taux des chutes et taux de blessures consécutives aux chutes

Auteur/année/pays	Hôpital / Population	Méthode/source des données	Taux de chutes**	Taux des blessures consécutives aux chutes**
Hou et al. (2017), Taiwan	1 H N = 37 437 pat., 250 EC	Analyse rétrospective de rapports d'incidents sur trois ans 2011-2014	<u>0,6 %</u>	Aucune indication
Kobayashi et al. (2017), Japon	1 U N = 163 558 pat., 3 099 EC	Analyse rétrospective de la documentation sur 4 ans	<u>1,9 %</u>	Total : Aucune indication - Graves : <u>1,2 %</u>
Magota et al. (2017), Japon	1 H N = 3 037 pat., 516 EC	Analyse rétrospective de la documentation sur 4 ans	<u>17,0 %*</u>	Aucune indication
Hajduchova et al. (2016), Rép. tchèque	4 H N = 1 101 EC	Analyse rétrospective de rapports d'incidents	1 101 EC***	Total : <u>67 %*</u> - Minimales : <u>51,4 %</u> - Moyennes à graves : 10,6 % - Graves : <u>0,7 %</u> - Aucune indication : 4,3 %
Hester, Tsai, Rettiganti, and Mitchell (2016), États-Unis	1 U N = 1 369 EC	Analyse de corrélation des rapports d'incidents 1/2006-10/2013	1 369 EC***	Total : <u>27,8 %</u>
al Tehewy et al. (2015), Égypte	1 U N = 411 pat. méd., 50 EC	Étude d'observation longitudinale	<u>12,2 %</u>	Total : <u>24 %</u> - Moyennes : <u>18 %</u> - Graves : <u>6 %</u>
Anderson, Dolansky, Damato, and Jones (2015), États-Unis	1 H N = 1 438 EC	Analyse rétrospective de rapports d'incidents 2008-2010	1 438 EC***	Total : <u>41 %</u> - Moyennes/graves : 8 % - Minimales/aucune : <u>33 %*</u>
Morello et al. (2015), Australie	6 H, 12 unités N = 27 026, 998 pat. avec 1 330 EC	RCT (données groupe de contrôle)	<u>3,6 %</u>	Total : <u>31,4 %*</u>
Tzeng and Yin (2015), États-Unis	1 H	Analyse rétrospective protocole chutes sur 9 mois	107 EC***	Total : <u>23,4 %</u>
Aranda-Gallardo et al. (2014), Espagne	1 H N = 128 pat. avec EC	Analyse transversale des données de registres d'une année (2011)	<u>0,6 %</u>	Total : <u>33,1 %</u> - Minimales : <u>28,2 %</u> - Moyennes : <u>1,6 %</u> - Graves : <u>1,6 %</u>

Auteur/année/pays	Hôpital / Population	Méthode/source des données	Taux de chutes**	Taux des blessures consécutives aux chutes**
Prates et al. (2014), Brésil	1 H 185 EC	Étude rétrospective	185 EC	Total : <u>37,3 %</u> - Minimales : <u>30,8 %</u> * - Moyennes : <u>2,7 %</u> * - Graves : <u>3,8 %</u> *
Staggs et al. (2014), États-Unis	1 464 H unités chir., méd. et mixtes	Analyse rétrospective de rapports d'incidents 2011	166 883 EC***	Total : <u>37,8 %</u>* - Indéterminées : 18,9 %* - Minimales : <u>16,1 %</u> * - Moyennes : <u>1,7 %</u> * - Graves : <u>1,0 %</u> * (Base : 190 230 jeux de données utilisés)
Williams et al. (2014), États-Unis	40 U/H	Analyse rétrospective de la documentation 2010	25 510 EC***	Total : <u>24 %</u>* - Minimales : <u>21 %</u> - Moyennes : <u>2 %</u> - Graves : <u><1 %</u> Aucune indication pour 500 CE
Bouldin et al. (2013), États-Unis	1 263 H unités chir., méd. et mixtes	Rapports d'incidents National Database of Nursing Quality Indica- tors (NDNQI) sur 27 mois	345 800 EC***	Total : <u>26,1 %</u> - Minimales : <u>22,3 %</u> * - Moyennes : <u>2,6 %</u> * - Graves : <u>1,2 %</u> * - Inconnu : 0,03 %*
Menendez et al. (2013), Espagne	1 U N = 18 203 pat. en gériatrie, 967 EC	Étude rétrospective sur 5 ans	<u>5,3 %</u> *	Total : <u>35,7 %</u> - Minimales : <u>21,1 %</u> - Moyennes : <u>12,3 %</u> - Graves : <u>2,3 %</u>
Waters et al. (2013), États-Unis	1 U N = 80 312, 2 406 EC	Analyse rétrospective de la documentation sur 5 ans (2007-2011)	<u>2,4 %</u>	Total : <u>15,8 %</u> - Minimales/moyennes : 14,3 %* - Graves : <u>1,5 %</u> *

EC = événement de chute ; H = Hôpital ; U = hôpital universitaire ; Unité = unité de soins.

