



Chutes et escarres

Médecine somatique aiguë adultes

Rapport comparatif national

Mesure 2018

Août 2019 / version 1.0

Tables des matières

Résumé	4
Taux de prévalence des escarres	5
Ajustement au risque.....	5
Indicateurs de processus et de structure	6
Taux des chutes à l'hôpital.....	6
Ajustement au risque.....	6
Indicateurs de processus et de structure	7
Participation à la mesure.....	7
Indicateurs de qualité sensibles des soins et développement de la qualité.....	7
Recommandations quant à la méthodologie.....	8
Recommandations quant à la mesure de la prévalence	8
Liste des abréviations	9
1. Introduction	11
1.1. Contexte	11
1.2. Définition des termes.....	11
1.2.1. Mesure de la prévalence	11
1.2.2. Escarres	12
1.2.3. Chutes et conséquences des chutes	13
2. Buts visés, problématique et méthodologie.....	15
2.1. Buts visés et problématique.....	15
2.2. Méthode	15
2.2.1. Méthode LPZ 2.0.....	15
2.2.2. Collecte des données	15
2.2.3. Analyse descriptive des données	16
2.2.4. Analyse des données ajustée au risque	16
2.2.5. Remarques quant à l'établissement des rapports	16
3. Résultats descriptifs de la participation à la mesure et population.....	19
3.1. Hôpitaux participants.....	19
3.2. Unités de soins participantes.....	20
3.3. Patient-e-s participant-e-s.....	21
3.3.1. Taux de participation	21
3.3.2. Raisons de non-participation.....	24
3.4. Caractéristiques des patient-e-s participant-e-s	25
3.4.1. Caractéristiques générales	25

3.4.2.	Groupes de diagnostics CIM.....	26
4.	Indicateur escarres.....	28
4.1.	Résultats descriptifs pour l'indicateur escarres.....	28
4.1.1.	Caractéristiques des patient-e-s avec escarres nosocomiales.....	28
4.1.2.	Taux de prévalence des escarres.....	30
4.1.3.	Taux de prévalence des escarres nosocomiales par type d'unité de soins.....	34
4.1.4.	Moment d'apparition des escarres.....	35
4.1.5.	Nombre d'escarres selon la classification EPUAP.....	35
4.1.6.	Localisation des escarres.....	37
4.1.7.	Interventions de prévention des escarres.....	38
4.1.8.	Indicateurs de structure escarres.....	43
4.2.	Évaluation ajustée au risque de l'indicateur escarres.....	44
4.2.1.	Escarres nosocomiales.....	45
4.2.2.	Escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur.....	48
4.3.	Discussion et conclusions pour l'indicateur escarres.....	50
4.3.1.	Comparaison internationale des taux de prévalence.....	50
4.3.2.	Comparaison des taux nationaux de prévalence des escarres.....	54
4.3.3.	Résultats ajustés au risque.....	55
4.3.4.	Indicateurs de processus et de structure.....	56
5.	Indicateur chutes.....	58
5.1.	Résultats descriptifs pour l'indicateur chutes.....	58
5.1.1.	Caractéristiques des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital.....	58
5.1.2.	Taux des chutes à l'hôpital.....	61
5.1.3.	Taux de chutes survenues à l'hôpital répartis par le type d'unité de soins.....	64
5.1.4.	Taux de blessures.....	65
5.1.5.	Conséquences des chutes.....	67
5.1.6.	Interventions de prévention des chutes.....	67
5.1.7.	Indicateurs de structure chutes.....	73
5.2.	Évaluation ajustée au risque de l'indicateur chutes.....	74
5.3.	Discussion et conclusions pour l'indicateur chutes.....	77
5.3.1.	Comparaison internationale des taux de chutes, des conséquences de la chute et des taux de blessures consécutives aux chutes.....	77
5.3.2.	Comparaison des taux nationaux de chutes à l'hôpital.....	81
5.3.3.	Résultats ajustés au risque.....	81
5.3.4.	Indicateurs de processus et de structure.....	82
6.	Discussion relative à la mesure globale.....	84
6.1.	Participation à la mesure.....	84

6.2.	Population	84
6.3.	Indicateurs de qualité sensibles des soins et développement de la qualité	86
6.3.1.	Escarres nosocomiales.....	87
6.3.2.	Chutes à l'hôpital.....	88
6.3.3.	Stratégie de développement de la qualité.....	89
6.4.	Points forts et limites	91
7.	Conclusions et recommandations concernant la mesure globale.....	93
7.1.	Participation à la mesure et population	93
7.2.	Recommandations relatives aux indicateurs des résultats sensibles des soins et au développement de la qualité	93
7.3.	Recommandations quant à la méthodologie	94
7.4.	Recommandations quant à la mesure de la prévalence.....	94
	Bibliographie	96
	Liste des figures	104
	Liste des tableaux.....	107
	Annexe	109
	Mentions légales.....	145

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 huitième mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres menées 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 13 novembre 2018. Tous/toutes les patient-e-s de 18 ans et plus hospitalisé-e-s le jour de référence ont été inclu-e-s 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 pourraient être récupérées dans le dossier patient.

Participant-e-s

Au total, des données de 196 hôpitaux (1 160 unités de soins) ont pu être intégrées à l'analyse. Parmi eux, il y avait cinq hôpitaux universitaires (K111), 73 hôpitaux de prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (K112), 69 hôpitaux de soins de base (K121-123) et 49 cliniques spécialisées (K221 & K231-K235).

Le jour de la mesure, 17 250 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 76,7 %.

Résultats de l'indicateur escarres

Taux de prévalence des escarres

Au niveau national, le taux de prévalence totale était de 5,8 %. Le taux de prévalence nosocomiale totale était de 3,6 %, et le taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur de 1,5 %. Dans l'ensemble, les taux de prévalence ont indiqué une légère tendance à la baisse par rapport aux mesures de l'an passé. Cependant, cette baisse par rapport à la mesure de l'an passé n'est statistiquement significative que pour la prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur.

Selon l'évaluation clinique subjective, les taux de prévalence nosocomiale chez les patient-e-s présentant un risque d'escarres continuent d'enregistrer une tendance à la baisse. Le taux de prévalence nosocomiale totale a baissé de 1,9 point de pourcentage pour atteindre 10,8 %, et le taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur de 1,5 point de pourcentage pour atteindre 4,6 %.

Au niveau international, le taux de prévalence nosocomiale totale dans les hôpitaux suisses se situe dans la plage inférieure 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 de la Turquie et des Pays-Bas, mais supérieur à celui de l'Autriche.

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 légèrement plus élevées.

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 : un risque d'escarres selon l'évaluation clinique subjective des infirmier-ère-s ou selon l'échelle de Braden ; un nombre de jours depuis l'admission à l'hôpital plus élevé ; une dépendance aux soins grandissante ; une intervention chirurgicale dans les deux semaines précédentes et/ou un nombre des groupes de diagnostics CIM augmenté. En outre, il s'est avéré que les groupes de diagnostics CIM Symptômes et résultats anormaux (examens cliniques et de laboratoire) réduisaient significativement le risque. Lorsque l'on prend en compte les variables prédictives susmentionnées, il devient visible dans l'évaluation de l'ensemble des hôpitaux ajustée au risque que cinq hôpitaux s'écartent négativement de la moyenne au sens clinique.

Dans le modèle, se sont dégagées comme variables prédictives significatives, des escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur les variables suivantes : un risque d'escarres selon l'évaluation clinique subjective des infirmier-ère-s ou selon l'échelle de Braden ; un nombre de jours depuis l'admission à l'hôpital plus élevé ; une dépendance aux soins complète ; le groupe d'âge de 75 ans et plus

et/ou certains groupes de diagnostic CIM médicaux. L'évaluation de l'ensemble des hôpitaux montre qu'aucun hôpital ne s'écarte significativement de la moyenne.

Indicateurs de processus et de structure

La documentation du risque d'escarre manquait pour une personne sur six présentant un risque d'escarre, ainsi que pour une personne sur sept présentant des escarres. Sur les trois dernières années de mesure, on constate toutefois une légère augmentation du degré de réalisation de l'indicateur de la documentation de l'évaluation du risque. Presque tous les participants présentant un risque d'escarre et/ou une escarre ont bénéficié d'interventions préventives.

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, 457 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 légèrement inférieur à celui de l'année dernière, soit 3,5 %. 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 la littérature internationale, les taux suisses se situent dans le tiers inférieur de la plage. Cependant, près de la moitié des études prises en compte indiquent des 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. Avec 6,1 %, le taux de chutes chez les patient-e-s à risque a ainsi légèrement baissé par rapport à l'année précédente.

Parmi les 457 patient-e-s ayant chuté à l'hôpital, 139 étaient concerné-e-s par des conséquences de la chute, ce qui correspond à un taux total de blessures de 30,4 % 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. Une comparaison avec les Pays-Bas est cependant peu pertinente en raison du très petit nombre de chutes qui y sont enregistrées. Si l'on compare avec les valeurs de la littérature internationale, 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 et/ou l'âge du/de la patient-e 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. De plus, certains groupes de diagnostics CIM augmentent ou diminuent le risque de chute. Le risque de chuter à l'hôpital était bien moindre 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 pour un-e patient-e à risque sur quatre ainsi que chez une personne sur sept ayant chuté à l'hôpital. On observe ainsi une évolution légèrement positive par rapport à l'année précédente au niveau national. Pour environ 80 % de l'ensemble des participant-e-s, une intervention destinée à prévenir les chutes avait été mise en place. Par comparaison avec les participant-e-s n'ayant pas chuté, les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital avaient reçu des interventions préventives bien plus nombreuses. 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. Sur l'ensemble des années de mesure passées, on note ainsi 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. En outre, il paraît essentiel de tenir compte de l'aspect multidisciplinaire, en particulier pour l'indicateur chutes.

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 96,1 %. 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, la principale raison de la non-participation restant le refus de participer des patient-e-s.

Indicateurs de qualité sensibles des soins et développement de la qualité

Pour l'indicateur escarres, les taux nationaux de prévalence nosocomiale sont en légère baisse 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 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 presque deux fois plus élevé en Suisse qu'à l'international. 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 une personne sur sept 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.

Si l'on s'intéresse de plus près aux tendances de la recherche dans le domaine de la qualité ces dernières années, on observe que l'adressage et la mise en réseau pertinente des différents niveaux (micro à macro) gagnent en importance. Trois thèmes se cristallisent ici : l'orientation sur les patients/le co-design, le retour sur les données de qualité et les coopérations pour l'amélioration de la qualité.

Recommandations quant à la méthodologie

Il est recommandé, dans le cadre du développement du questionnaire LPZ 2.0, de contrôler dans quelle mesure les questions relatives aux indicateurs de structure et de processus au niveau des hôpitaux et des unités de soins cadrent avec les recommandations actuelles basées sur des données probantes.

Lors de la vérification des données, il conviendrait également de vérifier si le contrôle standardisé des données pourrait déjà en partie être intégré dans les processus de LPZ, et ce, afin d'optimiser les processus et d'assurer la qualité des données à plus long terme.

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.

Afin de promouvoir le retour sur les données de qualité, il semble recommandé d'aborder les thèmes de l'utilisation et de la communication des données dans le cadre des réunions de formation annuelles, et en particulier de focaliser sur une utilisation efficace des résultats du dashboard LPZ 2.0 au niveau de l'institution et de l'unité de soins.

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 2011–2018, 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)
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
cf.	confer
CIM	Classification internationale des maladies
DEASS	Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale
EDS	Échelle de dépendance aux soins
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
K111	Hôpital universitaire
K112	Hôpital de soins généraux
K121-123	Hôpitaux de soins de base
K221, K231-235	Cliniques spécialisées
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen
LPZ international	International Prevalence Measurement of Care Problems
métab.	métabolique

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
PPPIA	Pan Pacific Pressure Injury Alliance
Valeur p	Test de signification
Ra&D	Recherché appliquée et développement/prestations de service
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)
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 2018. 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 du traitement. 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 2018 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 2018 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 le plan 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.

1.2. 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 globale et les taux de prévalence nosocomiale (escarres 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 potentiellement évitables (« adverse events ») 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-PPPIA (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). 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 nosocomiale totale (toutes catégories d'escarres 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 2018 s'appuie de nouveau sur la définition internationale proposée par les organismes NPUAP-EPUAP-PPPIA (2014, p. 14) : 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 ».

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 six 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 2018 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* : hématomes, 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* : blessure à la tête, fractures de type fracture 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 (blessures minimales, moyennes et graves) 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 2018.

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 huitième mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres menées 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 2018 est décrite dans un rapport séparé (Schlunegger et al., 2019).

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 dans le domaine des patient-e-s 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 (Thomann, Schlunegger, Richter, & Bernet, 2019) publié sur le site internet 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 13 novembre 2018. 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 (Thomann et al., 2019). 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, dans le cadre de la vérification des données, la BFH a contrôlé l'intégralité des auto-déclarations de la classification des hôpitaux.

2.2.3. Analyse descriptive des données

Les analyses descriptives ont été effectuées avec IBM SPSS Statistics version 25. Le concept d'évaluation de la mesure de la prévalence donne des indications détaillées sur la méthodologie utilisée pour l'analyse descriptive (Thomann et al., 2019).

2.2.4. Analyse des données ajustée au risque

Les analyses statistiques pour l'ajustement au risque ont été réalisées avec le logiciel R version 3.5.2, ainsi qu'avec ses packages MASS et lme4. Le concept d'évaluation de la mesure de la prévalence présente en détails la méthodologie utilisée pour l'analyse ajustée au risque (Thomann et al., 2019).

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 2018. Les autres consignes de base pour l'établissement des rapports nationaux sont décrites dans le concept d'évaluation (Thomann et al., 2019).

Premièrement, comme pour les années précédentes, la description des résultats se fait par type d'hôpital dans le rapport 2018, 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 les 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. Depuis la mesure de 2017, l'option Pas de diagnostic a 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 2018), 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, à la question d'une chute en milieu hospitalier, et à la question après prise des sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement. 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 sept 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, depuis la mesure 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 de médicaments influençant le comportement sont relevées indépendamment de la question relative à une chute à l'hôpital et pour toutes/tous les patient-e-s participant-e-s. Concrètement, cela signifie, d'une part, que depuis la mesure 2017, une chute à l'hôpital n'est plus évaluée automatiquement comme une chute au cours des 12 derniers mois, et d'autre part, que les données des deux questions susmentionnées sont disponibles pour toutes/tous les patient-e-s. Cela a permis d'utiliser ces facteurs 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 de mesure 2016.

Sixièmement, la BFH a eu à disposition un jeu de données international LPZ comportant des données brutes 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 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, 2017 et, à l'exception de la Turquie, 2018 (méthode LPZ 2.0) étant disponibles, elles sont détaillées en conséquence dans le présent rapport. Les données de la Turquie pour 2018 n'ont pas pu être incluses car elles ne pourront être utilisées qu'après avoir été communiquées dans une publication scientifique à venir. Lorsque l'on interprète et compare les résultats internationaux, il faut toutefois noter que dans les autres pays, le nombre de patient-e-s participant-e-s, est bien inférieur à celui de Suisse.

Septièmement, au cours des trois années de mesure précédentes, des modifications minimales ont été apportées à la problématique de certains indicateurs de structure au niveau des unités de soins ; celles-ci peuvent avoir une influence sur les résultats. Concrètement, pour les indicateurs de structure Consignation de l'évaluation du risque dans le dossier patient et Informations standardisées lors du transfert du/de la patient-e, la mesure 2016 prenait en compte les mesures de prévention et de traitement en plus de l'évaluation du risque. L'indicateur de structure Cours de remise à jour incluait le critère d'une durée minimale de deux heures avant la mesure 2018. Ce critère a été supprimé à compter de la mesure 2018 afin de pouvoir tenir compte de types de formations plus récents.

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 ».

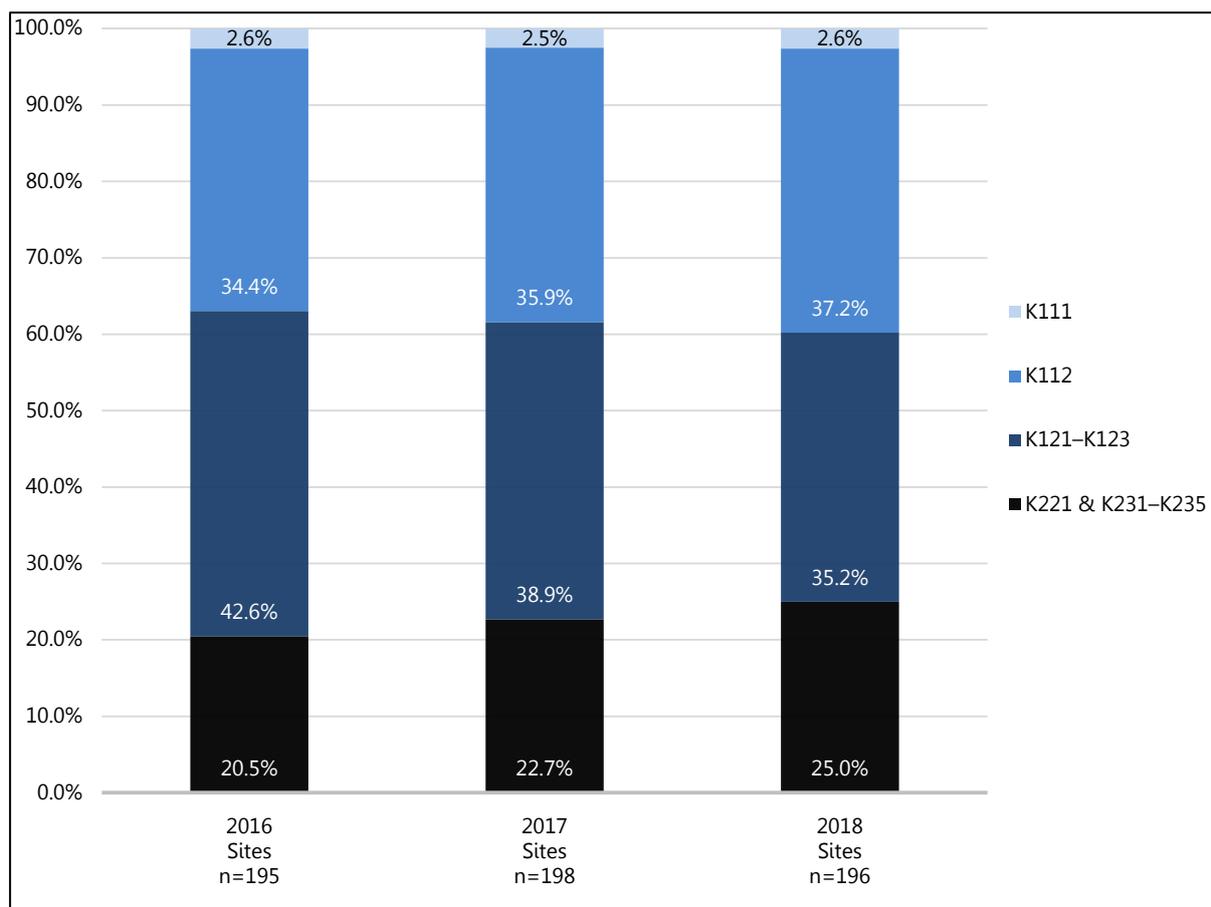
3. Résultats descriptifs de la participation à la mesure et population

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

198 sites hospitaliers en tout se sont inscrits pour la huitième mesure nationale de la prévalence. Dans l'un des 198 sites hospitaliers inscrits, aucun-e patient-e n'était hospitalisé-e au moment de la mesure et un autre site n'a fourni aucune donnée. C'est pourquoi le nombre total de sites hospitaliers participants est de 196 ci-après (32 groupes hospitaliers et 111 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



* K111 = hôpitaux universitaires ; K112 = hôpitaux de prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux ; K121-K123 = hôpitaux de soins de base ; K221 & K231-K235 = cliniques spécialisées.

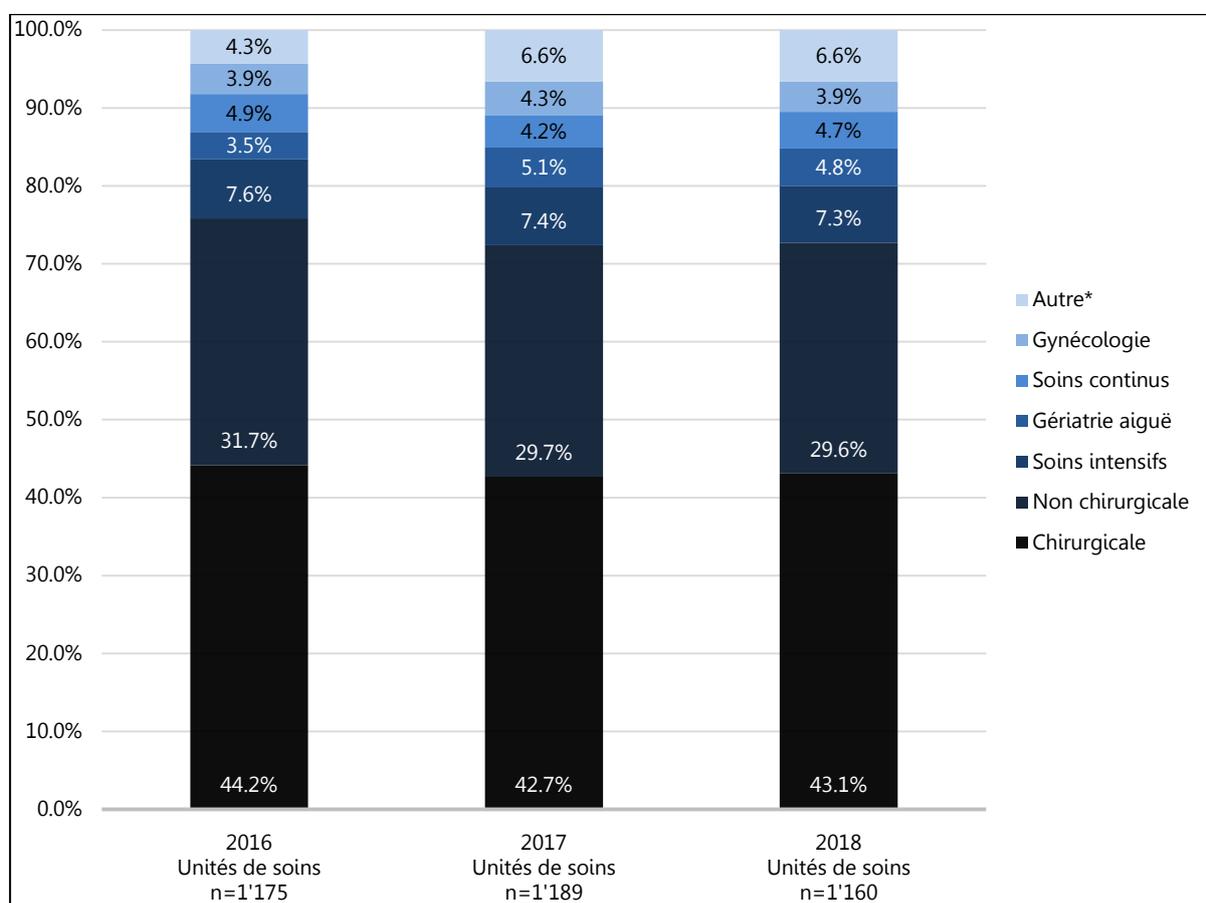
Par rapport aux années de mesure 2016 et 2017, un nombre comparable de sites hospitaliers ont participé à la mesure en 2018. La distribution du pourcentage des sites hospitaliers par types d'hôpital est

restée relativement constante au cours des trois dernières années de mesure. En plus des cinq hôpitaux universitaires (K111), 73 hôpitaux de prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (K112), 69 hôpitaux de soins de base (K121–123) et 49 cliniques spécialisées (K221 & K231–K235) ont participé à la mesure.