* *Calculs réalisés par la BFH à l'aide des données de l'article.*

** Valeurs soulignées : valeurs intégrées dans le texte dans la comparaison internationale.

*** Aucun taux de chute comparable indiqué ou données manquantes pour calculer la prévalence en %.

Tableau 28 : 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			Chutes		
	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
101	43 (27.7)	112 (72.3)	0.012	-0.711	0.735	0.365	-0.383	1.114	-0.073	-0.449	0.303
102	18 (20.9)	68 (79.1)	-0.499	-1.642	0.644	-0.180	-1.200	0.841	-0.057	-0.461	0.347
103	2 (5.1)	37 (94.9)	0.104	-1.089	1.298	-0.078	-1.142	0.986	-0.059	-0.464	0.345
104	2 (5.6)	34 (94.4)	-0.281	-1.511	0.949	-0.070	-1.138	0.998	0.025	-0.379	0.430
105	27 (29.0)	66 (71.0)	0.014	-1.017	1.044	0.064	-0.935	1.063	0.020	-0.370	0.410
106	128 (33.2)	257 (66.8)	-0.505	-1.287	0.278	-0.343	-1.152	0.465	0.014	-0.350	0.379
107	0 (0.0)	13 (100.0)	-0.284	-1.520	0.952	-0.089	-1.150	0.972	0.044	-0.364	0.452
108	9 (23.1)	30 (76.9)	0.411	-0.608	1.431	0.129	-0.894	1.151	-0.012	-0.425	0.400
109	15 (16.9)	74 (83.1)	-0.329	-1.293	0.635	-0.165	-1.097	0.767	-0.011	-0.409	0.386
110	25 (19.8)	101 (80.2)	0.620	-0.154	1.393	0.415	-0.431	1.260	0.102	-0.293	0.497
111	10 (25.0)	30 (75.0)	-0.107	-1.228	1.015	0.076	-0.927	1.079	0.099	-0.310	0.509
112	39 (32.5)	81 (67.5)	-0.819	-1.774	0.135	-0.257	-1.158	0.644	0.050	-0.338	0.438
113	8 (19.5)	33 (80.5)	-0.027	-1.074	1.020	-0.011	-0.995	0.972	-0.026	-0.429	0.377
114	24 (25.8)	69 (74.2)	-0.030	-0.961	0.902	0.314	-0.583	1.212	0.069	-0.322	0.460
115	35 (17.7)	163 (82.3)	0.139	-0.636	0.914	0.301	-0.524	1.125	0.077	-0.281	0.435
116	59 (23.7)	190 (76.3)	-0.267	-0.952	0.418	-0.118	-0.865	0.630	0.045	-0.315	0.405
117	60 (26.9)	163 (73.1)	0.139	-0.527	0.805	-0.388	-1.196	0.420	-0.079	-0.453	0.296
118	14 (25.0)	42 (75.0)	-0.352	-1.551	0.847	-0.090	-1.148	0.969	0.043	-0.364	0.450
119	5 (13.9)	31 (86.1)	0.110	-1.094	1.315	0.190	-0.861	1.241	0.023	-0.382	0.427
120	7 (12.7)	48 (87.3)	-0.177	-1.279	0.926	0.087	-0.922	1.095	-0.095	-0.494	0.304
121	20 (23.5)	65 (76.5)	-0.333	-1.537	0.872	-0.128	-1.170	0.913	-0.010	-0.415	0.395
122	10 (17.9)	46 (82.1)	-0.253	-1.344	0.838	-0.179	-1.205	0.846	-0.004	-0.404	0.396
123	8 (53.3)	7 (46.7)	-0.025	-1.383	1.334	-0.009	-1.108	1.089	-0.005	-0.419	0.409
124	26 (26.8)	71 (73.2)	0.063	-1.106	1.232	0.171	-0.867	1.210	0.008	-0.400	0.416
125	80 (21.6)	291 (78.4)	0.403	-0.167	0.973	0.554	-0.078	1.186	-0.009	-0.366	0.349
126	8 (7.8)	94 (92.2)	-0.351	-1.307	0.606	-0.142	-1.076	0.793	-0.083	-0.476	0.310
127	11 (13.1)	73 (86.9)	-0.123	-1.116	0.870	-0.240	-1.237	0.757	-0.094	-0.487	0.299
128	21 (11.8)	157 (88.2)	-0.392	-1.324	0.540	0.071	-0.830	0.973	-0.008	-0.386	0.370
129	21 (13.2)	138 (86.8)	-0.033	-0.882	0.816	0.006	-0.887	0.900	0.013	-0.363	0.388
130	15 (23.8)	48 (76.2)	0.325	-0.676	1.326	-0.204	-1.217	0.810	0.014	-0.388	0.416
131	39 (23.6)	126 (76.4)	-0.767	-1.830	0.296	-0.332	-1.298	0.634	0.000	-0.392	0.392
132	5 (7.2)	64 (92.8)	-0.449	-1.608	0.710	-0.158	-1.186	0.871	0.012	-0.397	0.421
133	1 (2.9)	34 (97.1)	0.001	-1.043	1.046	-0.188	-1.208	0.831	0.036	-0.353	0.426
134	3 (5.3)	54 (94.7)	-0.476	-1.627	0.674	-0.126	-1.168	0.915	-0.028	-0.438	0.381
135	45 (39.5)	69 (60.5)	-0.585	-1.701	0.531	-0.244	-1.241	0.753	-0.052	-0.450	0.347
136	3 (15.8)	16 (84.2)	0.275	-0.996	1.545	0.230	-0.838	1.298	-0.018	-0.430	0.393

H	Participation		Escarres catégorie 1 et supérieur			Escarres catégorie 2 et supérieur			Chutes		
	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
137	12 (16.7)	60 (83.3)	0.116	-0.848	1.080	-0.244	-1.241	0.754	-0.120	-0.515	0.276
138	183 (30.0)	427 (70.0)	0.370	-0.075	0.815	0.311	-0.222	0.843	0.079	-0.237	0.396
139	11 (19.3)	46 (80.7)	1.114	0.130	2.098	0.649	-0.345	1.642	0.040	-0.367	0.446
140	44 (21.8)	158 (78.2)	-0.393	-1.250	0.465	-0.088	-0.954	0.778	-0.017	-0.394	0.360
141	1 (5.9)	16 (94.1)	0.454	-0.718	1.626	0.172	-0.872	1.216	-0.021	-0.432	0.390
142	2 (15.4)	11 (84.6)	0.315	-0.974	1.604	0.257	-0.823	1.336	-0.009	-0.422	0.404
143	33 (36.3)	58 (63.7)	1.658	0.943	2.373	0.166	-0.770	1.103	0.045	-0.343	0.433
144	30 (21.7)	108 (78.3)	0.854	0.206	1.501	0.065	-0.774	0.903	0.093	-0.288	0.474
145	10 (22.7)	34 (77.3)	0.037	-1.002	1.076	0.262	-0.705	1.229	0.120	-0.286	0.525
146	39 (18.1)	176 (81.9)	-0.320	-1.049	0.408	0.004	-0.770	0.778	-0.150	-0.522	0.222
147	2 (7.1)	26 (92.9)	1.015	0.008	2.022	0.570	-0.408	1.547	-0.005	-0.411	0.401
148	34 (29.6)	81 (70.4)	-0.361	-1.320	0.598	-0.199	-1.125	0.728	-0.042	-0.436	0.351
149	35 (21.0)	132 (79.0)	0.151	-0.590	0.891	0.256	-0.523	1.034	0.051	-0.309	0.411
150	11 (12.5)	77 (87.5)	1.239	0.408	2.071	1.507	0.670	2.343	0.002	-0.398	0.401
151	17 (36.2)	30 (63.8)	-0.171	-1.449	1.107	-0.051	-1.128	1.027	0.014	-0.395	0.424
152	1 (2.5)	39 (97.5)	-0.325	-1.533	0.883	-0.096	-1.152	0.960	-0.023	-0.434	0.387
153	20 (32.3)	42 (67.7)	-0.229	-1.479	1.021	-0.075	-1.141	0.990	0.036	-0.370	0.442
154	16 (19.5)	66 (80.5)	-0.097	-1.222	1.028	0.116	-0.902	1.134	-0.035	-0.436	0.366
155	0 (0.0)	12 (100.0)	-0.088	-1.412	1.235	-0.020	-1.113	1.072	0.028	-0.385	0.440
156	7 (33.3)	14 (66.7)	-0.159	-1.445	1.127	-0.042	-1.124	1.040	-0.003	-0.418	0.411
157	0 (0.0)	6 (100.0)	-0.029	-1.385	1.327	-0.007	-1.107	1.093	-0.002	-0.417	0.412
158	7 (12.1)	51 (87.9)	-0.411	-1.584	0.762	-0.136	-1.175	0.902	-0.049	-0.455	0.356
159	185 (28.4)	466 (71.6)	0.233	-0.209	0.675	0.057	-0.480	0.595	-0.144	-0.469	0.181
160	41 (19.3)	171 (80.7)	0.109	-0.623	0.841	0.016	-0.810	0.841	-0.040	-0.415	0.335
161	83 (24.5)	256 (75.5)	-0.839	-1.636	-0.041	-0.633	-1.447	0.182	0.169	-0.181	0.518
162	34 (33.7)	67 (66.3)	0.035	-1.129	1.200	-0.111	-1.160	0.937	0.007	-0.401	0.415
163	1 (2.2)	44 (97.8)	0.200	-1.030	1.430	-0.054	-1.129	1.021	0.024	-0.388	0.435
164	4 (8.5)	43 (91.5)	-0.068	-1.211	1.075	-0.146	-1.183	0.891	0.072	-0.333	0.478
165	23 (26.4)	64 (73.6)	0.533	-0.340	1.407	0.198	-0.748	1.145	0.066	-0.337	0.469
166	5 (17.2)	24 (82.8)	-0.339	-1.549	0.871	-0.107	-1.159	0.945	0.042	-0.365	0.450
167	167 (33.9)	326 (66.1)	-0.568	-1.311	0.175	-0.363	-1.128	0.403	0.162	-0.180	0.504
168	17 (30.4)	39 (69.6)	-0.305	-1.526	0.915	-0.087	-1.147	0.974	-0.054	-0.459	0.352
169	8 (14.8)	46 (85.2)	-0.007	-1.172	1.159	0.178	-0.866	1.222	0.171	-0.229	0.571
170	75 (42.4)	102 (57.6)	-0.034	-0.956	0.887	0.127	-0.793	1.047	-0.053	-0.444	0.338
171	49 (21.0)	184 (79.0)	-0.394	-1.322	0.535	-0.390	-1.335	0.555	-0.071	-0.458	0.317
172	7 (53.8)	6 (46.2)	-0.021	-1.382	1.340	-0.008	-1.107	1.092	-0.004	-0.418	0.411
173	9 (12.7)	62 (87.3)	0.057	-0.988	1.102	-0.214	-1.225	0.796	-0.043	-0.442	0.357