3.2. Unités de soins participantes

Lors du cycle de mesure 2018, un total de 1 160 unités de soins sur les 196 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



* Dans la catégorie « Autre » ont été intégrés les types d'unité de soins « Court séjour », « Réadaptation », « Divers » et, depuis 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. Avec 72,7 %, les types d'unités de soins Chirurgicale et Non chirurgicale constituent toujours la majorité. Le léger décalage observé dans la distribution de pourcentages des types d'unités de soins entre 2016 et 2017 tient vraisemblablement à l'introduction dans le questionnaire de 2017 du type d'unité de soins Unité de soins palliatifs, compté dans la catégorie Autre.

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

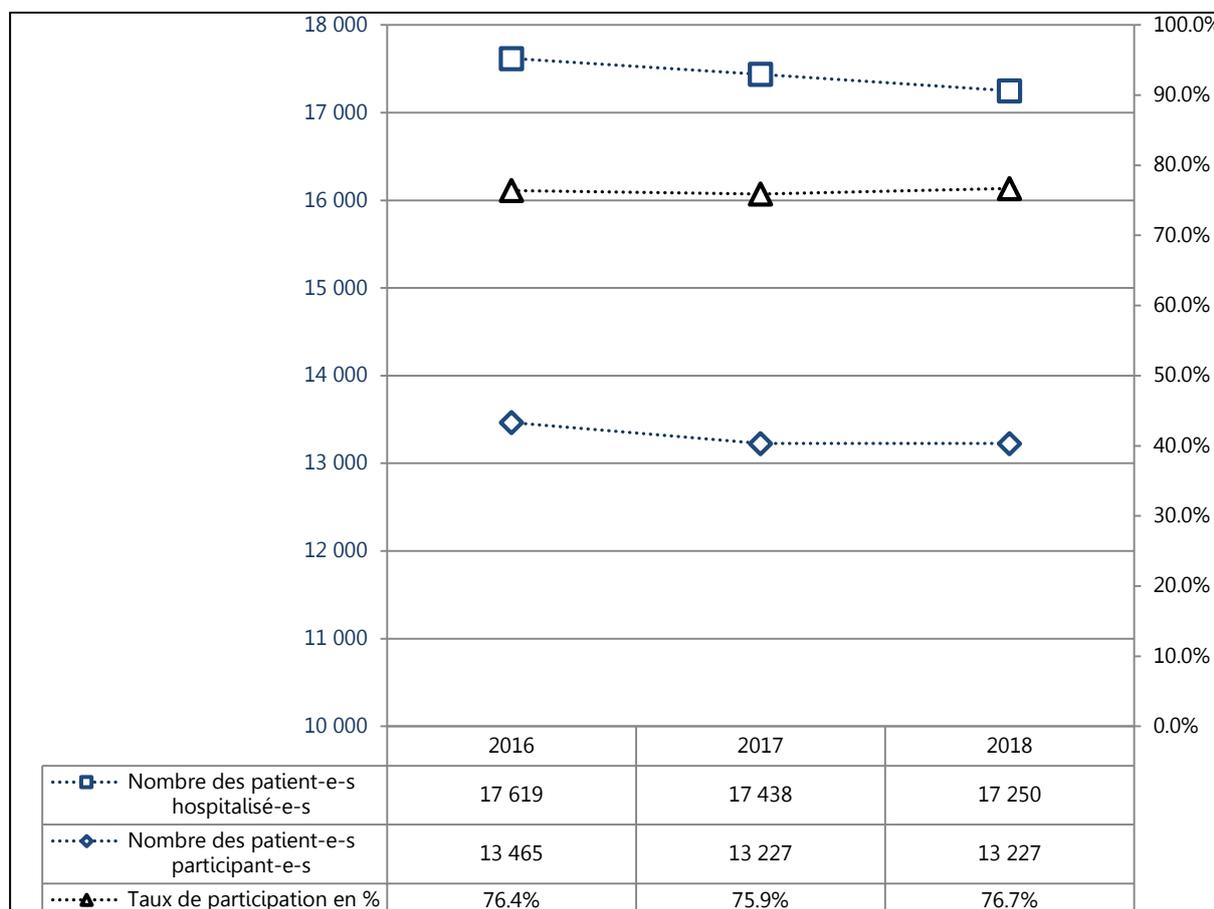
est de 1 145 ; en effet, 15 des 1 160 unités de soins n'ont pu participer, car même si elles comptaient des patient-e-s hospitalisé-e-s, ceux-ci/celles-ci ont refusé de participer ou n'ont pas pu participer à la mesure pour d'autres raisons.

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

3.3.1. Taux de participation

17 250 patient-e-s de 18 ans et plus étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux suisses le jour de la mesure, le 13 novembre 2018. Parmi ceux-ci, 13 227 patient-e-s ont participé à la mesure, ce qui correspond à un taux de participation nationale à 76,7 %. 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.

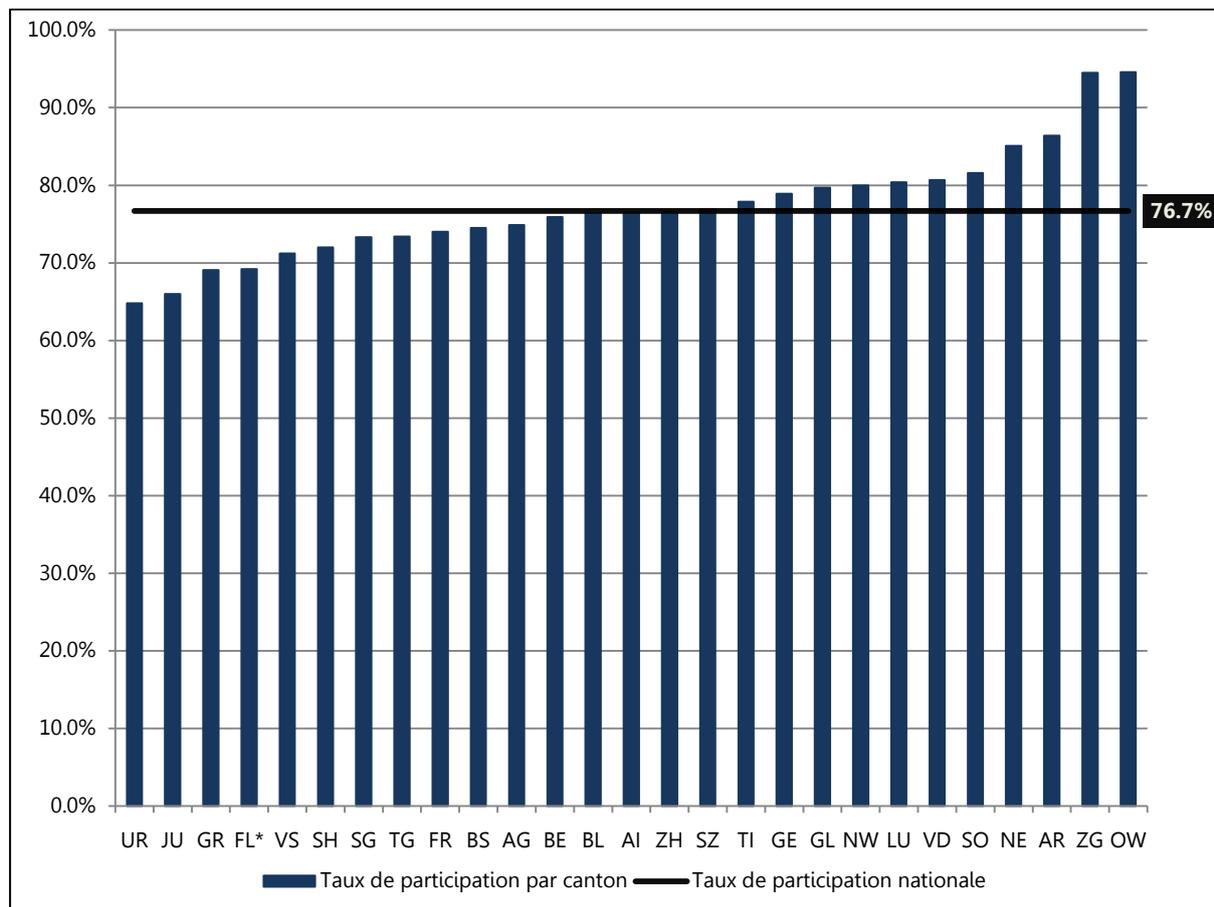
Figure 4 : nombre de patient-e-s hospitalisé-e-s et participant-e-s ainsi que taux de participation au cours des 3 dernières années de mesure



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 augmenté de 0,8 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

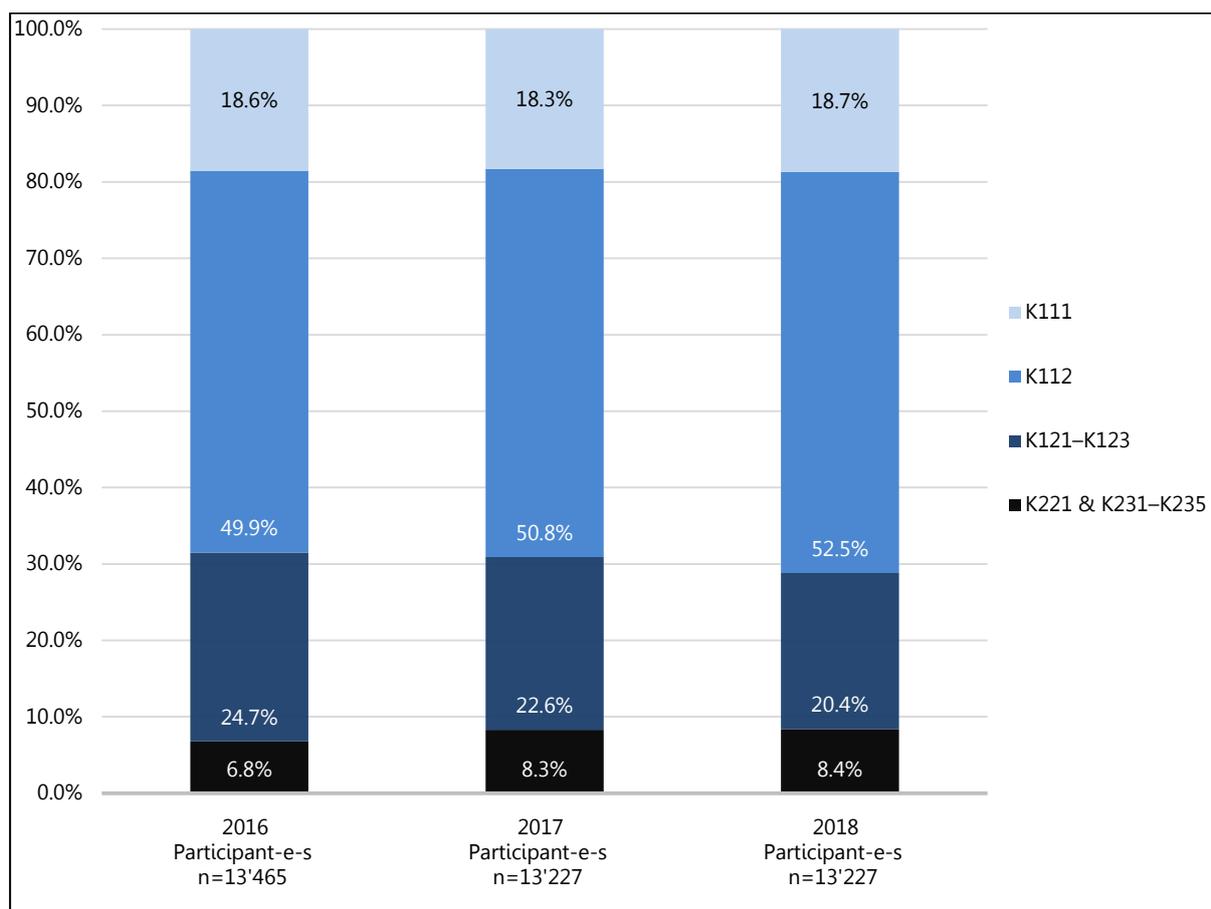


* FL = principauté du Liechtenstein.

Le taux de participation dans les cantons se situe dans une large de fenêtre de 64,8 % à 94,6 %, tandis que le taux de participation nationale est de 76,7 %.

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 répartie par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure



La légère tendance à la hausse du pourcentage de patient-e-s participant-e-s dans le type d'hôpital K112 observée précédemment se maintient en 2018. En revanche, la tendance reste au recul pour le type d'hôpital K121-K123.

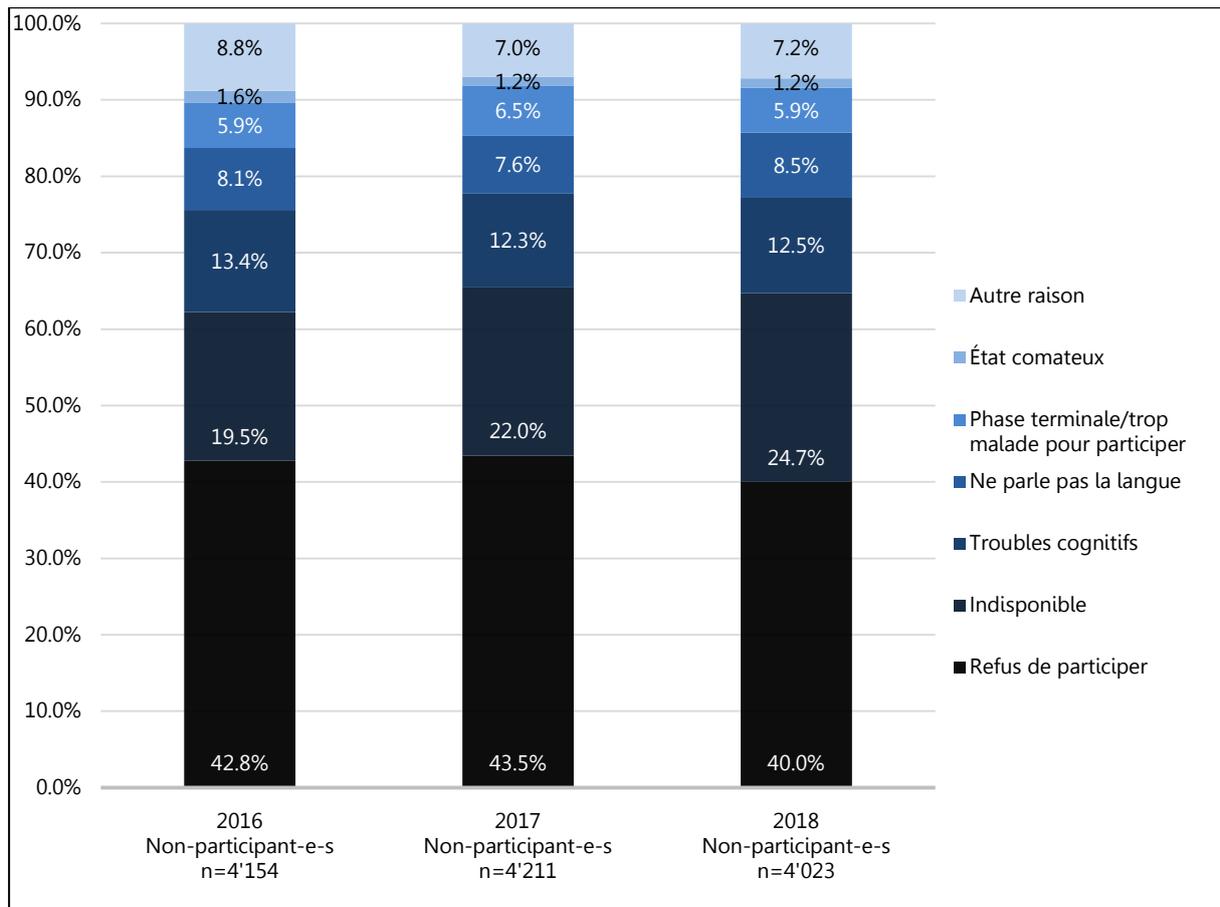
Lorsque l'on compare les taux de participation des différents types d'hôpitaux, le type d'hôpital K111 (78,3 %) présente le taux de participation le plus élevé. Les taux de participation des types d'hôpitaux K112 (76,7 %), K121-K123 (76,1 %) et K221 & K231-K235 (74,7 %) sont légèrement plus faibles.

Les taux de participation par hôpital figurent dans le tableau 27 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 17 250 ont participé à la mesure de la prévalence de 2018. En conséquence, le nombre de patient-e-s n'ayant pas participé est de 4 023. 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



Il s'avère que les raisons de non-participation pour l'année de mesure 2018 présentent une distribution exprimée en pourcentage similaire à celle des années 2016 et 2017. La légère augmentation observée dans la catégorie de réponse Indisponible pourrait être en lien avec les modifications apportées aux recommandations en matière de gestion des patient-e-s hospitalisé-e-s, qui se trouvent enregistré-e-s dans une unité de soins mais subissent un examen ou une intervention chirurgicale juste après l'admission administrative. La raison la plus fréquente de la non-participation reste le Refus de participer.

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>	2477	6950	2695	1105	13227
Sexe (féminin)	<i>n (%)</i>	1049 (42.3)	3428 (49.3)	1412 (52.4)	603 (54.6)	6492 (49.1)
Intervention chirurgicale (oui)	<i>n (%)</i>	1094 (44.2)	2755 (39.6)	1265 (46.9)	693 (62.7)	5807 (43.9)
Âge (en ans)	<i>VM (ÉT)</i>	63.6 (17.19)	68.7 (16.52)	67.6 (17.22)	66.0 (17.56)	67.3 (16.99)
	<i>Médiane (EI)</i>	66.0 (24.00)	72.0 (22.00)	71.0 (24.00)	70.0 (23.00)	71.0 (23.00)
Nombre des jours depuis l'admission	<i>VM (ÉT)</i>	9.3 (15.88)	7.0 (9.59)	5.5 (7.66)	6.3 (9.69)	7.1 (10.81)
	<i>Médiane (EI)</i>	5.0 (10.00)	5.0 (7.00)	4.0 (6.00)	4.0 (6.00)	4.0 (7.00)
Nombre des groupes de diagnostics CIM	<i>VM (ÉT)</i>	3.4 (2.10)	3.5 (2.08)	3.0 (1.93)	3.1 (2.07)	3.3 (2.06)
	<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>	63.9 (15.30)	64.7 (13.01)	66.4 (11.41)	66.3 (11.41)	65.1 (13.07)
	<i>Médiane (EI)</i>	71.0 (16.00)	70.0 (14.00)	71.0 (12.00)	70.0 (10.00)	70.0 (14.00)
Catégories EDS						
Indépendance complète (70–75)	<i>n (%)</i>	1351 (54.5)	3560 (51.2)	1510 (56.0)	598 (54.1)	7019 (53.1)
Indépendance prépondérante (60–69)	<i>n (%)</i>	498 (20.1)	1700 (24.5)	663 (24.6)	321 (29.0)	3182 (24.1)
Dépendance partielle (45–59)	<i>n (%)</i>	333 (13.4)	1097 (15.8)	353 (13.1)	114 (10.3)	1897 (14.3)
Dépendance prépondérante (25–44)	<i>n (%)</i>	177 (7.1)	433 (6.2)	142 (5.3)	61 (5.5)	813 (6.1)
Dépendance complète (15–24)	<i>n (%)</i>	118 (4.8)	160 (2.3)	27 (1.0)	11 (1.0)	316 (2.4)
Patient-e-s à risque d'escarre						
Évaluation clinique subjective (oui)	<i>n (%)</i>	797 (32.2)	2204 (31.7)	725 (26.9)	308 (27.9)	4034 (30.5)
Échelle de Braden selon définition LPZ (≤ 20)	<i>n (%)</i>	1351 (54.5)	3412 (49.1)	1240 (46.0)	509 (46.1)	6512 (49.2)
Patient-e-s à risque de chute	<i>n (%)</i>	628 (25.4)	2111 (30.4)	886 (32.9)	305 (27.6)	3930 (29.7)
Sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement (oui)	<i>n (%)</i>	978 (39.5)	2544 (36.6)	878 (32.6)	331 (30.0)	4731 (35.8)

En moyenne, la part des femmes était de 49,1 %, celle-ci étant plus faible dans le type d'hôpital K111 que dans le type d'hôpital K221 & K231–K235.

Les patient-e-s étaient hospitalisé-e-s depuis 7,1 jours en moyenne au moment de la mesure, avec un écart-type de +/- 10,81 jours. Avec 4,0 jours, la médiane était légèrement inférieure à celle de l'année précédente. Dans les hôpitaux de type K111, la durée d'hospitalisation moyenne jusqu'à la mesure était nettement supérieure à la moyenne nationale avec 9,3 jours et un écart-type de +/- 15,88 jours. Au niveau de la valeur médiane également, on observe un nombre de jours depuis l'admission plus élevé dans les hôpitaux de type K111 (5,0 jours), cependant, la différence est moins marquée que dans la comparaison avec la moyenne.

En moyenne, 62,7 % 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 (43,9 %) et aux valeurs des autres types d'hôpitaux.

La dépendance aux soins moyenne des participant-e-s a tendance à diminuer 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 avec 32,2 %, davantage de patient-e-s ont été évalué-e-s comme présentant un risque d'escarre dans le type d'hôpital K111 que dans les autres types d'hôpitaux. Au niveau national, 30,5 % 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 (49,2 %). Cette évaluation accuse également une légère tendance à la baisse dans tous les types d'hôpitaux.

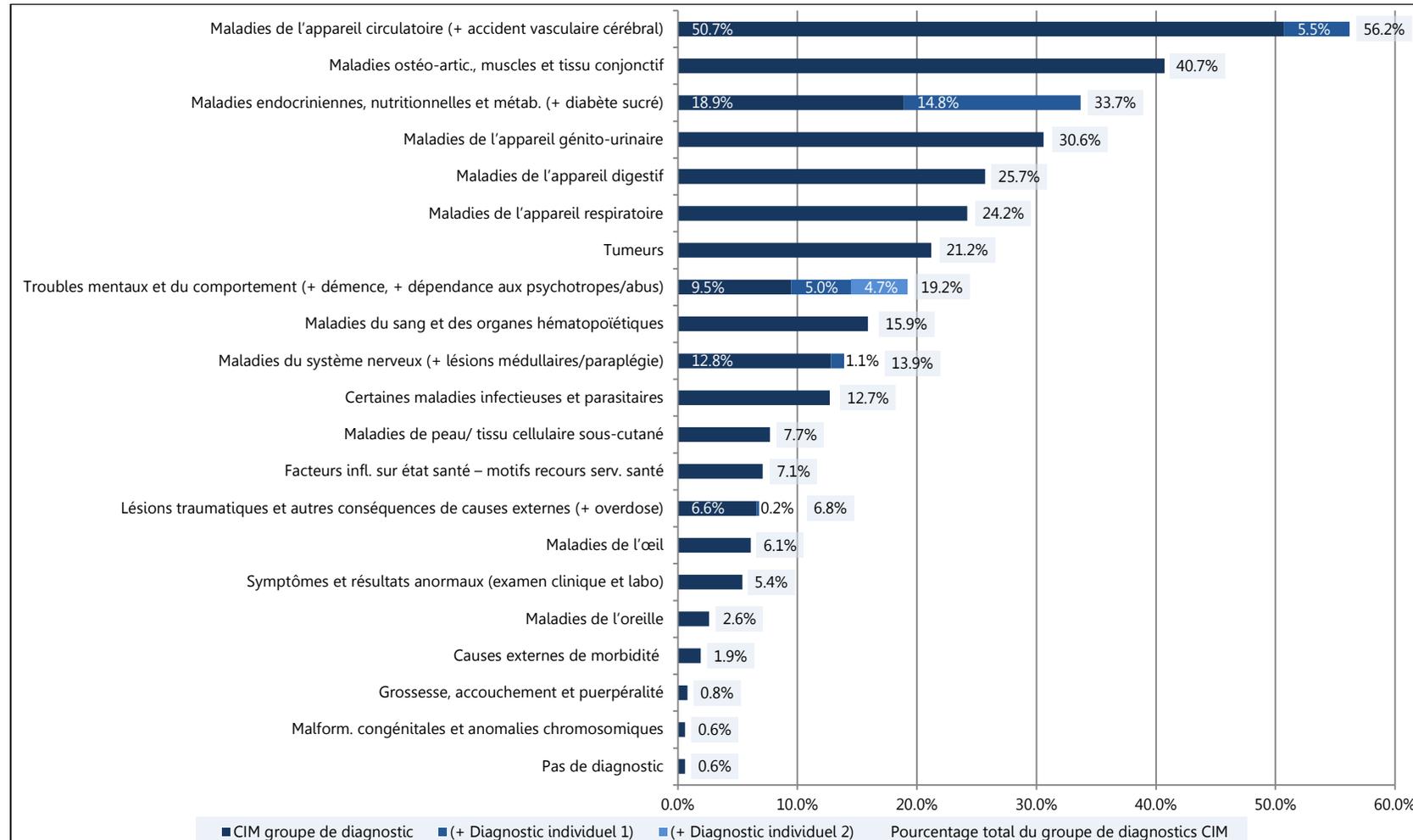
Une autre tendance se dessine pour le risque de chutes (patient-e-s avec une chute dans l'anamnèse, c'est-à-dire dans les 12 mois avant l'admission à l'hôpital) : la part la plus faible des patient-e-s à risque de chute s'observe dans le type d'hôpital K111 (25,4 %), suivi du type d'hôpital K221 & K231–K235 (27,6 %) et du type d'hôpital K112 (30,4 %). Avec 32,9 %, la part la plus importante de patient-e-s participant-e-s à risque de chute se trouve dans le type d'hôpital K121–123.

Un peu plus d'un tiers des participant-e-s ont pris des sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement. La part la plus importante se trouvait dans le type d'hôpital K111 (39,5 %).

3.4.2. Groupes de diagnostics CIM

En moyenne, les patient-e-s participant-e-s présentaient 3,3 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 était le plus souvent cité avec 56,2 %. 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 contractées 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, 765 (5,8 %) présentaient une escarre. Des escarres nosocomiales ont été constatées chez 481 patient-e-s (3,6 %). 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 réparties par type d'hôpital

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s avec une escarre nosocomiale	<i>n</i>	111	269	65	36	481
Sexe (féminin)	<i>n (%)</i>	45 (40.5)	139 (51.7)	41 (63.1)	19 (52.8)	244 (50.7)
Intervention chirurgicale (oui)	<i>n (%)</i>	60 (54.1)	108 (40.1)	26 (40.0)	13 (36.1)	207 (43.0)
Âge (en ans)	<i>VM (ÉT)</i>	69.1 (17.23)	76.0 (13.47)	78.3 (12.18)	76.2 (14.39)	74.8 (14.64)
	<i>Médiane (EI)</i>	72.0 (25.00)	77.0 (16.00)	80.0 (15.00)	79.0 (18.25)	77.00 (18.50)
Nombre des jours depuis l'admission	<i>MW (SD)</i>	22.8 (34.47)	14.2 (15.00)	13.2 (13.92)	13.2 (9.75)	16.0 (21.09)
	<i>Médiane (EI)</i>	14.0 (18.00)	8.0 (11.50)	8.0 (11.50)	11.0 (13.00)	10.0 (14.00)
Nombre des groupes de diagnostics CIM	<i>MW (SD)</i>	4.4 (2.35)	4.9 (2.18)	4.4 (2.26)	4.5 (1.86)	4.7 (2.21)
	<i>Médiane (EI)</i>	4.0 (4.00)	5.0 (3.00)	4.0 (3.50)	4.5 (2.50)	5.0 (3.00)
Échelle de la dépendance aux soins (EDS – Score total 15–75)	<i>MW (SD)</i>	50.0 (18.36)	48.9 (16.89)	52.4 (15.56)	56.2 (16.51)	50.2 (17.11)
	<i>Médiane (EI)</i>	52.0 (31.00)	52.0 (26.00)	56.0 (19.50)	61.5 (27.00)	53.0 (27.00)

Catégories EDS						
Indépendance complète (70–75)	<i>n (%)</i>	21 (18.9)	29 (10.8)	6 (9.2)	10 (27.8)	66 (13.7)
Indépendance prépondérante (60–69)	<i>n (%)</i>	21 (18.9)	60 (22.3)	20 (30.8)	9 (25.0)	110 (22.9)
Dépendance partielle (45–59)	<i>n (%)</i>	25 (22.5)	82 (30.5)	24 (36.9)	6 (16.7)	137 (28.5)
Dépendance prépondérante (25–44)	<i>n (%)</i>	30 (27.0)	67 (24.9)	11 (16.9)	10 (27.8)	118 (24.5)
Dépendance complète (15–24)	<i>n (%)</i>	14 (12.6)	31 (11.5)	4 (6.2)	1 (2.8)	50 (10.4)
Patient-e-s à risque d'escarre						
Évaluation clinique subjective (oui)	<i>n (%)</i>	97 (87.4)	250 (92.9)	60 (92.3)	29 (80.6)	436 (90.6)
Échelle de Braden selon définition LPZ (≤ 20)	<i>n (%)</i>	105 (94.6)	248 (92.2)	61 (93.8)	31 (86.1)	445 (92.5)
Patient-e-s à risque de chute	<i>n (%)</i>	44 (39.6)	111 (41.3)	33 (50.8)	15 (41.7)	203 (42.2)
Sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement (oui)	<i>n (%)</i>	62 (55.9)	178 (66.2)	33 (50.8)	25 (69.4)	298 (62.0)

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 (7,8 années de plus) et le nombre de jours depuis leur admission compte en moyenne 9,3 jours de plus, c'est-à-dire presque le double, jusqu'au jour de la mesure. De plus, le groupe avec escarre nosocomiale présente un plus grand nombre de diagnostics CIM (4,7 contre 3,3) et prend plus souvent des sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement en pourcentage (62,0 % contre 34,8 %). Avec un score EDS total de 50,2, 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 65,6). Concernant le sexe et une intervention chirurgicale au cours des deux semaines passées, aucune différence nette n'a été constatée entre les deux groupes.

D'après l'évaluation clinique subjective, 90,6 % 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 (28,2 %). 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 K112 avec 92,9 %, suivi des types d'hôpitaux K121–K123 avec 92,3 %, K111 avec 87,4 % et K221 & K231–K235 avec 80,6 %. À l'exception du type d'hôpital K111, la part de patient-e-s à risque d'escarre présentant une escarre nosocomiale a augmenté dans tous les types d'hôpitaux par rapport à l'année de mesure 2017. L'augmentation la plus nette a été constatée dans le type d'hôpital K221 & K231–K235 avec +12,7 points de pourcentage.

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 (90,6 % contre 92,5 %). 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 (47,6 % contre 28,2 %).

Dans la méthode LPZ 2.0, l'indicateur de processus Évaluation du risque consignée dans le dossier patient 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 ayant présenté une escarre dans les trois dernières années de mesure 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 avec une escarre au cours des 3 dernières années de mesure

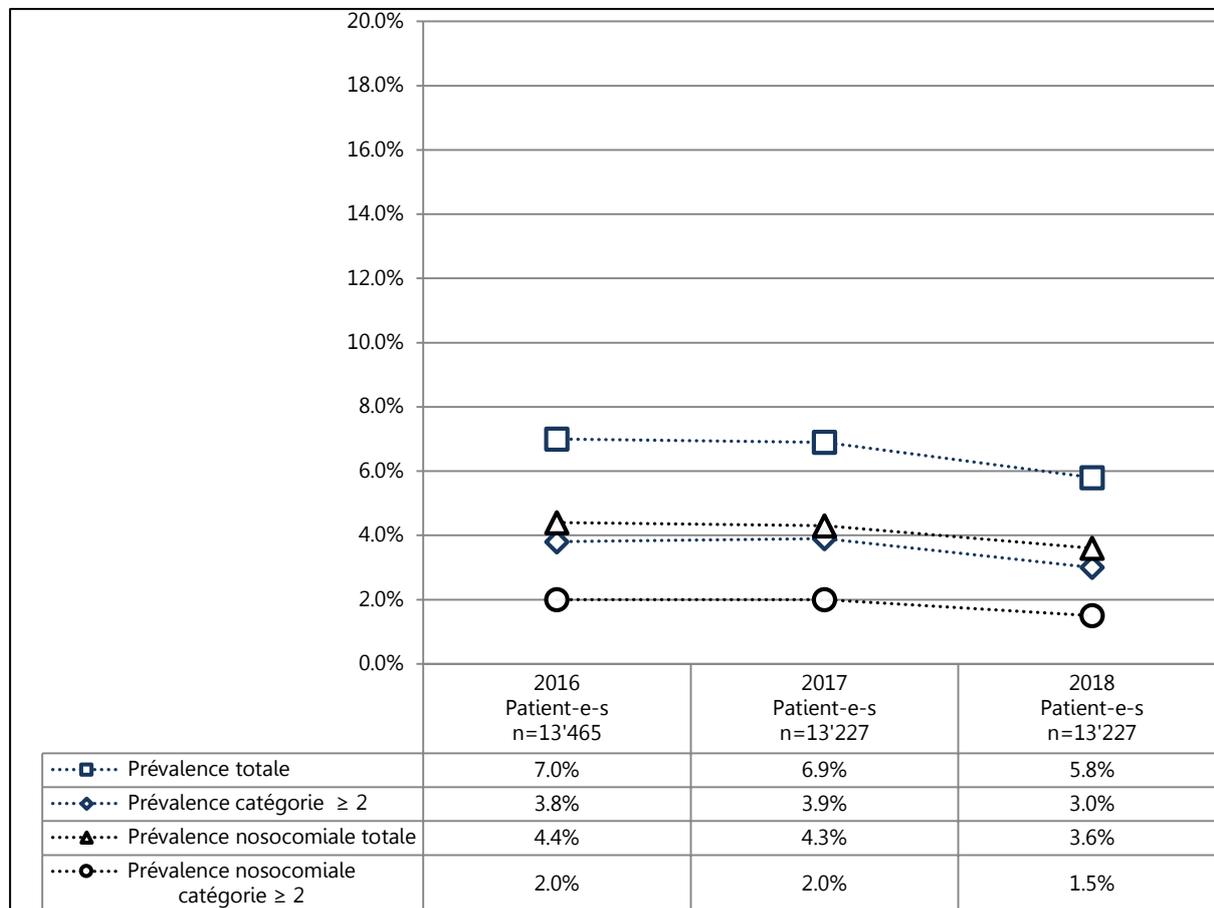
		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s à risque d'escarre						
		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2018	797	2204	725	308	4034
	2017	770	2002	792	282	3846
	2016	795	1840	844	213	3692
Évaluation du risque consignée						
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	2018	685 (85.9)	1905 (86.4)	580 (80.0)	204 (66.2)	3374 (83.6)
	2017	677 (87.9)	1721 (86.0)	632 (79.8)	181 (64.2)	3211 (83.5)
	2016	622 (78.2)	1473 (80.1)	637 (75.5)	117 (54.9)	2849 (77.2)
Patient-e-s avec une escarre						
		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2018	166	426	115	58	765
	2017	184	465	170	92	911
	2016	204	468	210	56	938
Évaluation du risque consignée						
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	2018	147 (88.6)	377 (88.5)	98 (85.2)	45 (77.6)	667 (87.2)
	2017	169 (91.8)	410 (88.2)	137 (80.6)	58 (63.0)	774 (85.0)
	2016	169 (82.8)	387 (82.7)	162 (77.1)	32 (57.1)	750 (80.0)
Patient-e-s avec une escarre nosocomiale						
		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2018	111	269	65	36	481
	2017	130	290	93	56	569
	2016	143	282	121	41	587
Évaluation du risque consignée						
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	2018	98 (88.3)	233 (86.6)	52 (80.0)	24 (66.7)	407 (84.6)
	2017	117 (90.0)	256 (88.3)	68 (73.1)	26 (46.4)	467 (82.1)
	2016	122 (85.3)	231 (81.9)	93 (76.9)	19 (46.3)	465 (79.2)

La mise en application d'une évaluation du risque a été consignée dans le dossier patient pour 83,6 % des 4 034 patient-e-s à risque. Cette valeur est quasiment identique à celle de l'année de mesure 2017 (83,5 % contre 83,6 %). Chez les patient-e-s présentant une escarre ou une escarre nosocomiale, les pourcentages dans la documentation ne diffèrent que faiblement, avec 87,2 % et 84,6 %. On constate une augmentation respectivement de 2,2 et de 2,5 points de pourcentage par rapport à l'année précédente. 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. Il convient cependant de noter que, sur les trois dernières années de mesure, la documentation du risque chez les patient-e-s avec escarre (nosocomiale) a augmenté de 20 points de pourcentage pour ce type d'hôpital.

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.

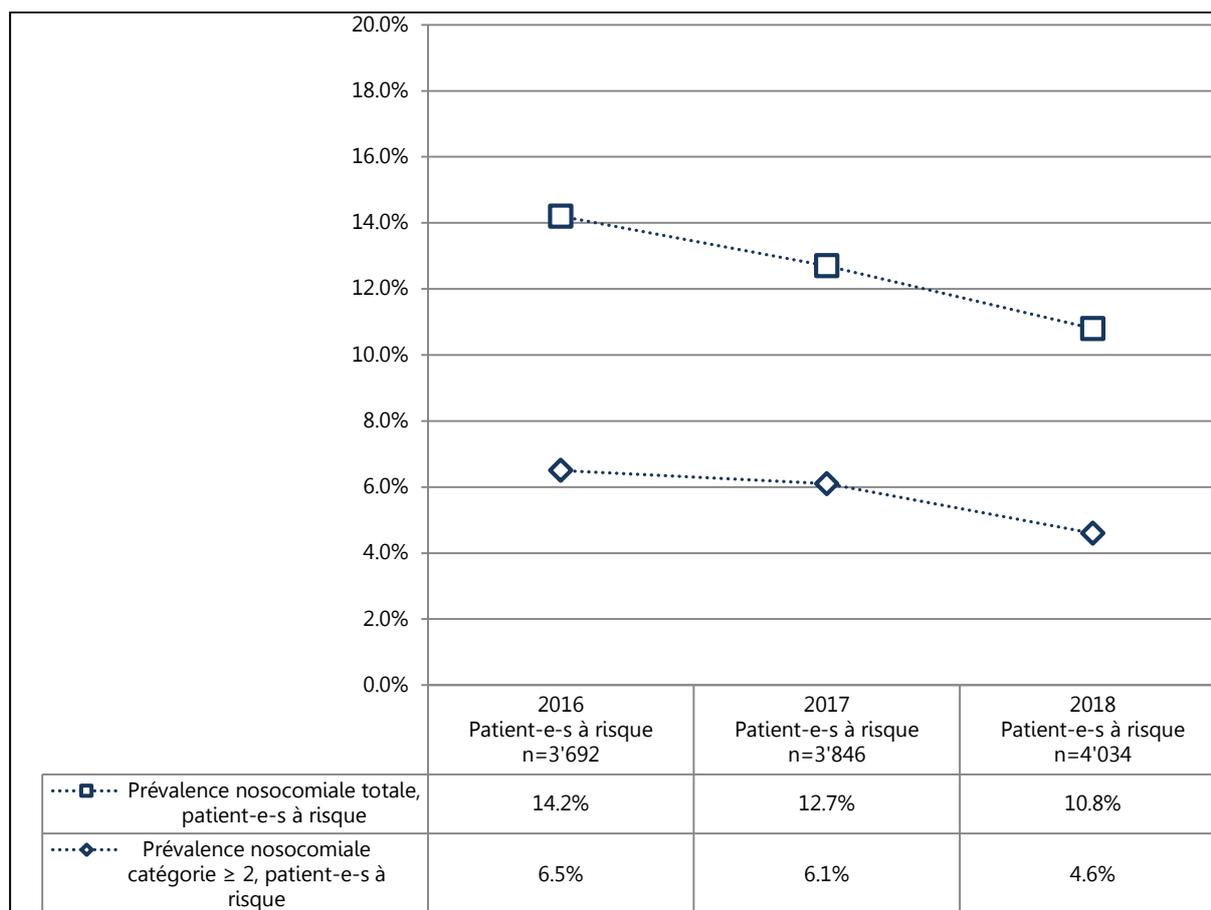
Figure 9 : taux nationaux de prévalence des escarres au cours des 3 dernières années de mesure



Les taux nationaux de prévalence des escarres ont diminué par rapport aux cycles de mesure 2016 et 2017. Avec 3,6 %, le taux de prévalence nosocomiale totale a baissé de 0,7 point de pourcentage par rapport à l'année précédente. Avec une baisse de 0,5 point de pourcentage, portant le taux à 1,5 %, la prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur est significativement inférieure à celles de 2016 et 2017 sur le plan statistique (voir aussi chapitre 4.3.2 figure 23).

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

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



Sur les trois années de mesure précédentes, l'on observe que les taux de prévalence nosocomiale chez les patient-e-s à risque diminuent en continu. Par rapport à l'année précédente, la prévalence nosocomiale totale a baissé de 1,9 point de pourcentage pour atteindre 10,8 %, et le taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur de 1,5 point de pourcentage pour atteindre 4,6 %. La prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur est significativement inférieure aux mesures 2016 et 2017 sur le plan statistique. En ce qui concerne la prévalence nosocomiale totale, seule la comparaison avec le résultat de 2016 est statistiquement significatif.

Le tableau 4 donne des informations complémentaires à propos des taux de prévalence des escarres nosocomiales.

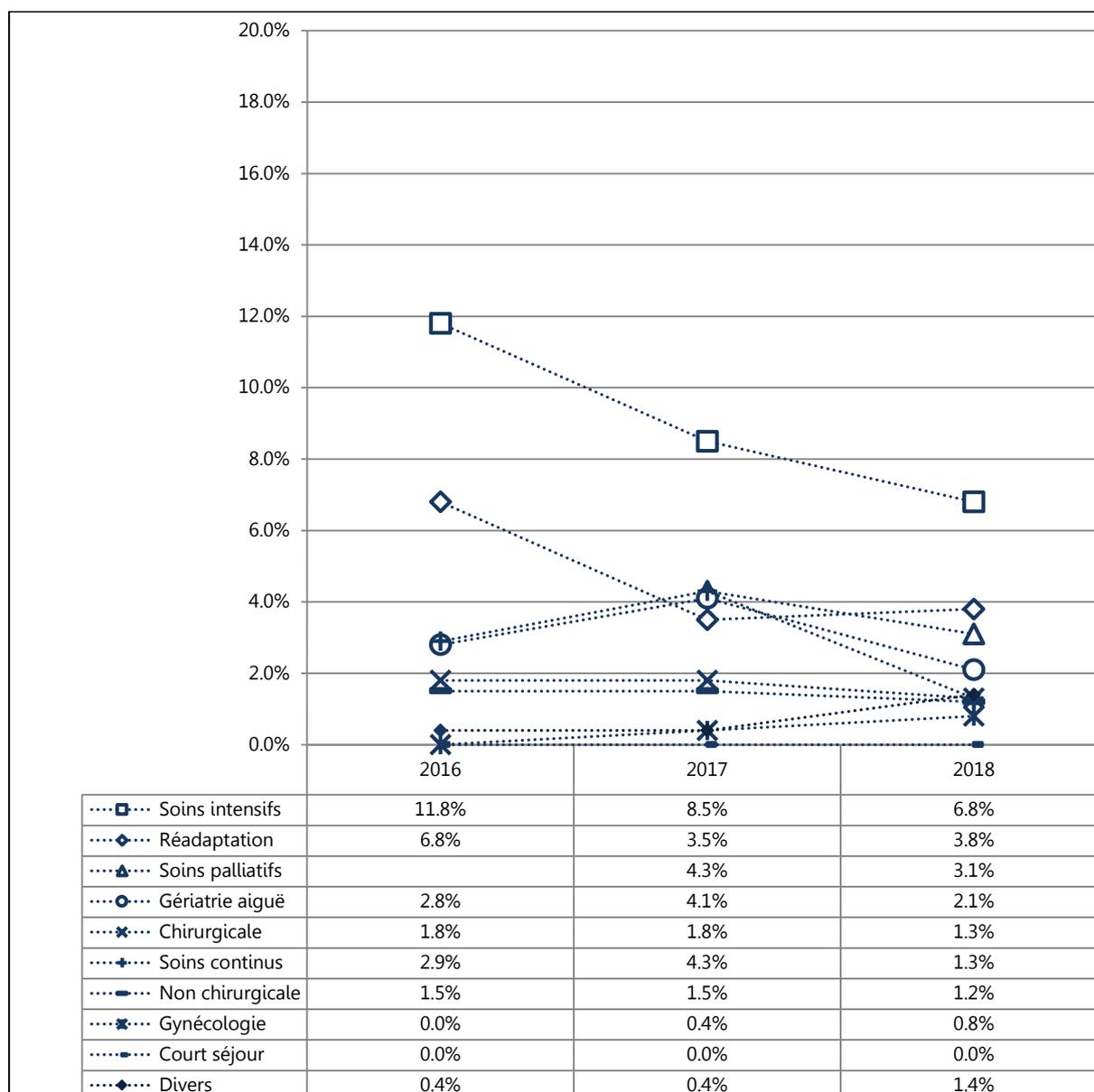
Tableau 4 : taux de prévalence des escarres nosocomiales répartis par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s participant-e-s		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2018	2477	6950	2695	1105	13227
	2017	2423	6722	2986	1096	13227
	2016	2505	6722	3323	915	13465
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Prévalence nosocomiale totale	2018	111 (4.5)	269 (3.9)	65 (2.4)	36 (3.3)	481 (3.6)
	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)
Prévalence nosocomiale catégorie ≥ 2	2018	57 (2.3)	109 (1.6)	23 (0.9)	10 (0.9)	199 (1.5)
	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)
Patient-e-s à risque d'escarre		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2018	797	2204	725	308	4034
	2017	770	2002	792	282	3846
	2016	795	1840	844	213	3692
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Prévalence nosocomiale totale patient-e-s à risque d'escarre	2018	97 (12.2)	250 (11.3)	60 (8.3)	29 (9.4)	436 (10.8)
	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)
Prévalence nosocomiale catégorie ≥ 2 patient-e-s à risque d'escarre	2018	51 (6.4)	102 (4.6)	22 (3.0)	9 (2.9)	184 (4.6)
	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)

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 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.

* 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 37 et dans le tableau 19 en annexe.

Le taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur le plus élevé a été enregistré dans le type d'unité soins intensifs avec 6,8 %. On remarque que les taux de prévalence de ce type d'unité de soins

a diminué en continu au cours des trois dernières années de mesure. Malgré une baisse d'un peu plus d'un point de pourcentage, le type d'unité soins palliatifs, relevé pour la première fois en 2017, se trouve cette année encore dans la plage supérieure du taux de prévalence calculé avec 3,1 %, tout comme la réadaptation (3,8 %). La fluctuation des taux des types d'unités soins continus, gériatrie aiguë et divers s'explique principalement par le petit nombre de cas par type d'unité de soins. Les taux de prévalence des autres types d'unités de soins sont restés relativement stables. D'un point de vue statistique, ces fluctuations sont de nature aléatoire.