H	Participation		Escarres catégorie 1 et supérieur			Escarres catégorie 2 et supérieur			Chutes		
	Nr.	Non n (%)	Oui n (%)	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieur de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieur de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC
174	12 (29.3)	29 (70.7)	-0.126	-1.245	0.994	0.104	-0.910	1.118	-0.076	-0.479	0.326
175	1 (16.7)	5 (83.3)	-0.153	-1.450	1.145	-0.052	-1.130	1.027	-0.026	-0.437	0.385
176	0 (0.0)	7 (100.0)	-0.043	-1.390	1.305	-0.012	-1.109	1.085	-0.002	-0.416	0.413
177	13 (11.0)	105 (89.0)	-0.225	-1.048	0.597	0.147	-0.703	0.997	-0.037	-0.413	0.339
178	16 (22.9)	54 (77.1)	0.123	-0.851	1.097	-0.289	-1.272	0.695	0.066	-0.331	0.463
179	7 (20.0)	28 (80.0)	0.105	-1.094	1.304	-0.083	-1.146	0.980	-0.019	-0.431	0.392
180	10 (52.6)	9 (47.4)	0.314	-0.974	1.603	0.266	-0.818	1.350	-0.010	-0.423	0.403
181	48 (24.6)	147 (75.4)	0.793	0.133	1.453	-0.463	-1.390	0.463	-0.065	-0.436	0.306
182	88 (28.9)	217 (71.1)	0.572	0.103	1.041	0.598	0.044	1.151	-0.115	-0.457	0.228
183	1 (12.5)	7 (87.5)	-0.089	-1.413	1.234	-0.022	-1.114	1.070	-0.021	-0.432	0.390
184	9 (13.8)	56 (86.2)	0.063	-0.874	1.000	0.142	-0.785	1.069	-0.054	-0.452	0.344
185	12 (33.3)	24 (66.7)	-0.361	-1.562	0.840	-0.115	-1.164	0.935	-0.033	-0.442	0.377
186	5 (21.7)	18 (78.3)	0.497	-0.681	1.676	-0.088	-1.149	0.972	-0.039	-0.446	0.369
187	17 (15.3)	94 (84.7)	0.292	-0.459	1.044	-0.098	-0.965	0.769	-0.174	-0.560	0.212
188	24 (18.2)	18 (81.8)	-0.387	-1.260	0.487	-0.110	-0.980	0.759	-0.055	-0.446	0.335
189	22 (12.7)	151 (87.3)	0.183	-0.556	0.923	-0.017	-0.845	0.811	-0.068	-0.451	0.315
190	10 (16.4)	51 (83.6)	-0.363	-1.410	0.685	0.012	-0.969	0.993	-0.064	-0.469	0.340
191	11 (57.9)	8 (42.1)	-0.110	-1.424	1.204	-0.032	-1.119	1.055	-0.015	-0.428	0.397
192	50 (35.7)	90 (64.3)	-0.015	-1.038	1.008	-0.215	-1.222	0.792	-0.021	-0.417	0.375
193	9 (64.3)	5 (35.7)	-0.032	-1.386	1.322	-0.014	-1.110	1.082	-0.021	-0.433	0.391
194	19 (44.2)	24 (55.8)	-0.149	-1.440	1.142	-0.042	-1.124	1.039	-0.042	-0.449	0.366
195	21 (20.6)	81 (79.4)	-0.386	-1.434	0.663	-0.236	-1.234	0.762	-0.016	-0.420	0.387
196	4 (22.2)	14 (77.8)	-0.161	-1.459	1.137	-0.030	-1.118	1.058	-0.007	-0.421	0.407
197	5 (29.4)	12 (70.6)	-0.159	-1.449	1.131	-0.053	-1.131	1.024	-0.014	-0.427	0.398
198	17 (30.4)	39 (69.6)	0.072	-0.990	1.135	-0.208	-1.223	0.807	-0.038	-0.440	0.364
199	24 (28.6)	60 (71.4)	0.859	-0.059	1.777	-0.153	-1.183	0.878	0.052	-0.356	0.461
200	17 (63.0)	10 (37.0)	-0.057	-1.397	1.282	-0.011	-1.109	1.086	-0.012	-0.425	0.401
201	4 (16.7)	20 (83.3)	-0.123	-1.425	1.180	-0.030	-1.118	1.057	0.023	-0.388	0.435
202	30 (27.3)	80 (72.7)	-0.005	-0.943	0.933	-0.103	-1.047	0.840	-0.090	-0.489	0.309
203	16 (30.8)	36 (69.2)	1.734	0.985	2.483	0.576	-0.388	1.539	0.025	-0.387	0.436
204	4 (30.8)	9 (69.2)	-0.033	-1.386	1.320	-0.008	-1.107	1.091	-0.004	-0.418	0.410
205	17 (24.3)	53 (75.7)	0.424	-0.345	1.194	0.281	-0.602	1.165	0.035	-0.346	0.416
206	22 (27.2)	59 (72.8)	-0.321	-1.381	0.738	-0.044	-1.012	0.924	0.004	-0.396	0.404
207	22 (35.5)	40 (64.5)	0.101	-1.097	1.300	-0.074	-1.140	0.993	0.017	-0.393	0.427
208	4 (14.3)	24 (85.7)	-0.270	-1.505	0.964	-0.089	-1.149	0.971	-0.014	-0.426	0.398
209	23 (21.1)	86 (78.9)	0.056	-0.880	0.993	0.188	-0.751	1.126	-0.075	-0.470	0.319
210	19 (30.2)	44 (69.8)	-0.505	-1.649	0.639	-0.186	-1.206	0.834	-0.014	-0.418	0.390