4.1.4. Moment d'apparition des escarres

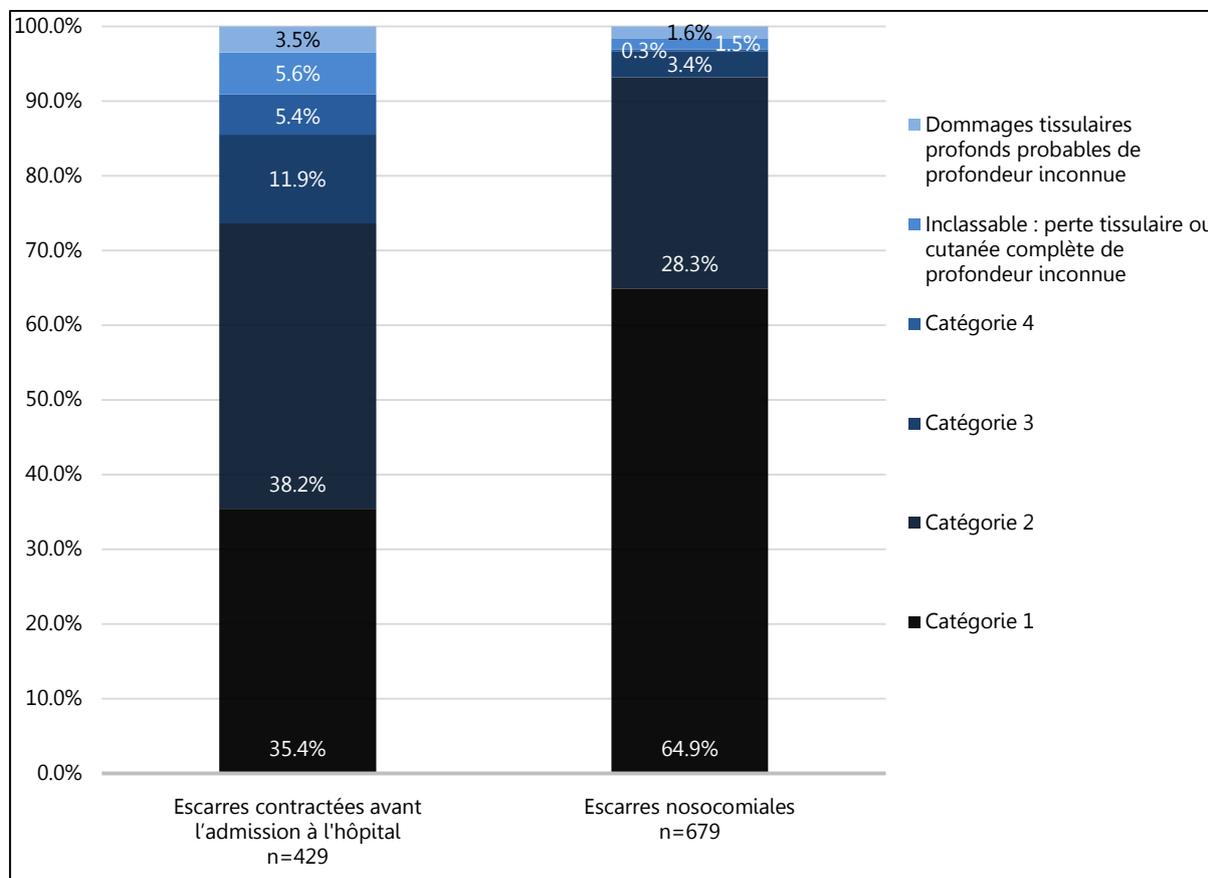
Un total de 1 108 escarres ont été constatées chez 765 patient-e-s. 530 personnes concernées présentaient une escarre et 235 au moins deux escarres. Un maximum de six escarres par patient-e a été constatée.

Pour 679 escarres sur 1 108 (61,3 %), il a été indiqué que l'escarre était nosocomiale, qu'elle était donc apparue après l'admission à l'hôpital. Sur ces 679 escarres nosocomiales, 568 (83,7 %) étaient apparues dans l'unité de soins actuelle. 12,1 % étaient apparues dans une autre unité de soins et pour 4,3 % des escarres nosocomiales, leur lieu d'apparition était incertain.

4.1.5. Nombre d'escarres selon la classification EPUAP

La figure 12 montre la distribution des 429 escarres contractées avant l'admission à l'hôpital ainsi que des 679 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*



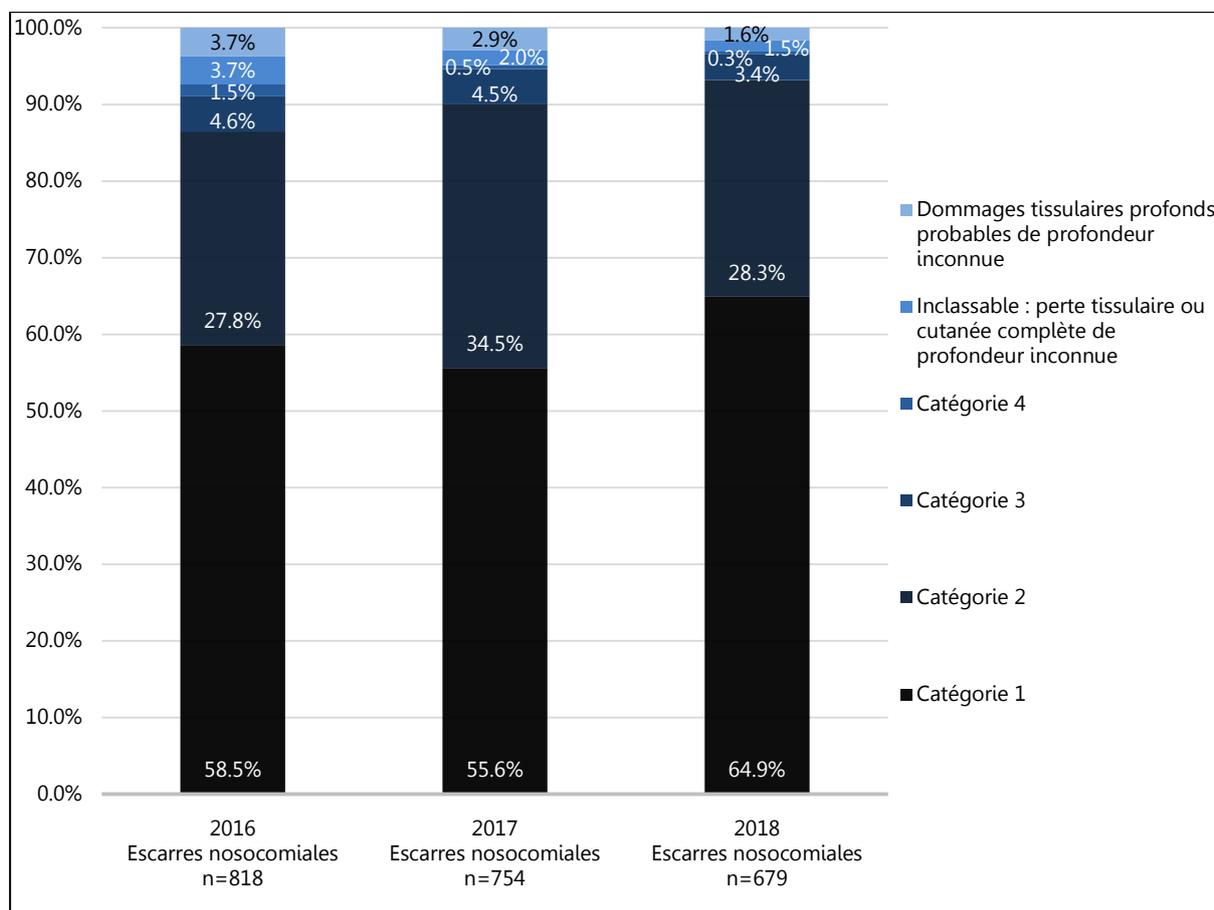
* Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 20 en annexe.

Avec 64,9 %, la plus grande part des escarres nosocomiales a été affectée à la catégorie 1 selon la classification EPUAP. 28,3 % étaient de catégorie 2. Les 6,8 % restants ont été affectés aux classifications d'escarres de catégorie 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 nettement moins d'escarres avec 35,4 %, la catégorie 2 tout juste dix points de pourcentage de plus avec 38,2 %, et la catégorie 3 et supérieur nettement plus que les escarres nosocomiales avec 26,4 % 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 trois dernières années de mesure.

Figure 13 : nombre et distribution des escarres nosocomiales selon la classification EPUAP au cours des 3 dernières années de mesure

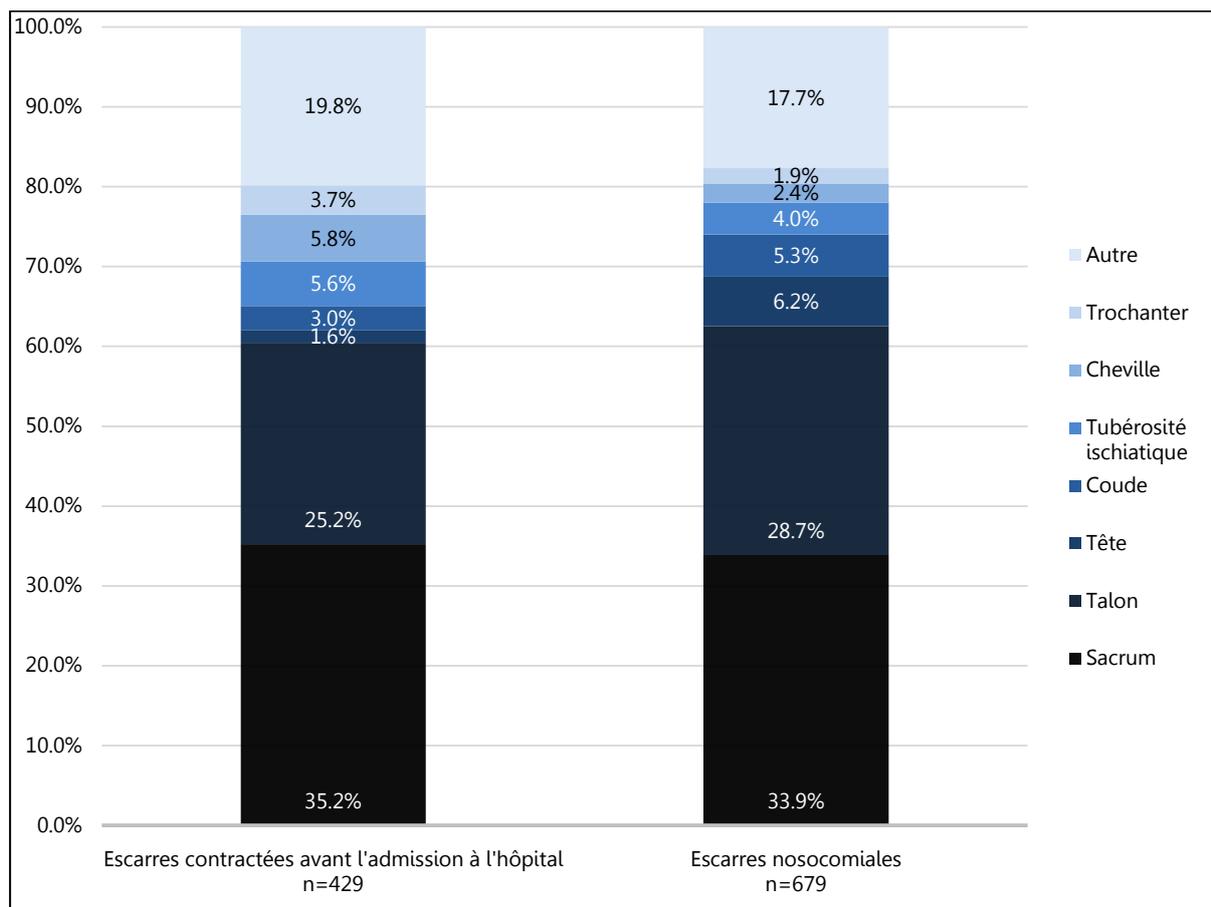


Comme on peut le voir sur la figure 13, depuis l'année de mesure 2016, près de 90 % des escarres nosocomiales sont de catégories 1 et 2, cette part ayant augmenté au cours des trois années de mesure. La part de la catégorie 2 a diminué par rapport à 2017 et se retrouve à nouveau au niveau de 2016. Cette baisse ainsi que le recul des parts de la catégorie 3 et supérieur s'accompagnent d'une augmentation de dix points de pourcentage dans la catégorie 1.

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*



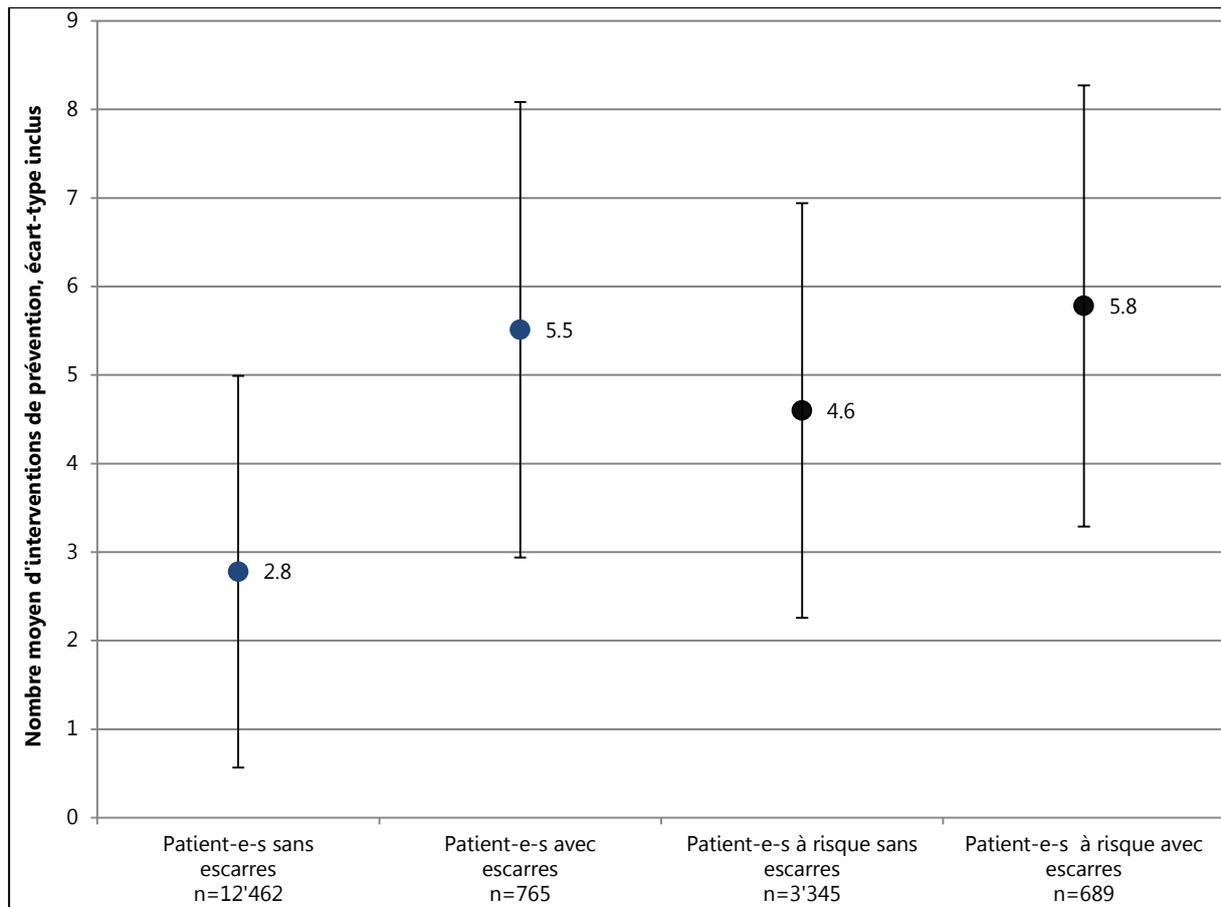
* Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 21 en annexe.

Des indications relatives à la localisation anatomique ont été données pour les 1 108 escarres identifiées. Comme pour l'année de mesure de 2017, 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 et le coude. Leur pourcentage est inférieur pour la tubérosité ischiatique, la cheville et le trochanter. 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 1,3 à 4,6 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 dans différents groupes de patients



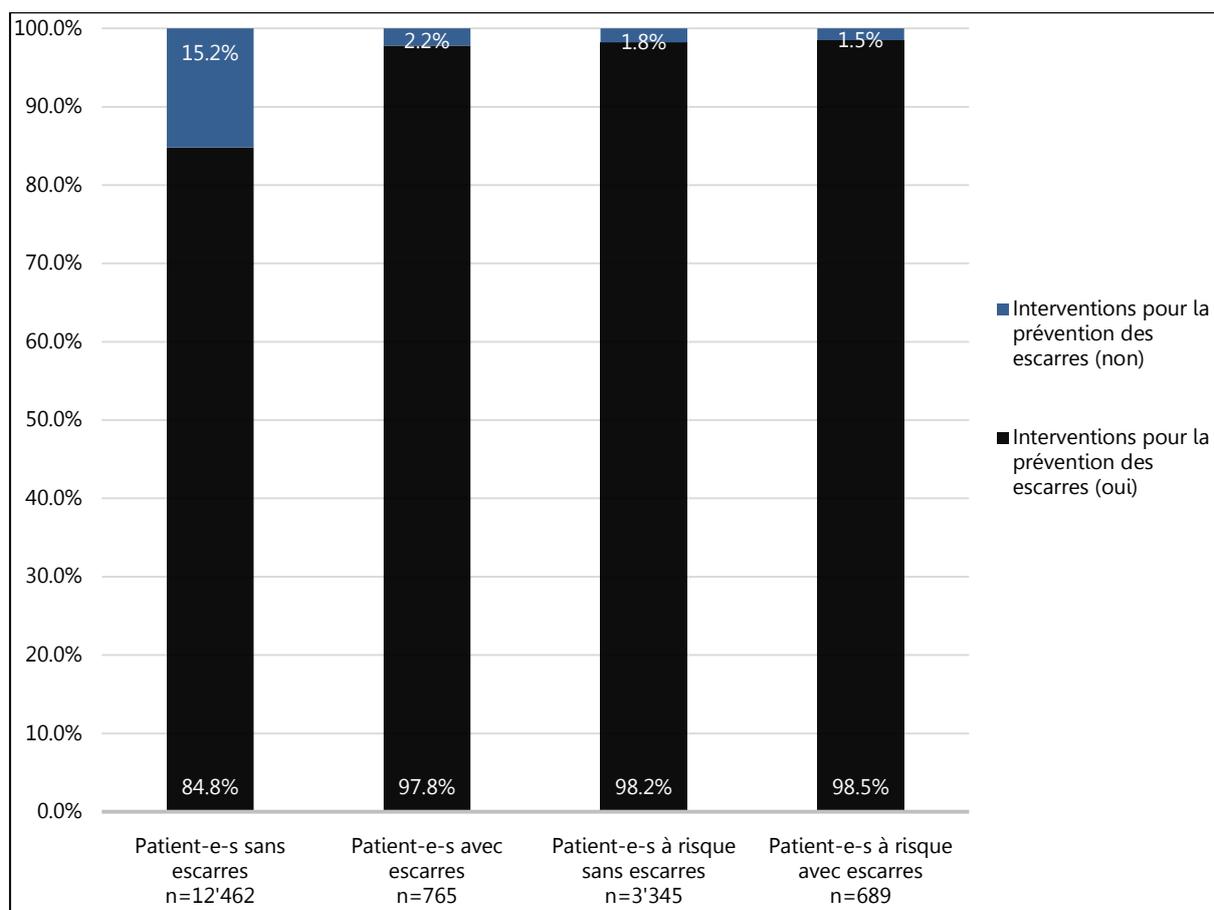
La figure 15 montre que les interventions préventives chez les patient-e-s avec escarre sont tout juste deux fois plus nombreuses que chez les patient-e-s sans escarre (nombre moyen d'interventions de 2,8 contre 5,5). Ainsi, au niveau national, au moins cinq différentes mesures préventives ont été prises en moyenne pour les participant-e-s avec escarre. Avec un écart-type de +/- 2,57, cela signifie que pour la majorité des participant-e-s avec escarre, trois à huit 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 4,6 contre 5,8).

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, trois interventions préventives sont mises en place par patient-e, ce nombre s'approche de cinq pour les patient-e-s à risque.

Par comparaison avec l'année précédente, en moyenne plus d'interventions ont été mises en place dans tous les groupes de patients. Cela pourrait être lié à la nouvelle option de réponse inspection régulière de la peau (voir chapitre 4.3.4).

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.

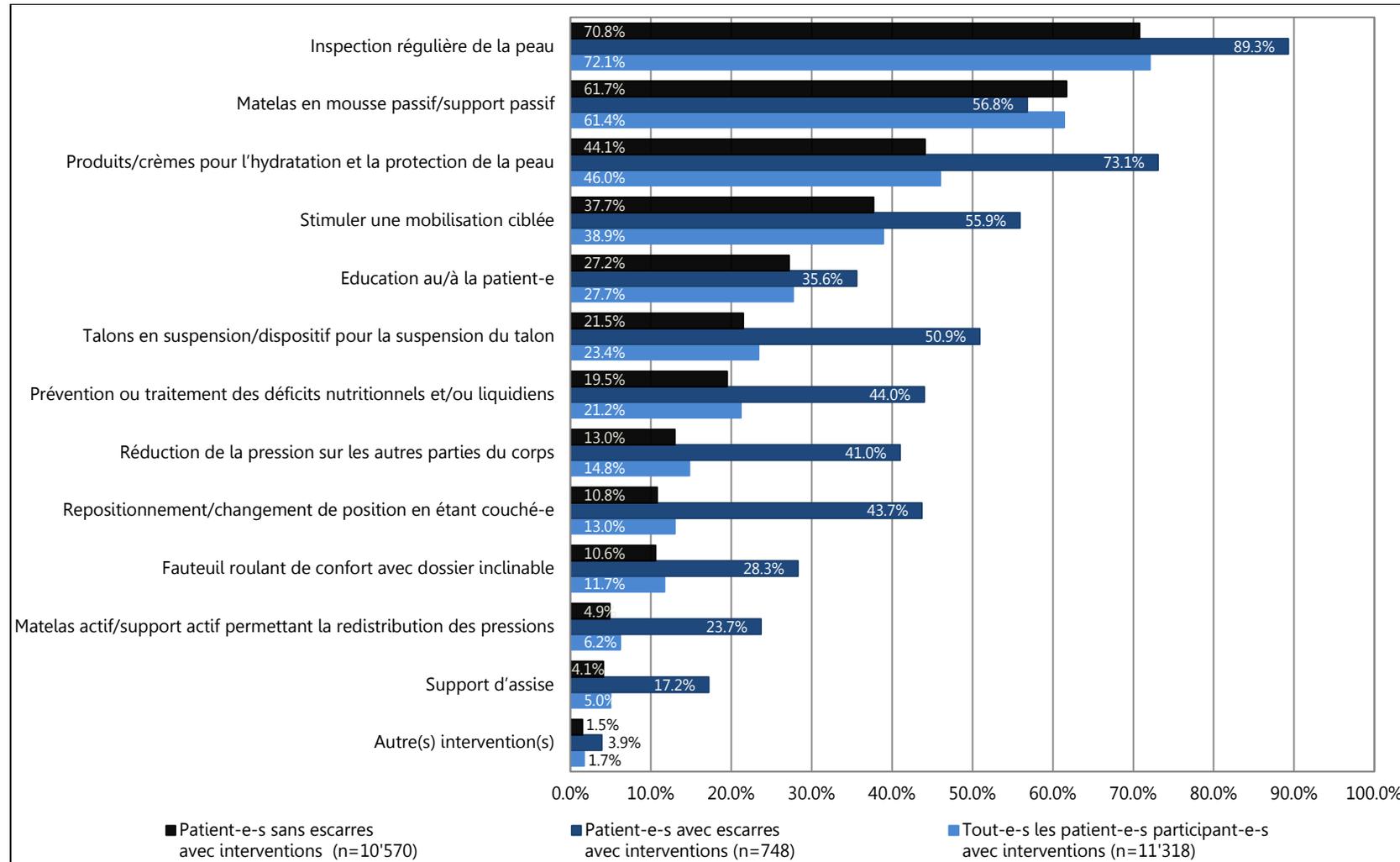
Figure 16 : part des patient-e-s ayant reçu ou non d'interventions de prévention des escarres dans différents groupes de patients