H	Participation		Escarres catégorie 1 et supérieur			Escarres catégorie 2 et supérieur			Chutes		
	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
211	0 (0.0)	1 (100.0)	-0.003	-1.376	1.370	-0.001	-1.104	1.102	0.000	-0.415	0.415
212	8 (26.7)	22 (73.3)	-0.158	-1.444	1.127	-0.058	-1.132	1.017	0.031	-0.381	0.444
213	5 (10.2)	44 (89.8)	0.043	-1.132	1.219	-0.120	-1.166	0.926	-0.025	-0.435	0.385
214	1 (6.7)	14 (93.3)	-0.298	-1.521	0.925	-0.115	-1.164	0.934	-0.006	-0.420	0.408
215	13 (28.9)	32 (71.1)	-0.235	-1.488	1.017	-0.060	-1.133	1.013	-0.016	-0.428	0.396
216	24 (35.3)	44 (64.7)	0.469	-0.560	1.498	-0.153	-1.185	0.879	0.019	-0.384	0.421
217	12 (42.9)	16 (57.1)	0.273	-0.995	1.541	-0.036	-1.120	1.049	-0.010	-0.423	0.403
218	9 (16.7)	45 (83.3)	-0.018	-0.846	0.810	-0.031	-0.918	0.855	0.007	-0.382	0.397
219	4 (22.2)	14 (77.8)	-0.159	-1.445	1.128	-0.042	-1.124	1.039	-0.022	-0.433	0.389
220	24 (38.7)	38 (61.3)	0.437	-0.593	1.468	-0.131	-1.172	0.910	-0.033	-0.436	0.370
221	2 (13.3)	13 (86.7)	-0.078	-1.405	1.250	-0.011	-1.108	1.086	-0.006	-0.420	0.408
222	66 (34.6)	125 (65.4)	0.357	-0.326	1.041	-0.201	-0.996	0.594	0.056	-0.320	0.432
223	21 (53.8)	18 (46.2)	-0.193	-1.469	1.084	-0.066	-1.138	1.005	-0.021	-0.432	0.391
224	1 (5.0)	19 (95.0)	-0.204	-1.322	0.915	0.054	-0.948	1.057	-0.069	-0.472	0.334
225	13 (23.2)	43 (76.8)	-0.358	-1.566	0.850	-0.116	-1.166	0.933	-0.018	-0.429	0.394
226	0 (0.0)	16 (100.0)	-0.052	-1.393	1.290	-0.018	-1.111	1.076	-0.009	-0.422	0.404
227	103 (16.8)	510 (83.2)	0.652	0.307	0.996	0.595	0.176	1.014	0.247	-0.041	0.535
228	19 (24.1)	60 (75.9)	-0.519	-1.662	0.625	-0.204	-1.216	0.809	-0.011	-0.410	0.388
229	116 (16.7)	557 (83.3)	-0.036	-0.496	0.425	-0.261	-0.824	0.301	-0.063	-0.373	0.246
230	9 (29.0)	22 (71.0)	-0.212	-1.475	1.052	-0.070	-1.139	1.000	-0.016	-0.422	0.389
231	24 (22.9)	81 (77.1)	0.793	0.129	1.456	-0.095	-0.969	0.778	-0.142	-0.502	0.218
232	77 (31.4)	168 (68.6)	0.039	-0.989	1.067	0.252	-0.705	1.208	0.062	-0.333	0.457
233	14 (43.8)	18 (56.3)	-0.126	-1.427	1.174	-0.028	-1.117	1.060	0.018	-0.392	0.429
234	83 (28.3)	210 (71.7)	0.547	0.066	1.027	0.183	-0.463	0.829	0.012	-0.344	0.367
235	0 (0.0)	11 (100.0)	-0.278	-1.516	0.960	-0.104	-1.159	0.952	0.028	-0.384	0.440
236	1 (14.3)	6 (85.7)	-0.081	-1.410	1.247	-0.015	-1.111	1.080	-0.002	-0.417	0.412
237	2 (22.2)	7 (77.8)	-0.075	-1.406	1.255	-0.016	-1.111	1.079	-0.002	-0.417	0.412
238	43 (33.9)	84 (66.1)	-0.540	-1.556	0.476	-0.184	-1.111	0.743	0.017	-0.373	0.406
239	6 (42.9)	8 (57.1)	-0.236	-1.498	1.026	-0.052	-1.129	1.026	-0.024	-0.434	0.387
240	12 (41.4)	17 (58.6)	-0.392	-1.586	0.802	-0.155	-1.192	0.883	0.074	-0.331	0.480
241	26 (21.0)	98 (79.0)	0.150	-0.738	1.037	0.113	-0.809	1.034	0.032	-0.353	0.417
242	5 (4.5)	106 (95.5)	0.056	-0.729	0.840	-0.245	-1.095	0.606	0.104	-0.269	0.477
243	0 (0.0)	2 (100.0)	-0.007	-1.377	1.364	-0.002	-1.104	1.101	0.000	-0.415	0.415
244	19 (20.2)	75 (79.8)	0.317	-0.544	1.178	0.260	-0.626	1.146	0.054	-0.335	0.442
245	0 (0.0)	12 (100.0)	-0.066	-1.400	1.268	-0.018	-1.112	1.076	-0.004	-0.418	0.410
246	30 (28.0)	77 (72.0)	-0.167	-1.151	0.816	-0.040	-1.003	0.922	-0.023	-0.419	0.372
247	0 (0.0)	9 (100.0)	-0.119	-1.427	1.189	-0.044	-1.125	1.038	-0.003	-0.417	0.412

H	Participation		Escarres catégorie 1 et supérieur			Escarres catégorie 2 et supérieur			Chutes		
	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
248	2 (5.6)	34 (94.4)	-0.376	-1.576	0.824	-0.145	-1.183	0.892	-0.037	-0.445	0.371
249	44 (44.0)	56 (56.0)	0.521	-0.444	1.486	0.002	-0.981	0.984	0.094	-0.302	0.490
250	0 (0.0)	1 (100.0)	-0.002	-1.376	1.371	-0.001	-1.104	1.102	0.000	-0.415	0.415
251	8 (40.0)	12 (60.0)	-0.423	-1.613	0.768	-0.128	-1.174	0.917	0.000	-0.408	0.407
252	12 (12.2)	86 (87.8)	-0.527	-1.472	0.418	-0.071	-0.972	0.829	0.052	-0.331	0.434
253	15 (23.1)	50 (76.9)	-0.271	-1.503	0.962	-0.099	-1.154	0.956	-0.024	-0.434	0.387
254	9 (28.1)	23 (71.9)	-0.065	-1.398	1.269	-0.017	-1.111	1.077	0.032	-0.381	0.445
255	140 (24.0)	443 (76.0)	0.393	-0.095	0.881	0.502	-0.055	1.058	0.023	-0.308	0.354
256	0 (0.0)	6 (100.0)	-0.023	-1.383	1.336	-0.007	-1.106	1.093	-0.001	-0.416	0.414
257	1 (16.7)	5 (83.3)	-0.028	-1.384	1.329	-0.009	-1.107	1.090	-0.001	-0.416	0.414
258	21 (15.6)	114 (84.4)	-0.302	-1.189	0.586	-0.044	-0.929	0.840	-0.071	-0.453	0.312
259	3 (33.3)	6 (66.7)	-0.037	-1.388	1.314	-0.013	-1.109	1.084	-0.001	-0.416	0.414
260	9 (12.2)	65 (87.8)	0.756	-0.101	1.613	0.479	-0.460	1.418	-0.027	-0.429	0.376
261	29 (22.7)	99 (77.3)	-0.320	-1.386	0.747	-0.270	-1.261	0.721	0.117	-0.268	0.502
*262											
263	48 (46.6)	55 (53.4)	-0.712	-1.802	0.377	-0.298	-1.280	0.685	-0.053	-0.458	0.353
264	0 (0.0)	12 (100.0)	-0.072	-1.402	1.257	-0.021	-1.113	1.071	-0.003	-0.417	0.412
265	0 (0.0)	10 (100.0)	-0.186	-1.458	1.086	-0.033	-1.119	1.054	0.069	-0.343	0.480
266	2 (10.5)	17 (89.5)	-0.132	-1.431	1.167	-0.037	-1.121	1.048	0.041	-0.367	0.449
267	31 (33.3)	62 (66.7)	0.472	-0.408	1.353	0.370	-0.551	1.291	-0.020	-0.417	0.378
268	5 (25.0)	15 (75.0)	0.352	-0.950	1.655	-0.022	-1.113	1.070	-0.006	-0.419	0.408
269	35 (20.6)	135 (79.4)	1.142	0.472	1.812	0.376	-0.526	1.279	-0.060	-0.463	0.344
270	0 (0.0)	6 (100.0)	-0.031	-1.386	1.324	-0.008	-1.107	1.090	-0.001	-0.416	0.413
271	8 (30.8)	18 (69.2)	-0.379	-1.573	0.815	-0.093	-1.151	0.965	0.013	-0.396	0.423
272	20 (35.7)	36 (64.3)	-0.397	-1.585	0.792	-0.167	-1.200	0.866	0.111	-0.287	0.509
273	2 (6.1)	31 (93.9)	0.564	-0.491	1.618	0.640	-0.351	1.630	0.098	-0.311	0.508
274	3 (37.5)	5 (62.5)	-0.012	-1.379	1.355	-0.004	-1.105	1.097	-0.002	-0.417	0.412
275	0 (0.0)	7 (100.0)	0.191	-1.063	1.444	-0.054	-1.131	1.023	-0.024	-0.435	0.387
276	51 (31.7)	110 (68.3)	0.787	0.081	1.492	0.885	0.105	1.666	0.000	-0.381	0.380
277	2 (12.5)	14 (87.5)	-0.242	-1.489	1.005	-0.068	-1.137	1.001	-0.004	-0.418	0.410
278	6 (15.8)	32 (84.2)	-0.134	-1.430	1.161	-0.039	-1.122	1.044	-0.020	-0.431	0.391
279	0 (0.0)	30 (100.0)	0.379	-0.812	1.570	0.094	-0.941	1.129	-0.017	-0.429	0.394
280	47 (64.4)	26 (35.6)	-0.152	-1.262	0.959	-0.123	-1.167	0.921	-0.001	-0.402	0.399
281	2 (22.2)	7 (77.8)	-0.004	-1.201	1.193	-0.120	-1.171	0.932	0.013	-0.397	0.423
282	5 (22.7)	17 (77.3)	-0.084	-1.407	1.239	-0.023	-1.114	1.068	-0.005	-0.419	0.410
283	0 (0.0)	3 (100.0)	-0.068	-1.406	1.270	-0.018	-1.112	1.076	-0.008	-0.421	0.406
284	19 (26.8)	52 (73.2)	0.171	-1.045	1.388	-0.065	-1.135	1.005	-0.014	-0.426	0.398