Des interventions préventives ont été mises en place chez 11 318 patient-e-s participant-e-s. Cela signifie que 85,6 % des participant-e-s ont reçu au moins une intervention préventive, ce qui représente une augmentation de 7,1 points de pourcentage par rapport à l'année précédente. La figure 16 montre que presque toutes/tous les patient-e-s ont reçu des interventions préventives s'ils avaient une escarre (97,8 %) et/ou présentaient un risque d'escarre (98,2 % sans escarre et 98,5 % 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*



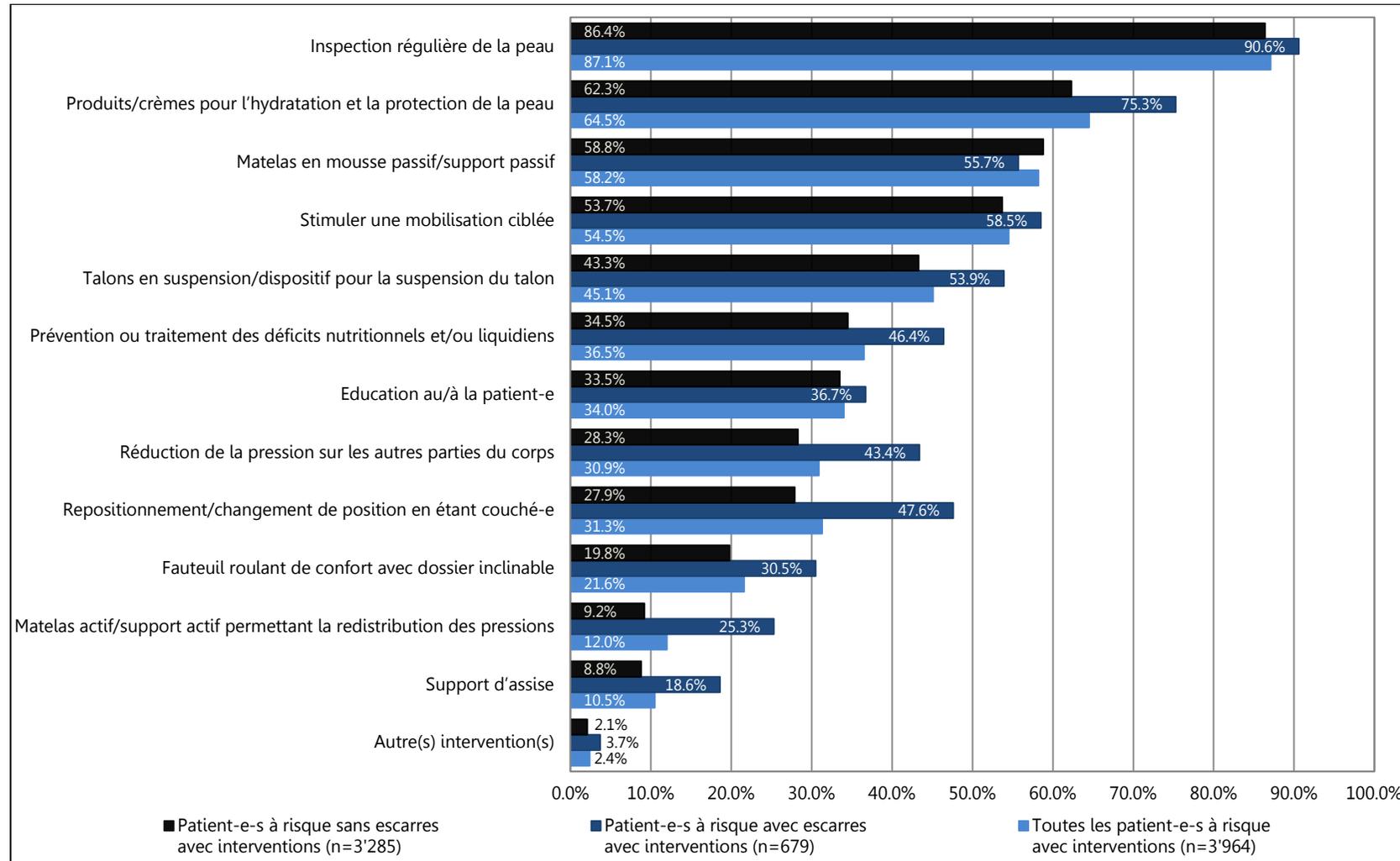
* Les patient-e-s sans interventions ont été exclu-e-s des analyses. Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 22 en annexe.

Comme on le voit sur la figure 17, les interventions préventives suivantes étaient entre autres au premier plan chez les participant-e-s sans escarre au niveau national : inspection régulière de la peau (70,8 %), matelas en mousse passif/support passif (61,7 %), produits/crèmes pour l'hydratation et la protection de la peau (44,1 %) et stimuler une mobilisation ciblée (37,7 %). Un autre schéma se dessinait pour les patient-e-s avec escarre : nettement plus d'interventions étaient mises en place. Les interventions suivantes étaient les plus fréquentes : inspection régulière de la peau (89,3 %), produits/crèmes pour l'hydratation et la protection de la peau (73,1 %), matelas en mousse passif/support passif (56,8 %), stimuler une mobilisation ciblée (55,9 %) et talons en suspension/dispositif pour la suspension du talon (50,9 %). À l'exception de la nouvelle intervention intégrée au questionnaire inspection régulière de la peau, les résultats sont comparables à ceux de la mesure précédente pour les deux groupes de patient-e-s.

La figure 18 montre que des interventions semblables ont été effectuées au niveau national chez les patient-e-s à risque avec et sans escarres. Chez les patient-e-s à risque avec escarre, les interventions préventives produits/crèmes pour l'hydratation et la protection de la peau (75,3 % contre 62,3 %), talons en suspension/dispositif pour la suspension du talon (53,9 % contre 43,3 %), repositionnement/changement de position en étant couché-e (47,6 % contre 27,9 %), prévention ou traitement des déficits nutritionnels et/ou liquidiens (46,4 % contre 34,5 %), réductions de la pression sur les autres parties du corps (43,4 % contre 28,3 %), fauteuil roulant de confort avec dossier inclinable (30,5 % contre 19,8 %) ainsi que matelas actif/support actif permettant la redistribution des pressions (25,3 % contre 9,2 %) ont été plus souvent utilisées que chez les patient-e-s à risque sans escarre.

Par comparaison avec toutes/tous les participant-e-s, les patient-e-s à risque ont plus souvent bénéficié, en pourcentage, de chacune des interventions. L'écart le plus net se dessine au niveau de l'intervention talons en suspension/dispositif pour la suspension du talon (+21,7 points de pourcentage). La seule exception est l'intervention matelas en mousse passif/support passif. En pourcentage, cette intervention a été un peu moins souvent utilisée chez les patient-e-s à risque que chez les patient-e-s sans risque (-3,2 points de pourcentage). Ces résultats correspondent aussi largement à ceux de la mesure précédente, à l'exception de l'inspection régulière de la peau.

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*

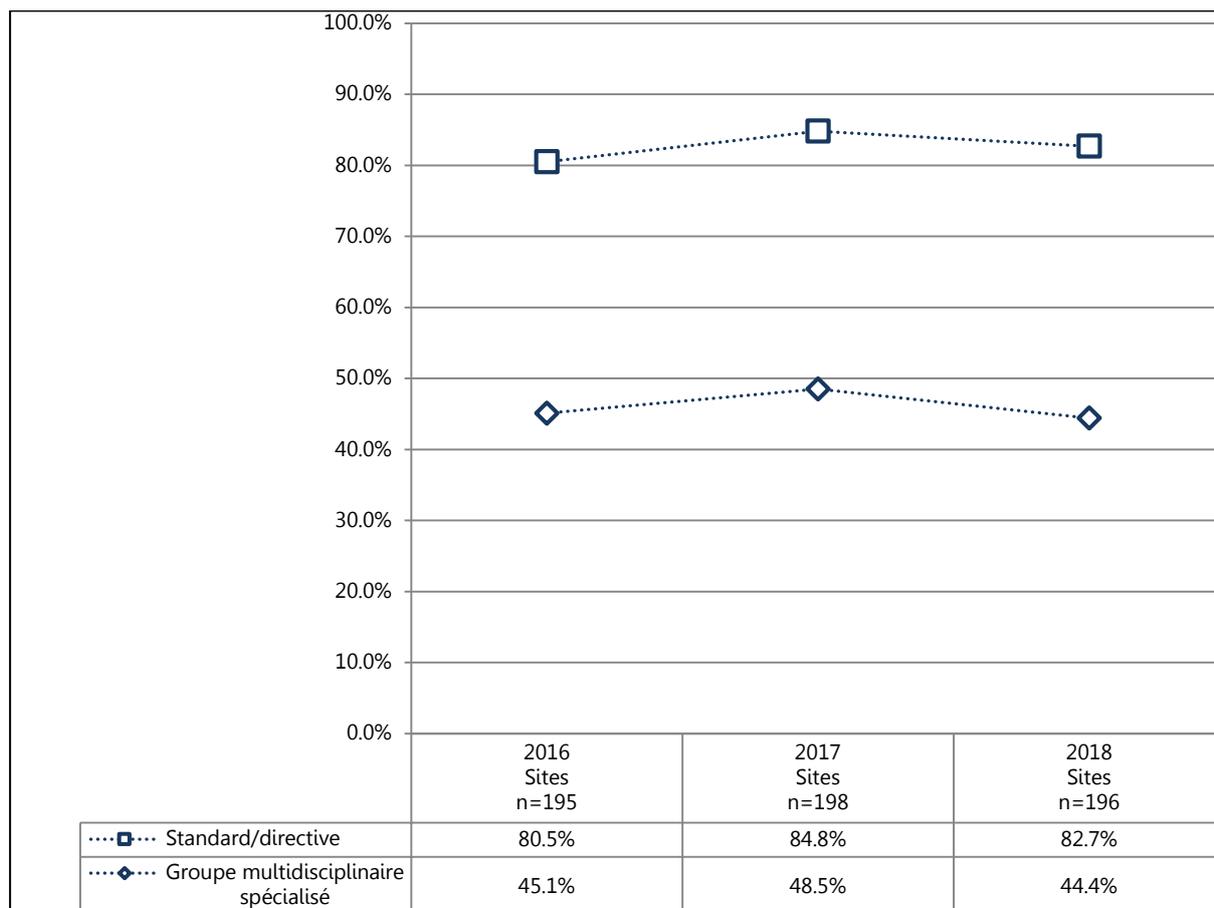


* Les patient-e-s à risque sans interventions ont été exclu-e-s des analyses. Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 23 en annexe.

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.

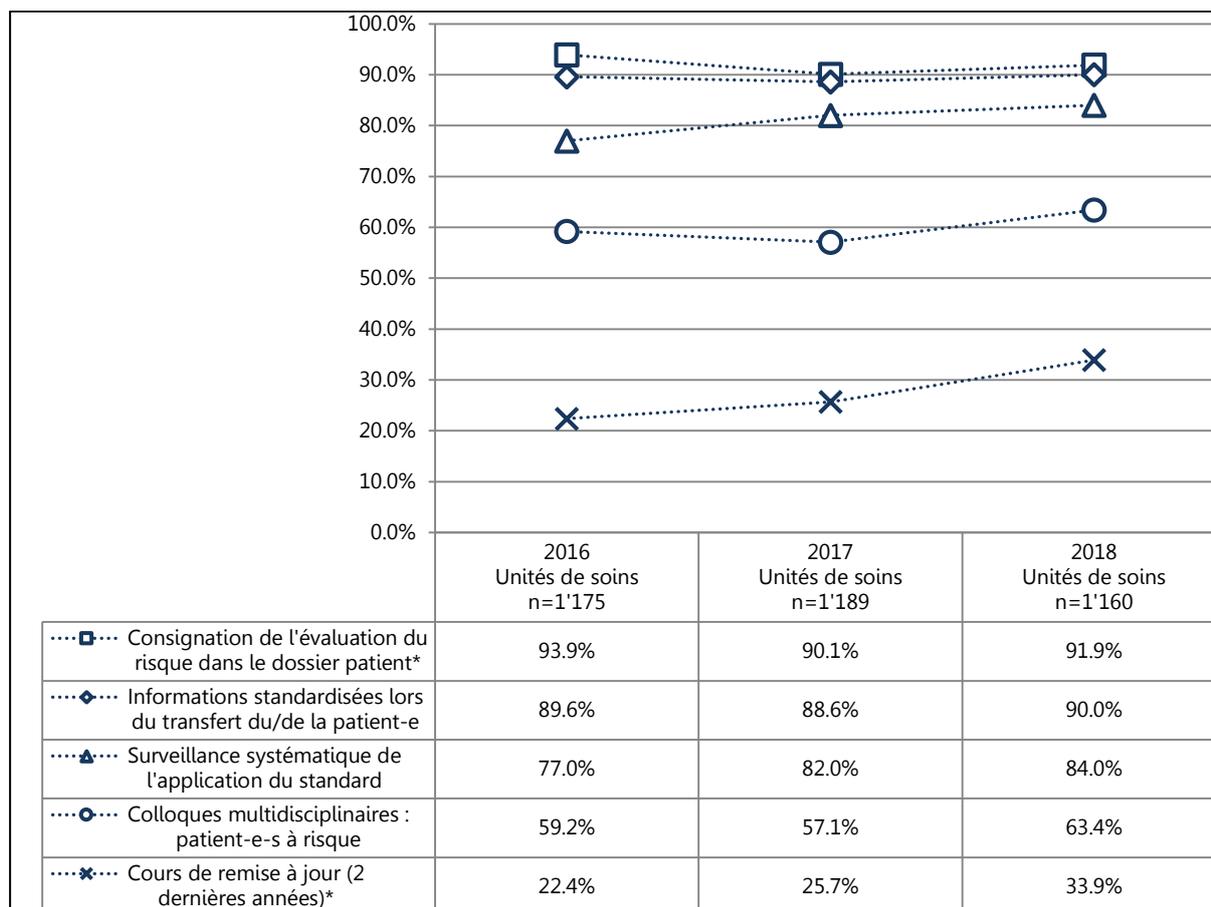
Figure 19 : indicateurs de structure escarres au niveau de l'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure



Au niveau national, 82,7 % 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 44,4 %, l'indicateur Groupe multidisciplinaire spécialisé sur le thème de l'escarre dans les hôpitaux est moins largement répandu que le premier. Après une augmentation constante du degré de réalisation des deux indicateurs de structure au cours des années précédentes, on observe pour la première fois un recul, qui peut être dû à une variation d'ordre aléatoire.

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



* Modification de la question au cours des années de mesure avec des conséquences possibles sur les résultats (cf. chapitre 2.2.5).

Au niveau national, on constate pour tous les indicateurs de structure une augmentation du degré de réalisation par rapport à l'année précédente. On observe l'augmentation la plus nette au niveau des cours de remise à jour sur le thème des escarres (+8,2 points de pourcentage), le degré de réalisation restant, avec 33,9 %, inférieur aux autres indicateurs de structure. Lors de l'interprétation de cette hausse, il faut tenir compte du fait que depuis l'année de mesure 2018, le critère de la durée minimale de deux heures n'est plus requis. Comme lors des années de mesure 2016 et 2017, 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 présentaient un degré de réalisation élevé supérieur à 90 %.

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 et sites hospitaliers. Y figurent également 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 47). La représentation graphique des résultats par type d'hôpital se trouve en annexe (cf. figures 38 à 45), tout comme la représentation des résultats sous forme de tableau (cf. tableau 27).

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 %	
Nombre des jours depuis l'admission	0–7 jours	Référence				
	8–14 jours	1.83	0.13	< 0.001	1.43	2.34
	15–28 jours	2.48	0.14	< 0.001	1.88	3.28
	≥ 29 jours	3.88	0.17	< 0.001	2.79	5.40
EDS	Indépendance complète (70–75)	Référence				
	Indépendance prépondérante (60–96)	0.89	0.18	0.509	0.62	1.26
	Dépendance partielle (45–59)	0.97	0.18	0.866	0.68	1.39
	Dépendance prépondérante (25–44)	1.57	0.19	0.020	1.07	2.29
	Dépendance complète (15–24)	1.84	0.23	0.008	1.17	2.89
Nombre des groupes de diagnostics CIM	1	Référence				
	2–3	1.21	0.21	0.348	0.81	1.81
	4–5	1.80	0.21	0.006	1.19	2.72
	≥ 6	1.96	0.23	0.003	1.26	3.05
CIM GD maladies de l'appareil circulatoire (oui)		1.22	0.13	0.126	0.95	1.57
CIM GD symptômes et résultats anormaux (examens cliniques et labo.) (oui)		0.58	0.22	0.013	0.38	0.89
Patient-e à risque d'escarres selon l'échelle de Braden (oui)		2.24	0.21	< 0.001	1.47	3.41
Intervention chirurgicale (oui)		1.31	0.11	0.010	1.07	1.61
Risque d'escarres selon évaluation clinique subjective (oui)		10.92	0.19	< 0.001	7.57	15.77

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 10,9. S'il s'agit d'un-e patient-e identifié-e comme patient-e à risque à l'aide de l'échelle de Braden, le risque est multiplié par plus de 2,2.

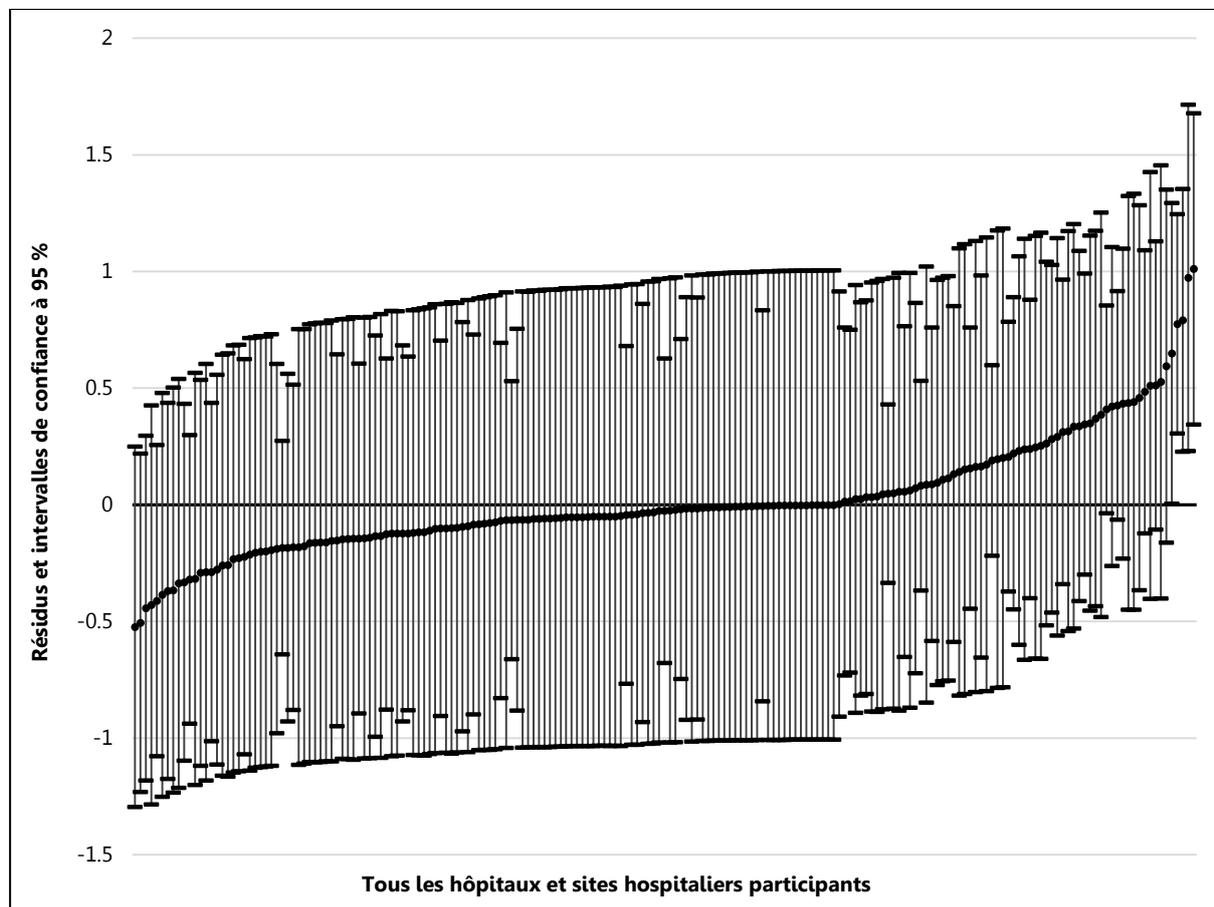
Le risque d'escarre augmente avec la hausse de la dépendance aux soins. À partir du niveau « dépendance prépondérante », il augmente de plus de 50 % par rapport à une indépendance complète. Au niveau « dépendance complète », il augmente de plus de 80 %. Le nombre de jours depuis l'admission se révèle 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 près de quatre 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 près de deux fois et demi plus élevé.

De façon similaire, la hausse du nombre des groupes de diagnostics CIM s'accompagne d'une hausse du risque d'escarre. Pour un-e patient-e présentant plus de cinq groupes de diagnostics CIM, le risque est presque deux fois plus élevé que pour un-e patient-e n'en présentant qu'un. En cas d'intervention chirurgicale dans les deux semaines précédentes, le risque est multiplié par 1,31.

Contrairement aux évaluations précédentes, il a été impossible d'identifier un groupe de diagnostics contribuant significativement à l'augmentation du risque d'escarre. Cependant, le groupe de diagnostics Symptômes et résultats anormaux (examens cliniques et de laboratoire) est apparu comme une variable diminuant significativement le risque.

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 de tous les hôpitaux.

Ces résultats montrent que cinq 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, cinq 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 cinq hôpitaux. Bien que de nombreux hôpitaux enregistrent des escarres plus fréquentes que la moyenne de tous les hôpitaux, le constat n'est statistique-

quement significatif que pour les cinq hôpitaux dont l'intervalle de confiance global est situé au-dessus de la ligne du zéro. Aucun hôpital ne présente une fréquence significativement inférieure des escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur.

4.2.2. Escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur

La détection formelle 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 %	
Sexe (féminin)		0.76	0.38	0.076	0.56	1.03
Groupe d'âge		Référence				
	18–54 ans	Référence				
	55–74 ans	0.66	0.25	0.094	0.41	1.07
	≥ 75 ans	0.59	0.25	0.035	0.36	0.96
Nombre des jours depuis l'admission		Référence				
	0–7 jours	Référence				
	8–14 jours	2.40	0.20	< 0.001	1.62	3.56
	15–28 jours	3.95	0.21	< 0.001	2.62	5.94
	≥ 29 jours	7.76	0.22	< 0.001	5.02	12.00
EDS		Référence				
	Indépendance complète (70–75)	Référence				
	Indépendance prépondérante (60–96)	0.87	0.28	0.604	0.50	1.49
	Dépendance partielle (45–59)	0.97	0.28	0.912	0.56	1.69
	Dépendance prépondérante (25–44)	1.41	0.30	0.251	0.78	2.55
	Dépendance complète (15–24)	2.94	0.32	< 0.001	1.57	5.50
CIM DG malform. congénitales et anomalies chromosomiques (oui)		0.25	1.06	0.193	0.03	2.01
CIM DG maladies de l'appareil circulatoire (oui)		1.53	0.19	0.027	1.05	2.22
CIM DG troubles mentaux et du comportement (oui)		2.74	0.39	0.011	1.27	5.95
CIM DG maladies endocriniennes, nutritionnelles et métab. (oui)		1.38	0.16	0.042	1.01	1.88
CIM DG causes externes de morbidité (oui)		1.73	0.34	0.112	0.88	3.40

	OR	Erreur standard	Valeur p	OR – intervalle de confiance à 95 %	
Patient-e à risque d'escarres selon l'échelle de Braden (oui)	1.97	0.34	0.047	1.01	3.84
Risque d'escarres selon évaluation clinique subjective (oui)	13.50	0.32	< 0.001	7.25	25.12
Interaction type d'hôpital – intervention chirurgicale	1.22	0.07	0.003	1.07	1.40
Interaction type d'hôpital – CIM DG troubles mentaux et du comportement	0.58	0.20	0.006	0.40	0.86

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. En cas d'évaluation positive de l'évaluation du risque, le risque d'escarre de catégorie 2 et supérieur est 3,5 fois supérieur par rapport à une évaluation du risque négative. Une évaluation du risque positive selon l'échelle de Braden est associée à une probabilité deux fois supérieure.

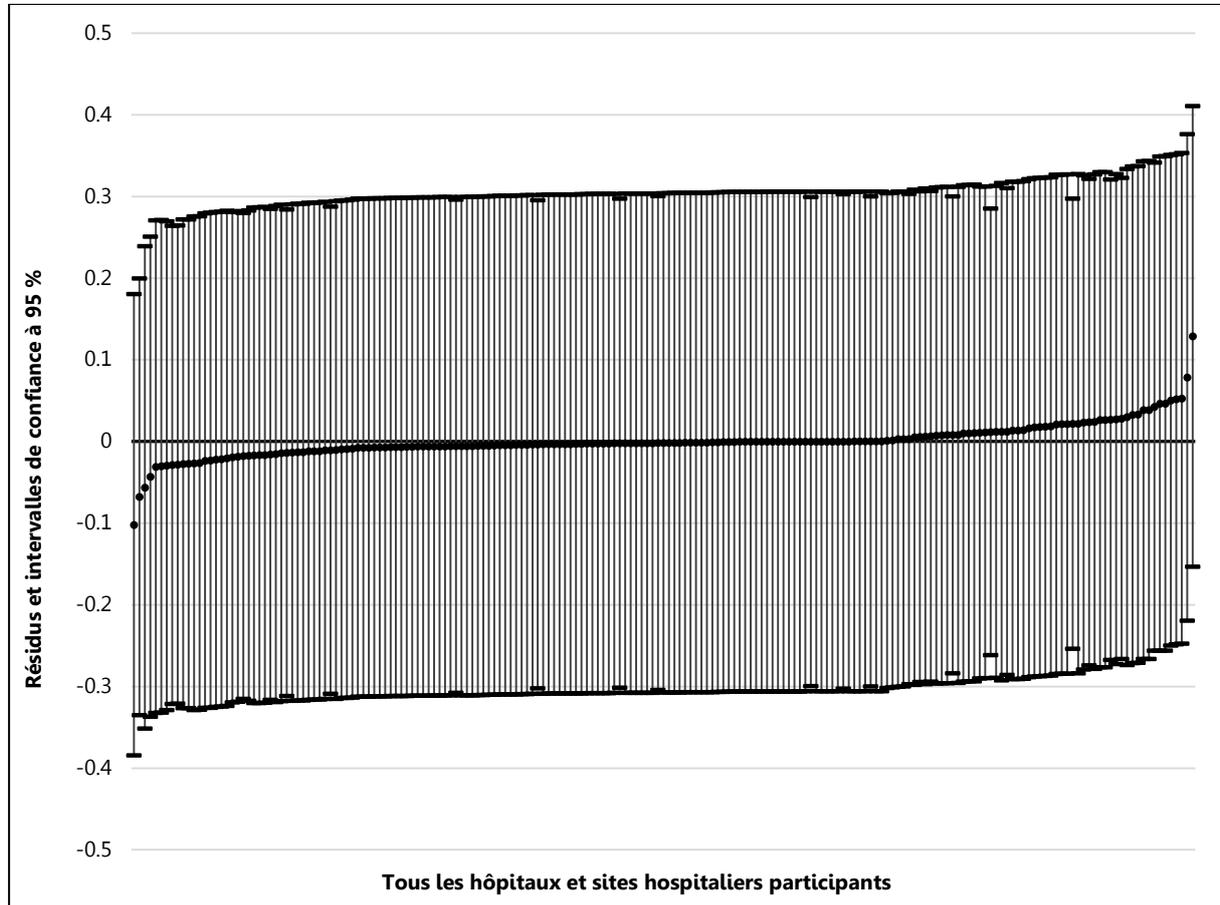
Le nombre de jours depuis l'admission est plus pertinent pour les escarres de catégorie 2 et supérieur que pour la catégorie 1 et supérieur. Le risque d'escarre augmente presque huit fois plus lorsque le nombre des jours depuis l'admission dépasse les 28 jours. Si ce nombre de jours se situe entre 15 et 28 jours, le risque est multiplié par quatre. 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 également une variable s'avérant pertinente. À partir du niveau « dépendance partielle », le risque augmente graduellement jusqu'au niveau « dépendance complète », pour lequel le risque est presque 3 fois supérieur à celui de l'indépendance complète. En revanche, le groupe d'âge 75 et plus réduisait significativement le risque.

Globalement, l'éventail de groupes de diagnostics CIM augmentant le risque d'escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur était relativement large. On constate un lien significatif avec le risque d'escarre pour les groupes de diagnostics CIM Maladies de l'appareil circulatoire, Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques et pour le groupe de diagnostics Troubles mentaux et du comportement. En outre, deux autres groupes de diagnostics CIM non significatifs ont été introduits dans le modèle, l'un augmentant le risque de contracter une escarre de catégorie 2 et supérieur et l'autre le réduisant.

Par ailleurs, les variables Interaction type d'hôpital – intervention chirurgicale et Interaction type d'hôpital – GD CIM Troubles mentaux et du comportement ont également été sélectionnées dans le modèle car ayant une influence significative. Par exemple, pour la variable Interaction type d'hôpital – Intervention chirurgicale, cela signifie que l'intervention chirurgicale s'est révélée particulièrement prédictive, mais uniquement pour certains types d'hôpitaux.

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 qu'aucun hôpital ne s'écarte significativement de la moyenne de tous les hôpitaux. On constate donc ici 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 %), de France (Barrois, Colin, & Allaert, 2018 : 8,1 %–8,9 %), du pays de Galles et de Finlande (Clark, Semple, Ivins, Mahoney, & Harding, 2017; Koivunen, Hjerpe, Luotola, Kauko, & Asikainen, 2018 : resp. 8,7 %), d'Allemagne (Lechner, Lahmann, Neumann, Blume-Peytavi, & Kottner, 2017), des États-Unis (Kayser, VanGilder, & Lachenbruch, 2019; VanGilder, Lachenbruch, Algrim-Boyle, & Meyer, 2017 : 8,8 %–13,4 %), de Turquie (Kasikci, Aksoy, & Ay, 2018 : 12,7 %) et du Canada (Backman, Vanderloo, Miller, Freeman, & Forster, 2016 : 14,6 %). Deux études chinoises dans sept et cinq hôpitaux ont trouvé des taux de prévalence totale nettement inférieurs (Feng et al., 2018; Zhou et al., 2018 : 1,8 % resp. 1,3 %).

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'une des études chinoises susmentionnées, 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; Kayser et al., 2019; Koivunen et al., 2018; Lechner et al., 2017; Smith, Ashby, Thomas, & Williams, 2018; VanGilder et al., 2017). Une étude chinoise présente là aussi une valeur inférieure (1,0 %) (Feng et al., 2018).

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). 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 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 trois dernières années sont mis en regard des résultats correspondants de la Suisse. 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. Lorsque l'on interprète le tableau, il convient de prendre en compte le fait que le nombre de patient-e-s participant-e-s est bien inférieur à celui de Suisse dans les autres pays.

Tableau 7 : valeurs comparatives internationales des taux de prévalence des escarres (soins aigus) des mesures LPZ au cours des 3 dernières années de mesure dans différents groupes de patients

Taux de prévalence		Suisse	Autriche	Pays-Bas	Turquie
Patient-e-s participant-e-s		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2018	13227	3382	123	
	2017	13227	3169	128	571
	2016	13465	2627	131	541
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Prévalence totale	2018	765 (5.8)	97 (2.9)	8 (6.5)	
	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	2018	400 (3.0)	68 (2.0)	2 (1.6)	
	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	2018	481 (3.6)	42 (1.2)	5 (4.1)	
	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)
Prévalence nosocomiale catégorie ≥ 2	2018	199 (1.5)	26 (0.8)	0 (0.0)	
	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		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2018	4034	507	40	
	2017	3846	558	37	184
	2016	3692	388	43	176
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Prévalence nosocomiale totale chez les patient-e-s à risque d'escarre	2018	436 (10.8)	39 (7.7)	5 (12.5)	
	2017	489 (12.7)	40 (7.2)	7 (18.9)	24 (13.0)
	2016	525 (14.2)	37 (9.5)	6 (14.0)	17 (9.7)
Prévalence nosocomiale catégorie ≥ 2 chez les patient-e-s à risque d'escarre	2018	184 (4.6)	23 (4.5)	0 (0.0)	
	2017	233 (6.1)	23 (4.1)	2 (5.4)	20 (10.9)
	2016	240 (6.5)	24 (6.2)	2 (4.7)	12 (6.8)

Champes vides = aucune donnée disponible.

Par rapport aux deux et trois dernières mesures LPZ, *les taux de prévalence nosocomiale totale* de la Suisse se situent à un niveau comparable à celui de la Turquie, légèrement inférieur à celui des Pays-Bas, mais supérieur à celui de l'Autriche. La prévalence nosocomiale totale de la Suisse se situe, avec 3,6 %, 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 catégorie 2 et supérieur*, il s'avère que les taux suisses sont légèrement 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 1,5 % pour l'année de mesure 2018.

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.

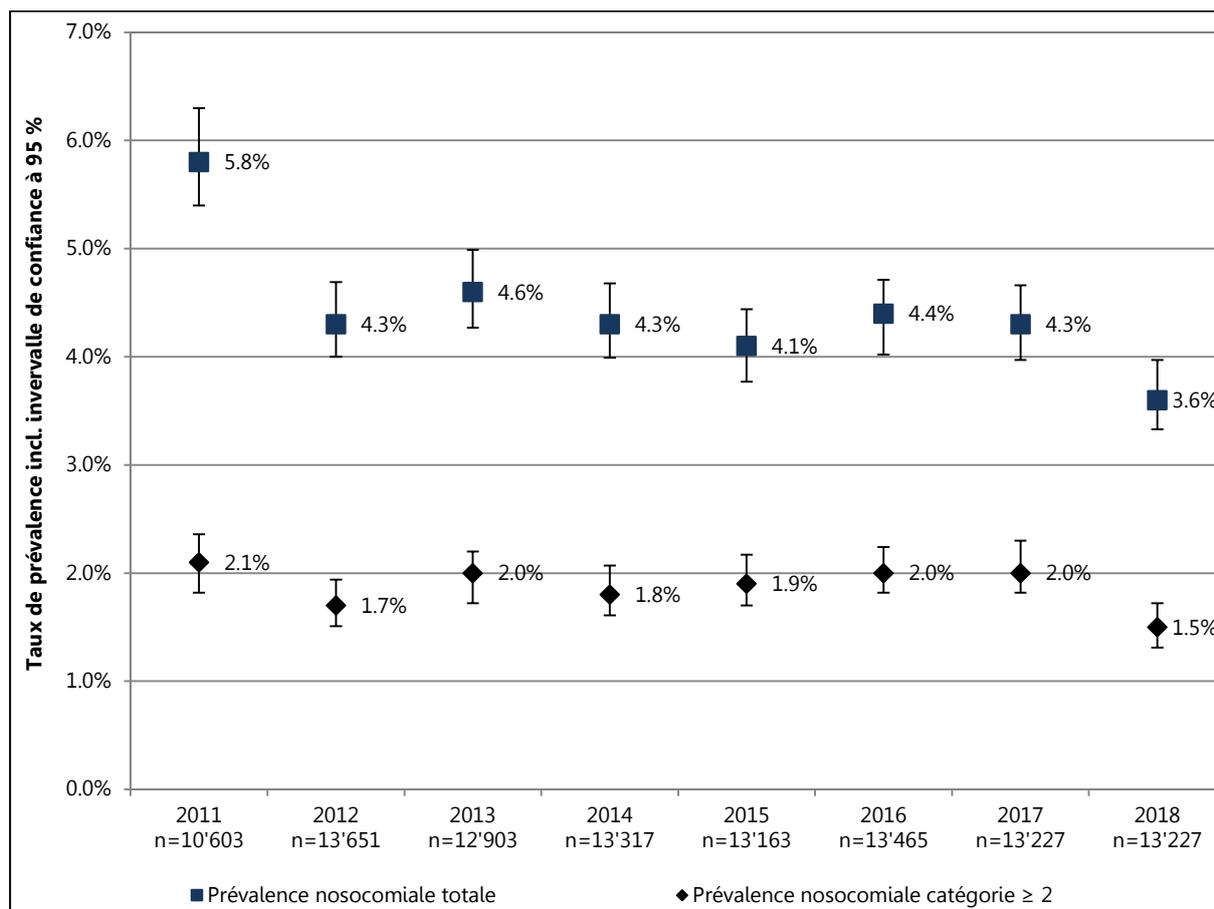
Au *niveau des unités de soins*, comme pour les années précédentes, ce sont les unités de soins intensifs qui affichent les taux de prévalence les plus élevés de Suisse avec 12,0 % (prévalence nosocomiale totale) et 6,8 % (taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur). Sur les 3 dernières années de mesure, les taux de prévalence nosocomiale de ce type d'unité de soins ont diminué en continu et sont inférieurs ou comparables aux données comparatives actuelles de la littérature.

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 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

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

Figure 23 : comparaison des taux de prévalence des escarres nosocomiales sur les 8 dernières années de mesure



Le taux national de prévalence nosocomiale totale a varié entre 3,6 % et 5,8 % au cours des huit 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 2018. Lors de la mesure 2018, on a pu observer, pour la première fois sur les huit dernières années de mesure, une valeur inférieure à 4 %, avec 3,6 %. Cette valeur est significativement inférieure à celle des années de mesure 2011 à 2014 et 2016. On obtient une différence tout juste non significative par rapport à la mesure de 2017.

Pour la prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur, les variations s'élevaient de 0,1 à 0,6 point de pourcentage entre les années de mesure. Lors de la mesure 2018, comme pour la prévalence totale, la valeur la plus basse des huit dernières années de mesure a été atteinte, avec une prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur de 1,5 %. Ces taux de prévalence sont significativement différents des résultats des années 2011, 2016 et 2017. La différence par rapport à l'année de mesure 2013 est tout juste non significative.

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, on observe que la prévalence nosocomiale totale a significativement baissé entre la première et la deuxième mesure nationale de la prévalence, mais aussi qu'elle s'est stabilisée entre 4,1 % et 4,6 % au cours des cinq années suivantes. Dans la mesure de cette année, on observe de nouveau une tendance à la baisse. Le taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur est resté assez bas et plus ou moins stable depuis le début de la mesure nationale de la prévalence en Suisse par comparaison avec la littérature internationale. 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. La mesure de cette année est également la première à faire apparaître une baisse statistiquement significative. Cela pourrait indiquer une sensibilisation accrue à l'indicateur escarres et une nouvelle amélioration du niveau de qualité dans les hôpitaux.

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 2017, on comptait treize hôpitaux présentant un taux de prévalence significativement plus élevé et un hôpital qui s'écartait positivement au sens clinique de la moyenne. En 2018, cinq hôpitaux présentaient un écart significatif négatif au sens clinique. On constate cependant une certaine constance des hôpitaux considérés comme « hors norme ». Quatre des hôpitaux identifiés en 2018 faisaient déjà partie des hors norme en 2017.

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, était donc élevé. Dans les mesures effectuées avant 2017, le nombre d'hôpitaux « hors norme » évoluait entre 0 et 3. En 2018, on ne comptait pas d'hôpitaux « hors norme ».

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'avait pas été relevée dans le questionnaire de 2016, mais a été réintroduite en 2017. Celle-ci ne s'était toutefois pas révélée totalement pertinente cette année-là, vu qu'elle n'a pas été sélectionnée dans le modèle. En revanche, c'était de nouveau le cas en 2018, où l'évaluation du risque selon l'échelle de Braden a de nouveau été sélectionnée dans le modèle. Comme l'ont montré les résultats de l'ajustement au risque, l'évaluation clinique subjective joue cependant un rôle bien plus significatif dans ce contexte, ce qui correspond également aux résultats de la recherche internationale.

Concernant les groupes de diagnostics CIM, seuls deux groupes ont été sélectionnés dans le modèle pour les escarres de catégorie 1 et supérieur en 2018. En 2017, six l'avaient été et les deux de l'année précédente n'en faisaient pas partie. En revanche, nettement plus de groupes de diagnostics ont été sélectionnés pour l'analyse des escarres de catégorie 2 et supérieur, ce qui correspondait au résultat de 2017. Là aussi, cela a donné lieu à des fluctuations. 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.

Comme les années précédentes, l'évaluation clinique subjective s'est avérée être le prédicteur le plus fort dans les deux analyses des escarres. 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 85 % des patient-e-s à risque ainsi que chez les personnes avec escarre (nosocomiale), le risque a été documenté. Cela signifie aussi que le risque d'escarre n'était pas documenté pour une personne sur six présentant un risque d'escarre, ainsi que pour une personne sur sept présentant des escarres. 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. À ce sujet, l'étude de Padula et al. (2015) montre par exemple que l'identification claire de patient-e-s à (haut) risque à l'aide d'un marquage au niveau du lit faisait mieux prendre conscience au personnel soignant que le/la patient-e présentait un risque d'escarres. Cela a permis de mettre en œuvre davantage de mesures de prévention standardisées, ce qui a entraîné une nette diminution des taux d'escarres nosocomiales. Il faut cependant souligner que sur les 3 dernières années de mesure, on observe une évolution positive en Suisse : la part de patient-e-s à risque et de patient-e-s avec escarre présentant un risque documenté a augmenté. Le fait que le lieu d'origine dans l'hôpital soit indiqué sans équivoque pour 95,8 % des escarres nosocomiales est aussi 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 en majorité respectivement à la première et à la deuxième position (Bredesen et al., 2015b; Jull et al., 2016; Smith et al., 2018). La part en pourcentage des escarres de catégorie 3 et supérieur en Suisse (6,8 %) est significativement inférieure à celle des autres pays (beispielsweise Backman et al., 2016; Smith et al., 2018; 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; Smith et al., 2018) 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 (beispielsweise Chaboyer et al., 2018; Clark et al., 2017; Smith et al., 2018; Zhou et al., 2018).
- *Interventions préventives* : l'évaluation des interventions pour la prévention et le traitement des escarres montre que le nombre moyen d'interventions a augmenté par rapport à l'année précédente. Cette hausse pourrait être due à l'intervention Inspection régulière de la peau, relevée pour la première fois en 2018. Cette intervention est aussi nettement l'intervention de

prévention des escarres la plus souvent citée, en accord avec les recommandations des organismes NPUAP-EPUAP-PPPIA (2014). 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, tout comme le fait que presque tous/toutes les participant-e-s (largeur de fenêtre de 97,8 % à 98,5 %) présentant un risque d'escarres et/ou des escarres bénéficiaient d'interventions préventives. Les mesures les plus utilisées se recourent majoritairement avec les recommandations actuelles dans la ligne directrice (NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014). En revanche, les supports d'assise demeurent très peu employés, contrairement aux recommandations. La part de l'éducation du/de la patient-e semble également plutôt basse dans le contexte de l'importance grandissante des concepts tels que la participation des patient-e-s et le centrage sur la personne.

Pour les indicateurs de structure au niveau de l'hôpital et des unités de soins, on constate par rapport à l'Autriche (Eglseer, Hödl, & Lohrmann, 2019) qu'en Suisse, on accorde moins d'importance aux aspects multidisciplinaires de l'indicateur escarres. Le traitement plutôt monodisciplinaire en Suisse pourrait être en lien avec le domaine de compétence du personnel soignant ainsi que le nombre d'expert-e-s en plaies à disposition. De même, 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 présentaient également un degré de réalisation plus élevé en Autriche. En revanche, en Suisse, le respect des directives est contrôlé de façon plus systématique au niveau des unités de soins et les cours de remise à jour pour les collaborateurs sont plus fréquents.

Au niveau national, les observations suivantes étaient au premier plan pour les trois dernières années de mesure :

- Dans l'ensemble, la situation est stable ou légèrement en recul pour les indicateurs de structure au niveau de l'hôpital. En revanche, on observe une tendance stable ou légèrement à la hausse au niveau des unités de soins. L'augmentation la plus nette est celle du degré de réalisation de l'indicateur Cours de remise à jour (+8,2 points de pourcentage). Cette hausse pourrait être en lien avec la modification des critères pour cet indicateur de structure. À partir de la mesure 2018, le critère d'une durée minimale de deux heures a été supprimé afin de pouvoir tenir compte de nouvelles approches de formation telles que le conseil clinique auprès du/de la patient-e, les outils d'e-learning, etc. Malgré cette augmentation, la valeur actuelle est toujours nettement inférieure au degré de réalisation des autres indicateurs de structure au niveau des unités de soins.
- 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 collaborateurs pourrait contribuer à des résultats encore meilleurs.

5. Indicateur chutes

5.1. Résultats descriptifs pour l'indicateur chutes

Dans ce chapitre, les résultats pour l'indicateur chutes sont décrits de la 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, conséquences des chutes et taux de blessures, interventions de prévention des chutes et enfin 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, 457 participant-e-s (3,5 %) avaient chuté à l'hôpital dans les 30 jours précédant la mesure. Dans le tableau 8, les caractéristiques de ces 457 patient-e-s sont décrites et réparties par 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>	80	247	77	53	457
Sexe (féminin)	<i>n (%)</i>	33 (41.3)	126 (51.0)	40 (51.9)	32 (60.4)	231 (50.5)
Intervention chirurgicale (oui)	<i>n (%)</i>	32 (40.0)	62 (25.1)	26 (33.8)	15 (28.3)	135 (29.5)
Âge (en ans)	<i>VM (ÉT)</i>	70.2 (15.42)	77.1 (12.30)	77.0 (14.09)	77.5 (14.83)	75.9 (13.72)
	<i>Médiane (EI)</i>	71.5 (24.00)	79.0 (13.00)	79.0 (16.50)	81.0 (14.50)	78.0 (16.50)
Nombre des jours depuis l'admission	<i>VM (ÉT)</i>	20.3 (34.59)	13.7 (14.09)	12.1 (10.35)	17.0 (16.79)	15.0 (19.29)
	<i>Médiane (EI)</i>	13.0 (16.75)	8.0 (9.00)	8.0 (10.00)	13.0 (16.50)	10.0 (13.00)
Nombre des groupes de diagnostic CIM	<i>VM (ÉT)</i>	4.6 (2.39)	4.7 (2.16)	3.7 (2.05)	4.2 (2.19)	4.4 (2.21)
	<i>Médiane (EI)</i>	5.0 (4.00)	5.0 (3.00)	3.0 (3.00)	4.0 (4.00)	4.0 (3.00)
Échelle de la dépendance aux soins (EDS – Score total 15-75)	<i>VM (ÉT)</i>	54.4 (17.32)	56.4 (13.63)	55.8 (14.28)	56.1 (16.05)	55.9 (14.70)
	<i>Médiane (EI)</i>	59.5 (25.75)	58.0 (20.00)	59.0 (23.00)	61.0 (30.50)	58.0 (22.00)

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s ayant chuté à l'hôpital	<i>n</i>	80	247	77	53	457
Catégories EDS						
Indépendance complète (70-75)	<i>n (%)</i>	14 (17.5)	54 (21.9)	14 (18.2)	14 (26.4)	96 (21.0)
Indépendance prépondérante (60-69)	<i>n (%)</i>	26 (32.5)	53 (21.5)	23 (29.9)	14 (26.4)	116 (25.4)
Dépendance partielle (45-59)	<i>n (%)</i>	17 (21.3)	95 (38.5)	21 (27.3)	10 (18.9)	143 (31.3)
Dépendance prépondérante (25-44)	<i>n (%)</i>	14 (17.5)	41 (16.6)	18 (23.4)	13 (24.5)	86 (18.8)
Dépendance complète (15-24)	<i>n (%)</i>	9 (11.3)	4 (1.6)	1 (1.3)	2 (3.8)	16 (3.5)
Patient-e-s à risque de chute	<i>n (%)</i>	39 (48.8)	144 (58.3)	39 (50.6)	18 (34.0)	240 (52.5)
Sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement (oui)	<i>n (%)</i>	52 (65.0)	154 (62.3)	53 (68.8)	34 (64.2)	293 (64.1)
Patient-e-s à risque d'escarre						
Évaluation clinique subjective (oui)	<i>n (%)</i>	47 (58.8)	137 (55.5)	35 (45.5)	24 (45.3)	243 (53.2)
Échelle de Braden selon définition LPZ (≤ 20)	<i>n (%)</i>	68 (85.0)	202 (81.8)	58 (75.3)	38 (71.7)	366 (80.1)

Les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital étaient en moyenne plus âgé-e-s de 8,9 ans, avaient une durée d'hospitalisation jusqu'à la mesure supérieure de 8,2 jours, présentaient environ un groupe de diagnostics CIM de plus et étaient davantage dépendants aux soins (score total EDS de 55,9 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 présentaient plus souvent un risque d'escarre (+23,5 points de pourcentage selon l'évaluation clinique subjective, +32,0 points de pourcentage selon l'échelle de Braden) et avaient été moins fréquemment opérés (-14,9 points de pourcentage). La répartition des sexes était semblable dans les deux groupes.