H	Participation		Escarres catégorie 1 et supérieur			Escarres catégorie 2 et supérieur			Chutes		
	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
285	1 (7.7)	12 (92.3)	-0.071	-1.402	1.261	-0.016	-1.111	1.079	-0.010	-0.423	0.403
286	0 (0.0)	13 (100.0)	-0.130	-1.435	1.176	-0.027	-1.116	1.062	0.038	-0.376	0.453
*287											
288	19 (47.5)	21 (52.5)	-0.072	-1.401	1.257	-0.024	-1.115	1.066	-0.007	-0.420	0.407
289	31 (54.4)	26 (45.6)	-0.410	-1.589	0.770	-0.141	-1.178	0.896	-0.017	-0.429	0.394
290	5 (33.3)	10 (66.7)	-0.111	-1.421	1.200	-0.032	-1.119	1.055	-0.007	-0.420	0.407
291	13 (68.4)	6 (31.6)	0.244	-1.030	1.518	0.229	-0.840	1.299	0.030	-0.383	0.443
292	1 (14.3)	6 (85.7)	-0.046	-1.393	1.300	-0.012	-1.109	1.084	-0.001	-0.416	0.414
293	4 (25.0)	12 (75.0)	-0.047	-1.391	1.298	-0.010	-1.108	1.088	-0.003	-0.417	0.412
294	0 (0.0)	6 (100.0)	-0.039	-1.390	1.311	-0.014	-1.110	1.082	-0.001	-0.416	0.414
295	13 (22.8)	44 (77.2)	-0.657	-1.759	0.444	-0.252	-1.247	0.744	-0.067	-0.470	0.336
296	3 (18.8)	13 (81.3)	-0.729	-1.822	0.364	-0.284	-1.271	0.704	0.072	-0.333	0.478
297	0 (0.0)	9 (100.0)	-0.037	-1.388	1.314	-0.008	-1.107	1.090	-0.002	-0.417	0.412
298	45 (19.3)	188 (80.7)	0.392	-0.198	0.981	0.048	-0.685	0.781	0.164	-0.189	0.518
299	2 (28.6)	5 (71.4)	0.957	-0.268	2.182	-0.052	-1.131	1.028	0.028	-0.385	0.440
300	1 (3.8)	25 (96.2)	-0.125	-1.425	1.174	-0.037	-1.121	1.047	-0.008	-0.421	0.405