Plus de la moitié des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital avaient indiqué une chute dans l'anamnèse. Chez les participant-e-s n'ayant pas chuté, c'était le cas pour au moins 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 (64,1 % contre 34,8 %).

Parmi les 13 227 patient-e-s participant-e-s au total, 3 930 (29,7 %) 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 était enregistrée dans le type d'hôpital K121-K123 avec 32,9 %, suivi des types d'hôpitaux K112 avec 30,4 %, K221 & K231-K235 avec 27,6 % et K111 avec 25,4 %.

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 de processus « évaluation du risque consignée » chez les patient-e-s à risque de chute et les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital au cours des 2 respectivement 3 dernières années de mesure

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s à risque de chute		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2018	628	2111	886	305	3930
	2017	605	2019	896	309	3829
Évaluation du risque consignée		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	2018	457 (72.8)	1658 (78.5)	642 (72.5)	200 (65.6)	2957 (75.2)
	2017	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>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2018	80	247	77	53	457
	2017	104	256	104	35	499
	2016	90	285	110	26	511
Évaluation du risque consignée		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	2018	61 (76.3)	226 (91.5)	65 (84.4)	41 (77.4)	393 (86.0)
	2017	80 (76.9)	238 (93.0)	81 (77.9)	26 (74.3)	425 (85.2)
	2016	54 (60.0)	243 (85.3)	96 (87.3)	19 (73.1)	412 (80.6)

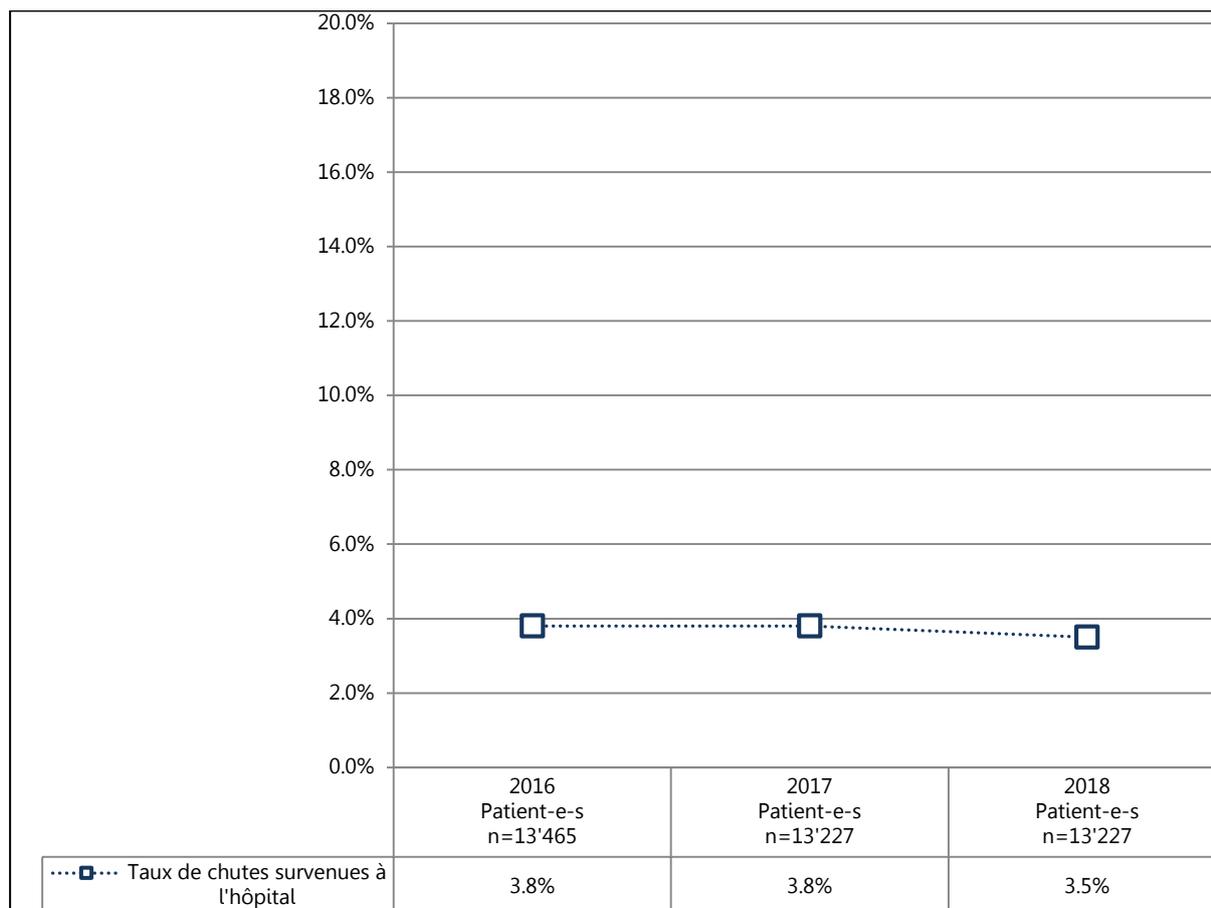
Chez 75,2 % des patient-e-s à risque, la mise en application et la documentation d'une évaluation des risques ont été indiquées. Les pourcentages dans les types d'hôpitaux se situent entre 65,6 % (type d'hôpital K221 & K231-K235) et 78,5 % (type d'hôpital K112). Par rapport à l'année précédente, on observe une évolution positive au niveau national, la valeur de l'année de mesure 2018 ayant augmenté de 1,9 point de pourcentage. L'année de mesure 2016 ne figure pas dans ce tableau et dans les analyses suivantes pour les patient-e-s à risque, car la comparabilité des résultats est limitée en raison d'une adaptation méthodologique (voir chapitre 2.2.5).

Chez les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital, on constate également une augmentation de la consignation de l'évaluation du risque sur les trois dernières années de mesure (+5,4 points de pourcentage). L'évolution la plus nette s'observe dans le type d'hôpital K111, où le pourcentage de 60,0 % en 2016 est passé à 76,3 % en 2018. La part de patient-e-s avec évaluation du risque consignée dans le type d'hôpital K112 est nettement supérieure à la valeur nationale de 86,0 %, ainsi que nettement supérieure aux autres types d'hôpitaux.

5.1.2. Taux des chutes à l'hôpital

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

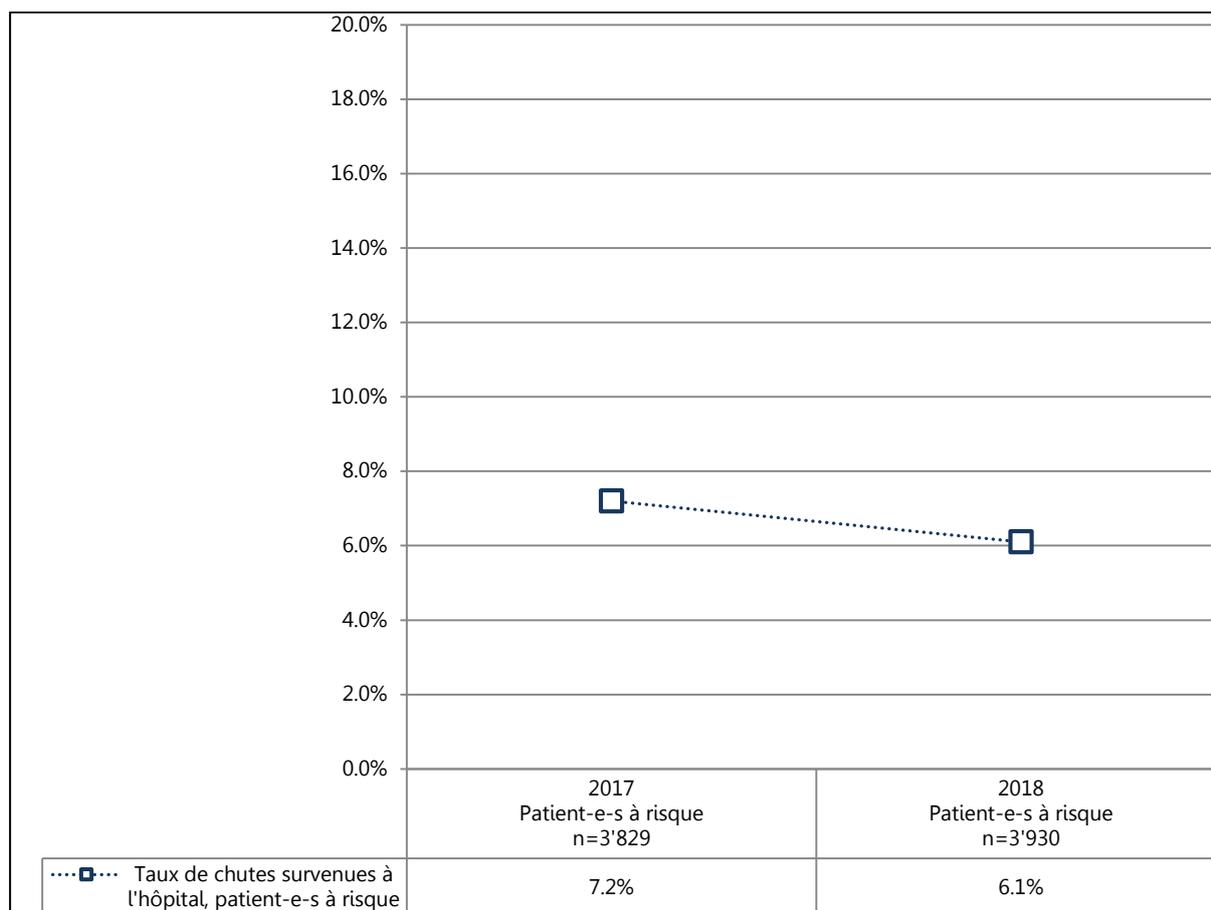
Figure 24 : taux national de chutes survenues à l'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure



Au niveau national, le taux des chutes à l'hôpital a diminué de 0,3 point de pourcentage par rapport aux années de mesure 2016 et 2017 et s'élevait à 3,5 % en 2018. Sur le plan statistique, cette baisse est de nature aléatoire.

La figure 25 montre le taux de chutes survenues à l'hôpital chez les patient-e-s présentant un risque de chute.

Figure 25 : taux national de chutes survenues à l'hôpital chez les patient-e-s à risque de chute au cours des 2 dernières années de mesure



Le taux de chute national chez les patient-e-s à risque a baissé de 1,1 point de pourcentage par rapport à l'année de mesure 2017, pour s'établir à 6,1 %. Sur le plan statistique, cette baisse est de nature aléatoire. L'année de mesure 2016 ne se trouve pas dans cette figure, car la comparabilité des résultats est limitée en raison d'une adaptation méthodologique.

Ainsi, lors de l'année de mesure 2018, les patient-e-s à risque étaient près de deux fois plus concerné-e-s 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 par le type d'hôpital.

Tableau 10 : taux de chutes survenues à l'hôpital au cours des 2 et 3 dernières années de mesure répartis par le type d'hôpital

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s participant-e-s		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2018	2477	6950	2695	1105	13227
	2017	2423	6722	2986	1096	13227
	2016	2505	6722	3323	915	13465
Taux de chutes survenues à l'hôpital		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	2018	80 (3.2)	247 (3.6)	77 (2.9)	53 (4.8)	457 (3.5)
	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)
Patient-e-s à risque de chute		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2018	628	2111	886	305	3930
	2017	605	2019	896	309	3829
Taux de chutes survenues à l'hôpital patient-e-s à risque de chute		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	2018	39 (6.2)	144 (6.8)	39 (4.4)	18 (5.9)	240 (6.1)
	2017	53 (8.8)	141 (7.0)	59 (6.6)	21 (6.8)	274 (7.2)

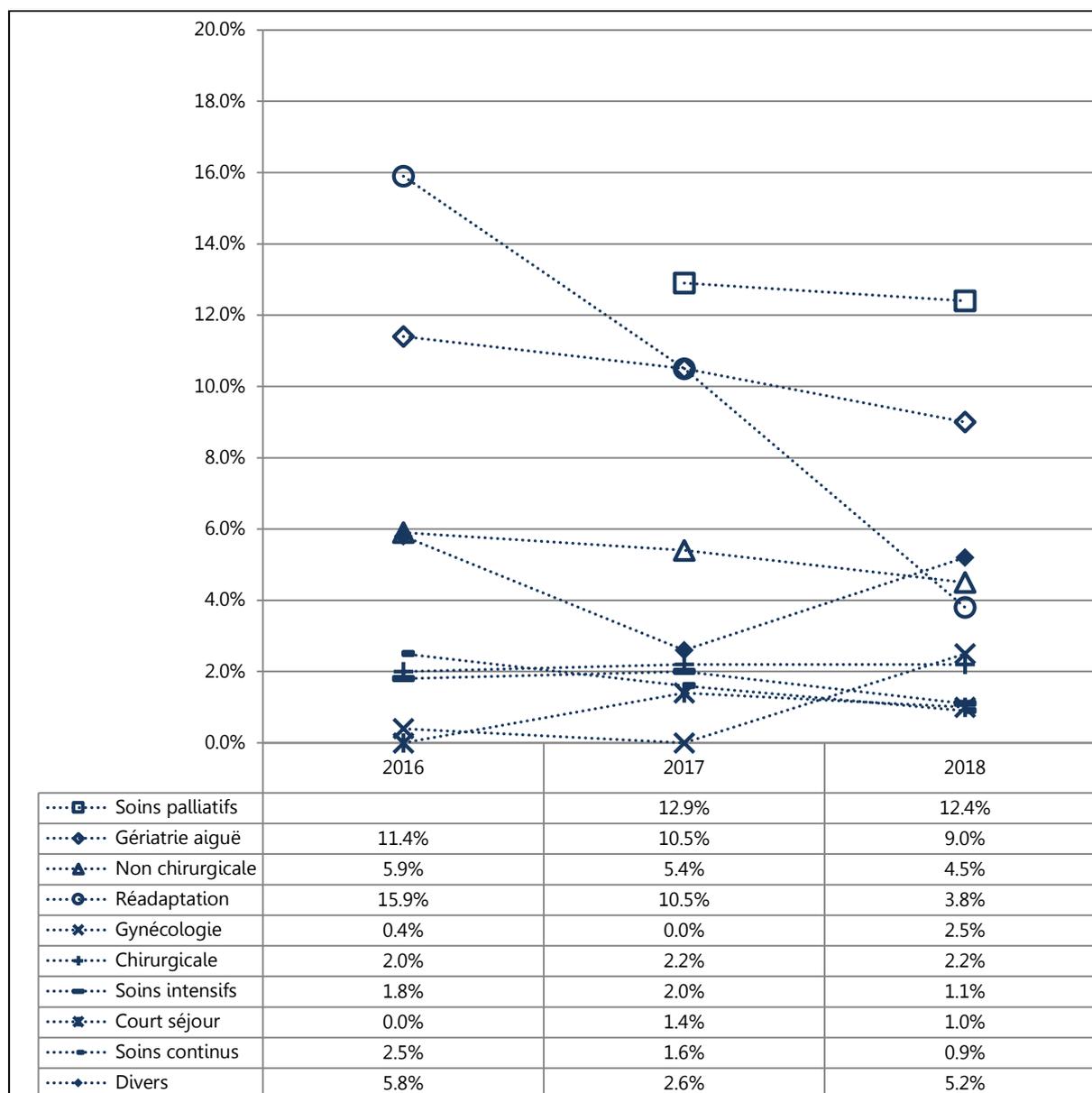
Dans le tableau 10, l'on observe que les taux de chutes à l'hôpital de l'année de mesure 2018 varient au sein de chaque type d'hôpital dans une fourchette allant de 2,9 % à 4,8 %. Avec 4,8 %, le taux de chutes dans le type d'hôpital K221 et K231-K235 était supérieur à la moyenne nationale et aux taux des autres types d'hôpitaux, et ce, pour la première fois.

Chez les patient-e-s à risque, les taux de chutes variaient également en fonction du type d'hôpital. Alors que les valeurs étaient légèrement supérieures à la moyenne nationale de 6,1 % dans les types d'hôpitaux K111 et K112, elles étaient plus basses dans les types d'hôpitaux K121-K123 et K221 & K231-K235.

5.1.3. Taux de chutes survenues à l'hôpital répartis par le type d'unité de soins

Ce chapitre traite des indicateurs des résultats au niveau de l'unité de soins. La figure 26 présente les taux de chutes survenues à l'hôpital répartis par le type d'unité de soins au niveau national.

Figure 26 : taux de chutes survenues à l'hôpital répartis par 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 2018, les unités de soins palliatifs ont obtenu le taux de chutes le plus élevé avec 12,4 %, suivies de la gériatrie aiguë avec 9,0 %. Par comparaison, ces deux types d'unité de soins affichaient déjà des taux élevés l'année précédente. Avec 4,5 %, le taux de chutes des unités de soins non chirurgicales était également supérieur à la moyenne nationale de 3,5 %. Cependant, on observe

une diminution constante sur les trois années de mesure passées dans ce type d'unité de soins. Cette diminution est statistiquement significative par rapport à 2016. Dans les autres types d'unités de soins, les variations observées au cours des trois dernières années de mesure se situent dans le champ aléatoire sur le plan statistique.

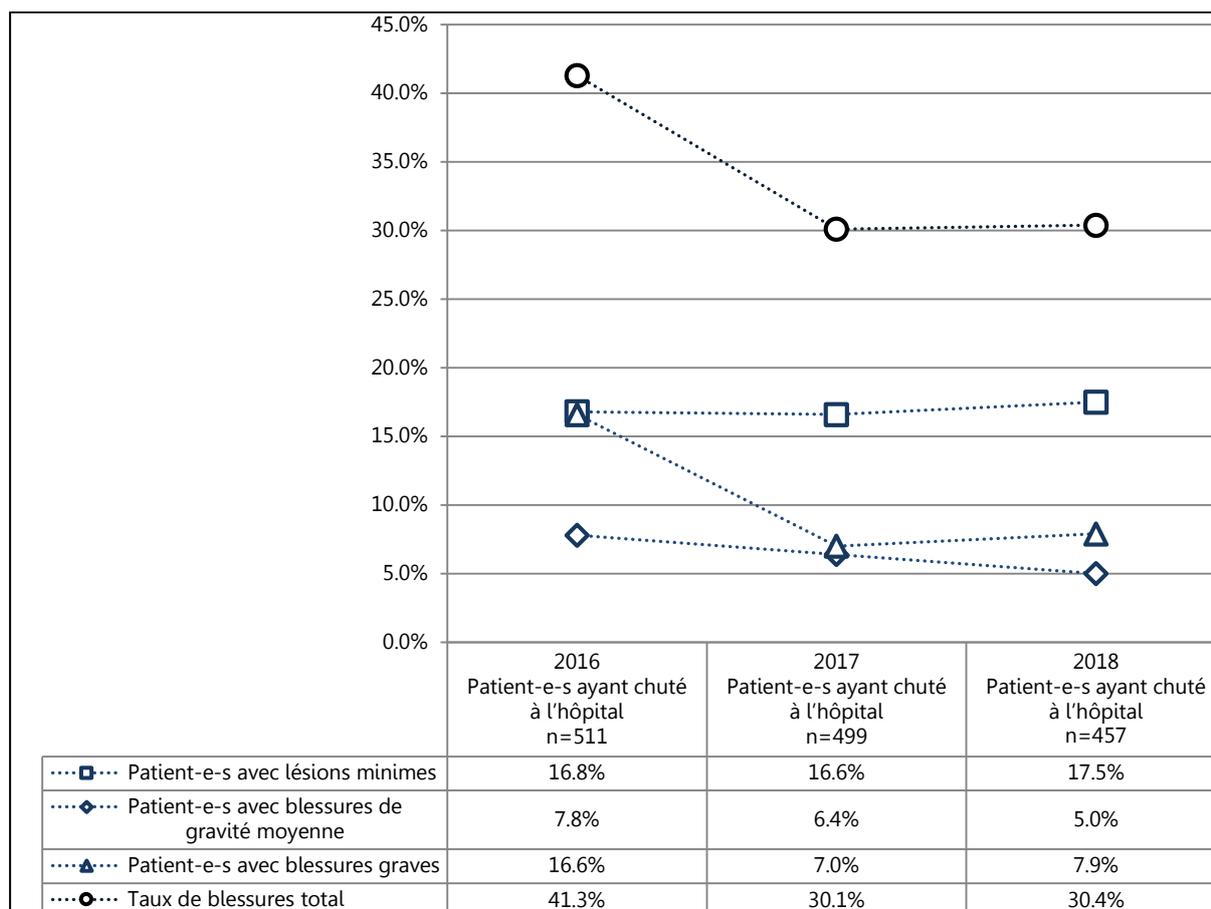
Ces variations, en partie considérables, apparaissant dans divers types d'unités de soins pourraient être liées au faible nombre de patient-e-s participant-e-s ainsi qu'à la variabilité de ce nombre. Par exemple, la plage de participant-e-s dans le type d'unité de soins Réadaptation se situe entre 26 et 57 patient-e-s, ce qui favorise les variations aléatoires.

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.

La figure 27 présente, au niveau national, les taux de blessures des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital au cours des trois dernières années de mesure.

Figure 27 : taux de blessures des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure



Après une baisse entre les années de mesure 2016 et 2017, le taux total des blessures au niveau national (30,4 %) et le taux de blessures graves (7,9 %) ont stagné au niveau que celui de l'année précédente. Sur les trois dernières années de mesure, le taux de blessures de gravité moyenne a diminué

continuellement et s'élevait à 5,0 % pour l'année de mesure 2018. Avec 17,5 %, le taux de lésions mineures est légèrement plus élevé que pour les deux années précédentes.