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

* Aucune donnée pour deux hôpitaux, car aucun-e patient-e hospitalisé-e au moment de la mesure.

** Résidus et limites des intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur (données provenant des figures 21 et 37 – 40) ; 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 22 et 41 – 44) ; résidus et limites des intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital (données provenant des figures 34 et 45 – 48).

Mentions légales

Titre	Chutes et escarres Médecine somatique aiguë adultes Rapport comparatif national mesure 2017
Année	Août 2018
Auteurs	Niklaus Bernet, MScN, collaborateur scientifique Ra&D Soins, suppléant pour la conduite du projet Silvia Thomann, MScN, collaboratrice scientifique Ra&D Soins Dr phil. habil. Dirk Richter, enseignant Ra&D Soins Antonia Baumgartner, B.A., assistante de recherche Ra&D Soins Margarithe Schlunegger, BScN, assistante de recherche Ra&D Soins Jonas Büchi, assistant de recherche Ra&D Ditjola Naço, assistante de recherche Ra&D Christa Vangelooven, MNS, collaboratrice scientifique, responsable de projet, recherche appliquée et développement/prestations de services (Ra&D) Soins, T. 031 848 45 33, christa.vangelooven@bfh.ch
Groupe de projet BFH	Prof. Dr. 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 Dr. Reto Bürgin, PhD, collaborateur scientifique Ra&D Soins Silvia Thomann, MScN, collaboratrice scientifique Ra&D Soins Karin Thomas, MScN, collaboratrice scientifique Ra&D Soins Margarithe Schlunegger, BScN, assistante de recherche Ra&D Soins Antonia Baumgartner, B.A., assistante de recherche Ra&D Soins Jonas Büchi, assistant de recherche Ra&D Soins Seraina Berni, assistante auxiliaire de recherche Ra&D Ditjola Naço, assistante de recherche Ra&D
Revue littéraire	Alice Fischer, étudiante BScN Jasmin Marbet, étudiante BScN Recherche sur les taux de chutes, taux de blessures et conséquences des chutes dans le cadre de la rédaction du mémoire de Bachelor

Groupe de projet Haute école de santé Fribourg	Dr François Mooser, professeur / Hochschule für Gesundheit Freiburg / Haute école de santé Fribourg Stefanie Senn, MScN, professeure / Hochschule für Gesundheit Freiburg / Haute école de santé Fribourg
Groupe de projet SUPSI	Dr Stefan Kunz, enseignant-chercheur Nunzio de Bitonti, enseignant-chercheur Dr Maria Caiata Zufferey, responsable recherche Santé, DEASS Prof. Dr. Christine Butti, responsable recherche appliquée, 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 prévalence	Franziska Berger, directrice des soins, Spital Bülach Anna Bernhard, resp. du développement des soins, Stadtspital Triemli Florence Carrea Bassin, direction des soins, CHUV Lausanne Els De Waele, coordinatrice de la qualité des soins et de la sécurité des patients, Hôpital du Valais Heidi Friedli-Wüthrich, resp. du développement des soins, Spital Emmental AG Dieter Gralher, resp. 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, Établissements 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 de l'ANQ Weltpoststrasse 5 / 3015 Bern Tél. +41 31 511 38 40, info@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, Département Santé Recherche appliquée et développement Soins infirmiers Murtenstrasse 10, 3008 Berne Tél. : 031 848 37 60, forschung.gesundheit@bfh.ch, www.gesundheit.bfh.ch
Validation	Ce rapport national comparatif 2017 a été validé par le comité de l'ANQ le 10.08.2018