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 3 dernières années de mesure

	K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s ayant chuté à l'hôpital	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
2018	80	247	77	53	457
2017	104	256	104	35	499
2016	90	285	110	26	511
	<i>n (%)</i>				
Taux de blessures : lésions mineures					
2018	16 (20.0)	39 (15.8)	18 (23.4)	7 (13.2)	80 (17.5)
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					
2018	5 (6.3)	14 (5.7)	4 (5.2)	0 (0.0)	23 (5.0)
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					
2018	6 (7.5)	25 (10.1)	3 (3.9)	2 (3.8)	36 (7.9)
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 total					
2018	27 (33.8)	78 (31.6)	25 (32.5)	9 (17.0)	139 (30.4)
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)

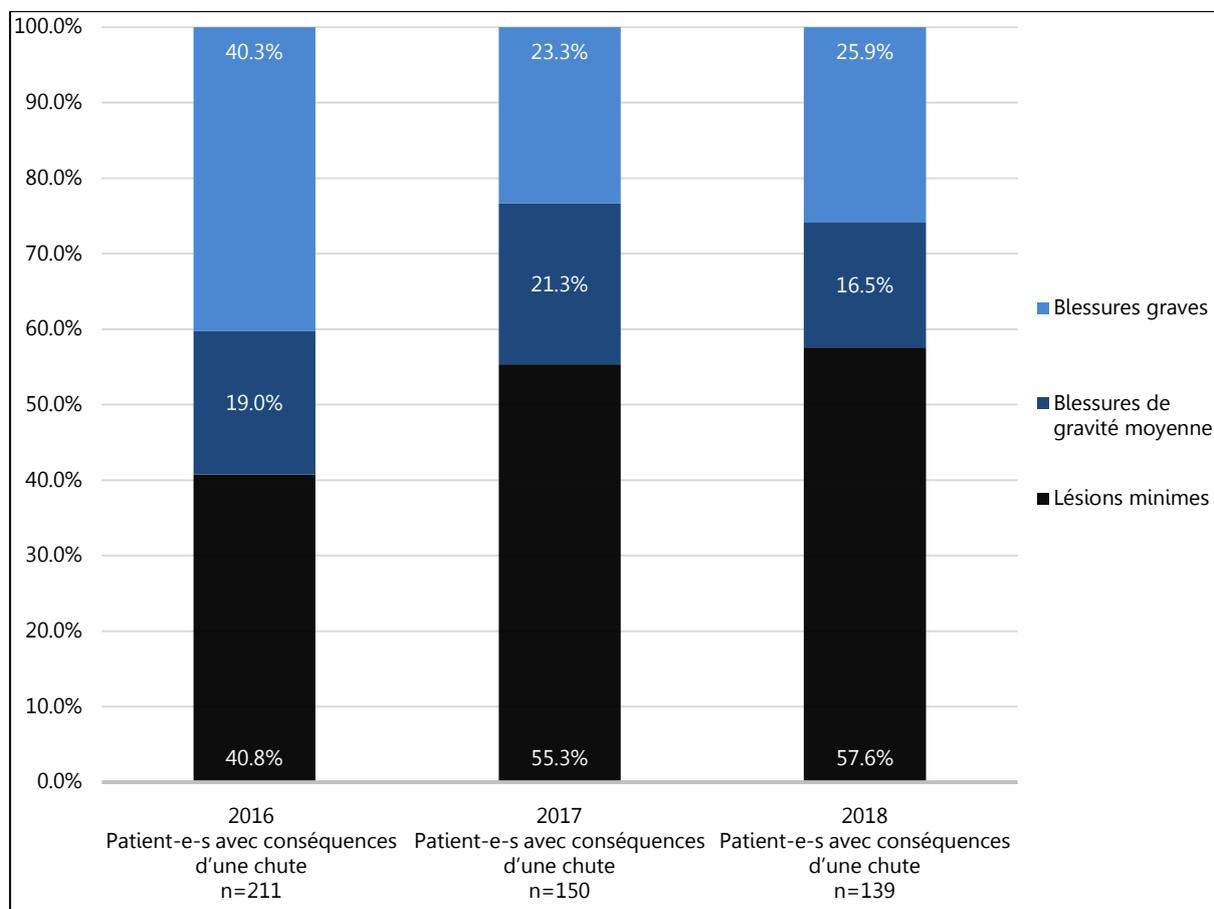
Alors qu'avec 17,0 %, le type d'hôpital K221 & K231-K235 affiche un taux total de blessures nettement inférieur à la moyenne nationale (30,4 %), les trois autres types d'hôpitaux se positionnent dans la plage de la valeur nationale, avec des taux compris entre 31,6 % et 33,8 %. Il s'avère que le taux total des blessures dans le type d'hôpital K111 a nettement augmenté par rapport à la mesure de l'année précédente (+15,5 points de pourcentage), et qu'elle a nettement diminué dans le type d'hôpital K221 & K231-K235 (-31,6 points de pourcentage).

Les grandes différences dans les taux de blessures totaux après une chute à l'hôpital apparaissant entre et au sein des types d'hôpitaux pourraient être liées au faible nombre de cas et à la population très hétérogène, en particulier dans le type d'hôpital K221 & K231-K235. En raison du très faible nombre de personnes concernées par type d'hôpital, il s'avérerait peu judicieux de procéder à une analyse complémentaire par type d'unités de soins ; celle-ci n'a donc pas été réalisée.

5.1.5. Conséquences des chutes

Ce chapitre décrit en détail les conséquences des chutes survenues à l'hôpital. Parmi les 457 patient-e-s ayant chuté à l'hôpital, 139 (30,4 %) 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 28 indique la répartition des blessures en fonction du degré de gravité chez les 139 patient-e-s ayant fait une chute avec des conséquences.

Figure 28 : distribution des blessures chez les patient-e-s ayant fait une chute avec des conséquences dans les 3 dernières années de mesure



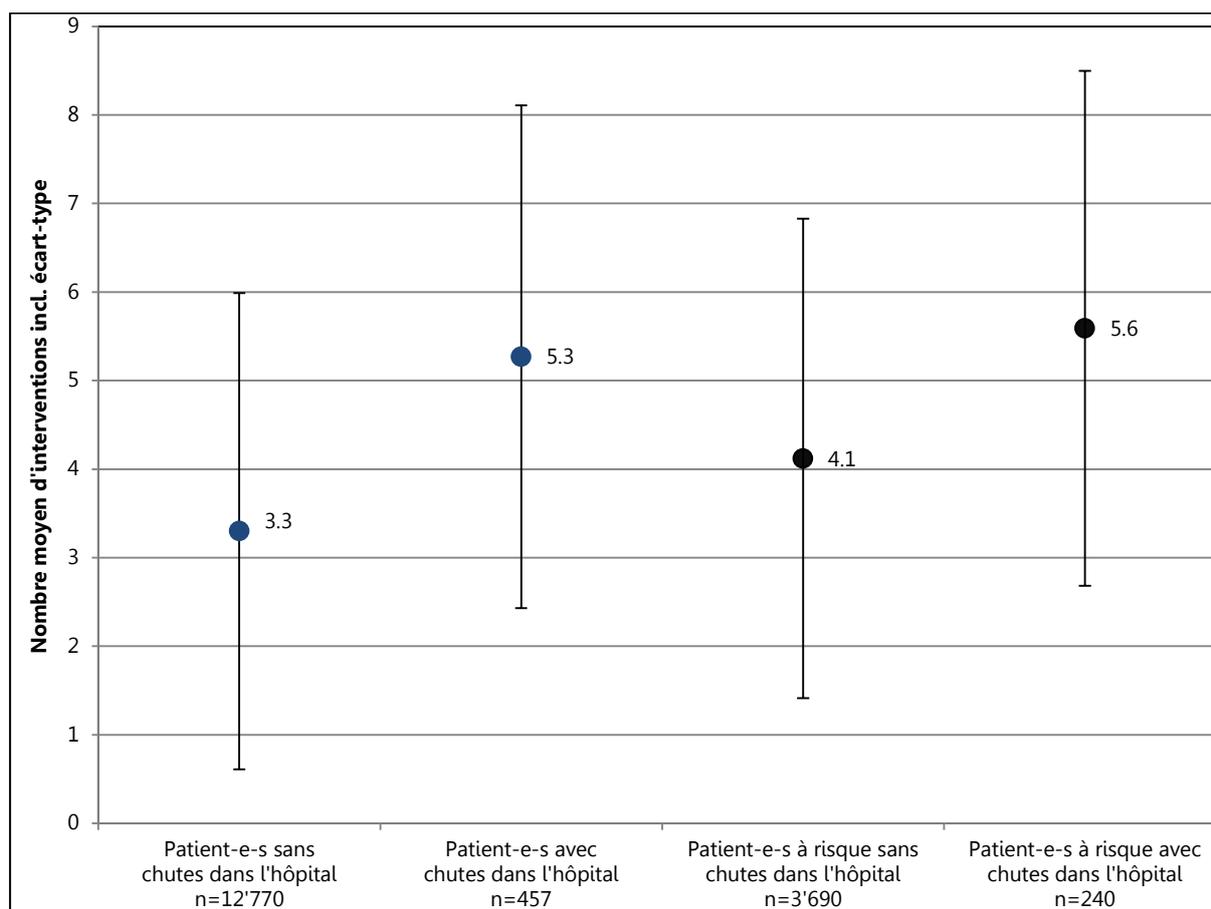
Avec 57,6 %, plus de la moitié des personnes concernées par des conséquences de chute présentaient des lésions minimales, 16,5 % présentaient des blessures de gravité moyenne et 25,9 % des blessures graves. Par rapport à l'année précédente, on remarque ainsi un recul des blessures de gravité moyenne (en pour cent) suite à un événement de chute avec conséquences à l'hôpital. Cette baisse entraîne une augmentation du pourcentage à la fois des lésions minimales et des blessures graves (respectivement +2,3 et +2,6 points de pourcentage). Au cours de l'année de mesure 2018, un quart des patient-e-s avec conséquences d'une chute présentaient des blessures graves.

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 29 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 29 : nombre moyen d'interventions de prévention des chutes dans différents groupes de patients



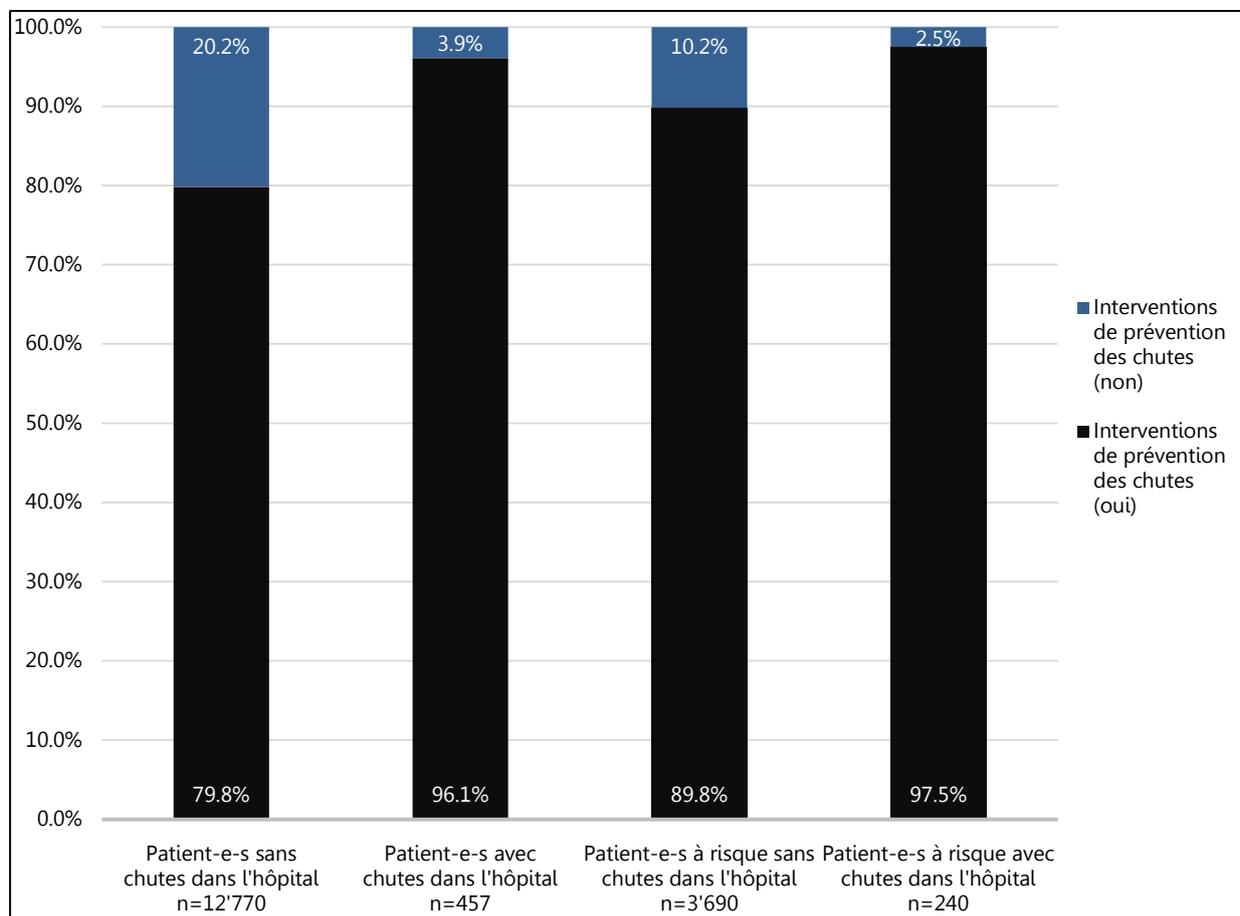
La figure 29 montre que le nombre d'interventions préventives chez les participant-e-s ayant chuté à l'hôpital est plus élevé que chez les patient-e-s n'ayant pas chuté à l'hôpital (nombre moyen d'interventions de 3,3 contre 5,3). On compte ainsi, au niveau national, pas moins de cinq mesures de prévention différentes en moyenne mises en place chez les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital. Avec un écart-type de +/- 2,84, cela signifie que pour la majorité des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital, 2,5 à au moins 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 en moyenne 1,5 intervention 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 bénéficiaient globalement de davantage d'interventions de prévention des chutes. Alors que sur tous/toutes les participant-e-s, en moyenne un peu plus que trois interventions préventives étaient mises en place par patient-e, ce nombre était d'un peu plus que quatre pour les patient-e-s à risque.

La figure 30 montre la part de patient-e-s ayant reçu ou non des interventions préventives au sein des différents groupes de patients.

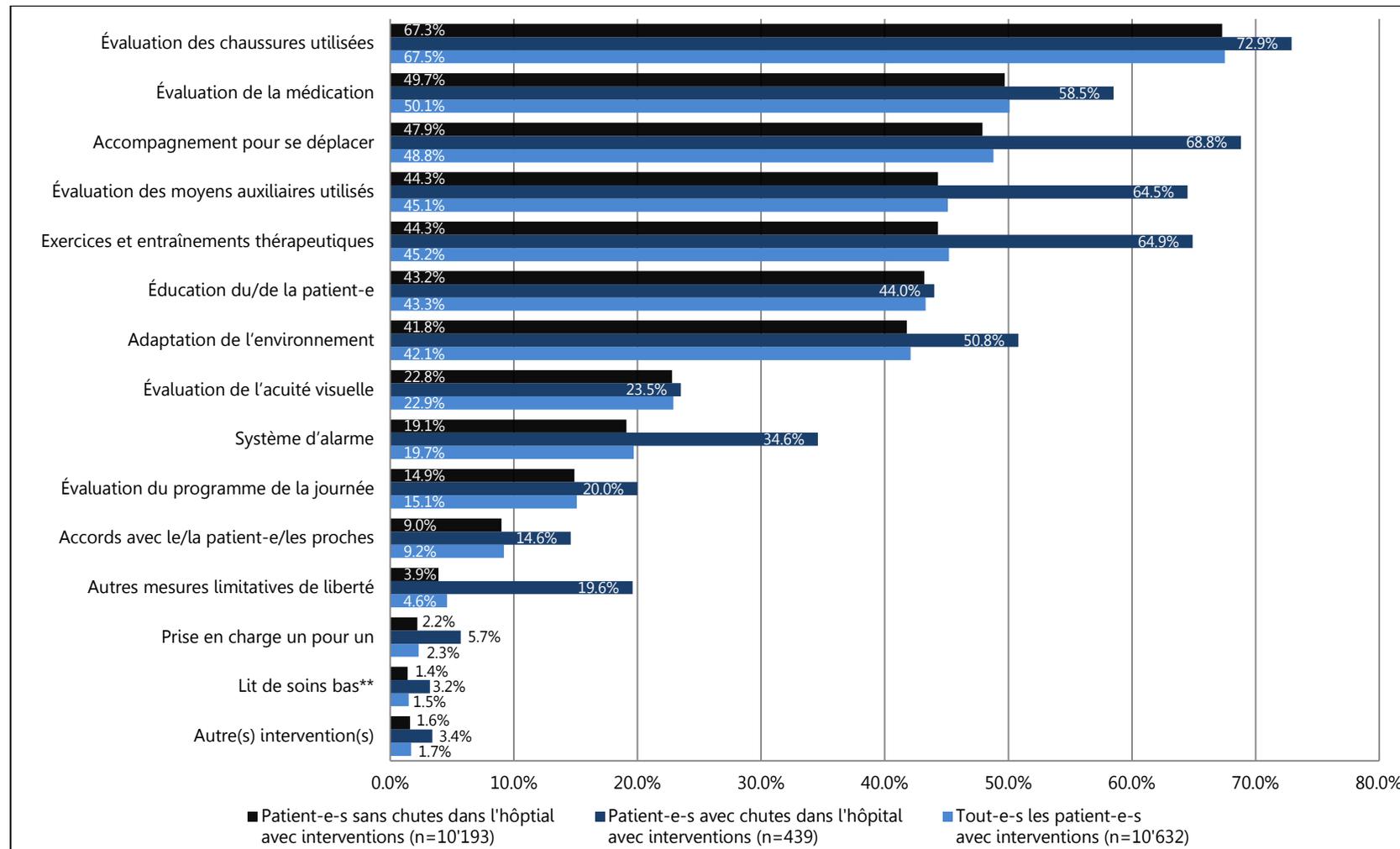
Figure 30 : part des patient-e-s ayant reçu ou non d'interventions de prévention des chutes dans différents groupes de patients



Parmi tous/toutes les participant-e-s, 80,4 % ont reçu au moins une intervention de prévention des chutes (non rapporté dans la figure). Avec 96,1 %, les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital ont bénéficié relativement plus fréquemment d'interventions préventives par rapport aux participants n'ayant pas chuté (79,8 %). Les patient-e-s à risque ont bénéficié à 90,3 % 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 (97,5 % contre 89,8 %). Par rapport à l'année précédente, la part de patient-e-s avec interventions a légèrement augmenté dans tous les groupes.

Les figures 31 et 32 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 31) ainsi que chez les patient-e-s à risque de chute ayant chuté ou non (cf. figure 32).

Figure 31 : 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 patient-e-s sans interventions ont été exclu-e-s des analyses. 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 31, 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 utilisées (67,3 %), évaluation de la médication (49,7 %), accompagnement pour se déplacer (47,9 %), évaluation des moyens auxiliaires utilisés (44,3 %), exercices et entraînements thérapeutiques (44,3 %), éducation du/de la patient-e (43,2 %) et adaptation de l'environnement (41,8 %).

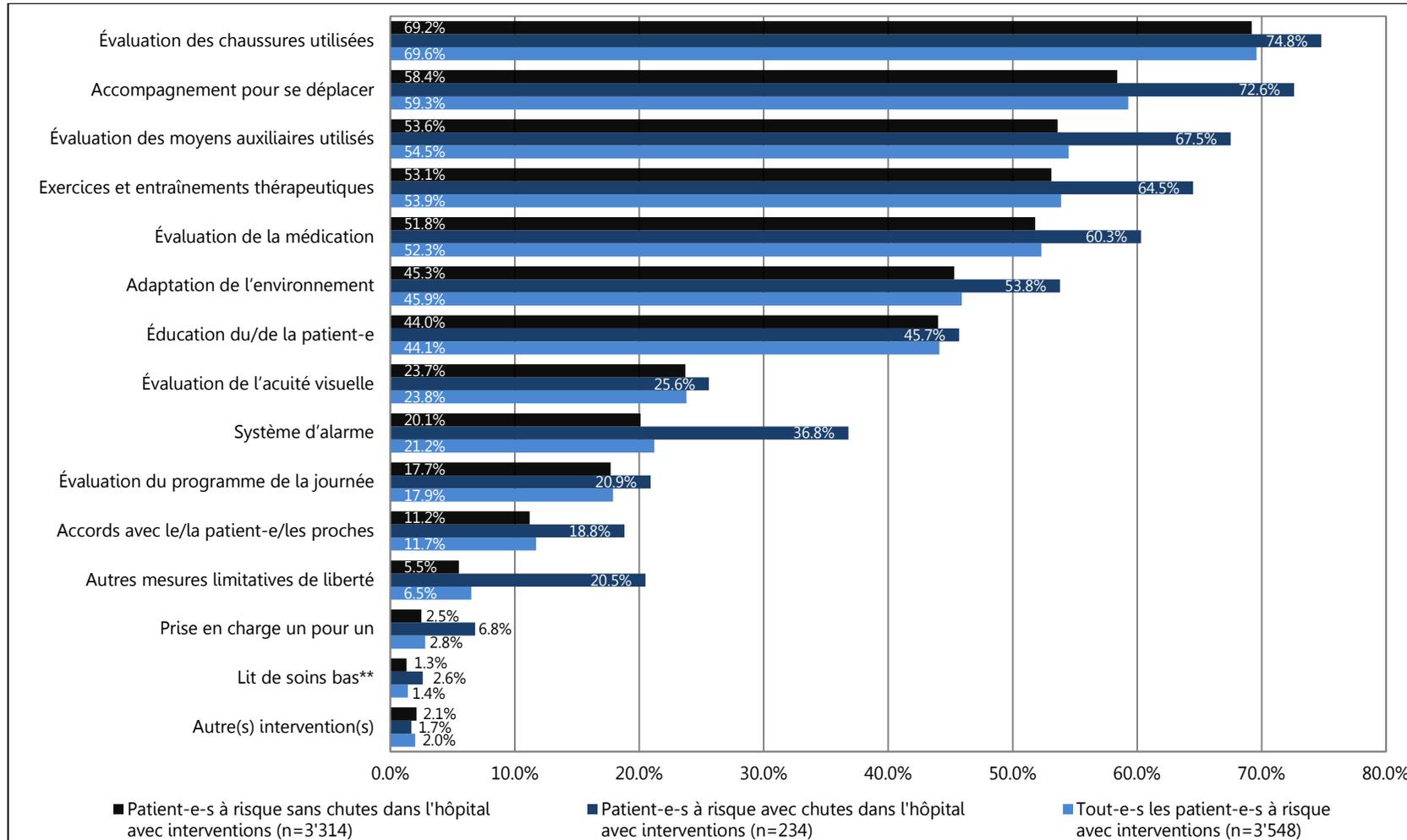
Chez les participant-e-s ayant chuté à l'hôpital, on constate dans la majorité des cas que des interventions de prévention des chutes étaient mises en application plus fréquemment. Les interventions suivantes, avec des valeurs supérieures à 60 %, figuraient ainsi au premier plan : évaluation des chaussures utilisées (72,9 %), accompagnement pour se déplacer (68,8 %), exercices et entraînements thérapeutiques (64,9 %) et évaluation des moyens auxiliaires utilisés (64,5 %).

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 (47,9 % contre 68,8 %), évaluation des moyens auxiliaires utilisés (44,3 % contre 64,5 %), adaptation de l'environnement (41,8 % contre 50,8 %), exercices et entraînements thérapeutiques (44,3 % contre 64,9 %), évaluation de la médication (49,7 % contre 58,5 %), système d'alarme (19,1 % contre 34,6 %) et autres mesures limitatives de liberté (3,9 % contre 19,6 %).

Sur tous/toutes les participant-e-s, on constate très peu de changements dans les interventions en matière de prévention des chutes par rapport à l'année précédente. On observe une légère augmentation dans l'utilisation de systèmes d'alarme (+5,5 points de pourcentage), dans l'évaluation de l'acuité visuelle (+5,1 points de pourcentage) et dans l'évaluation de la médication (+5,0 points de pourcentage).

Chez les patient-e-s à risque, des interventions similaires figuraient au premier plan (cf. figure 32). 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. Par comparaison avec toutes/tous les participant-e-s, les patient-e-s à risque semblaient bénéficier plus souvent, en pourcentage, de chaque type d'intervention. On observe la différence la plus importante au niveau de l'intervention Accompagnement pour se déplacer (+10,5 points de pourcentage).

Figure 32 : 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*



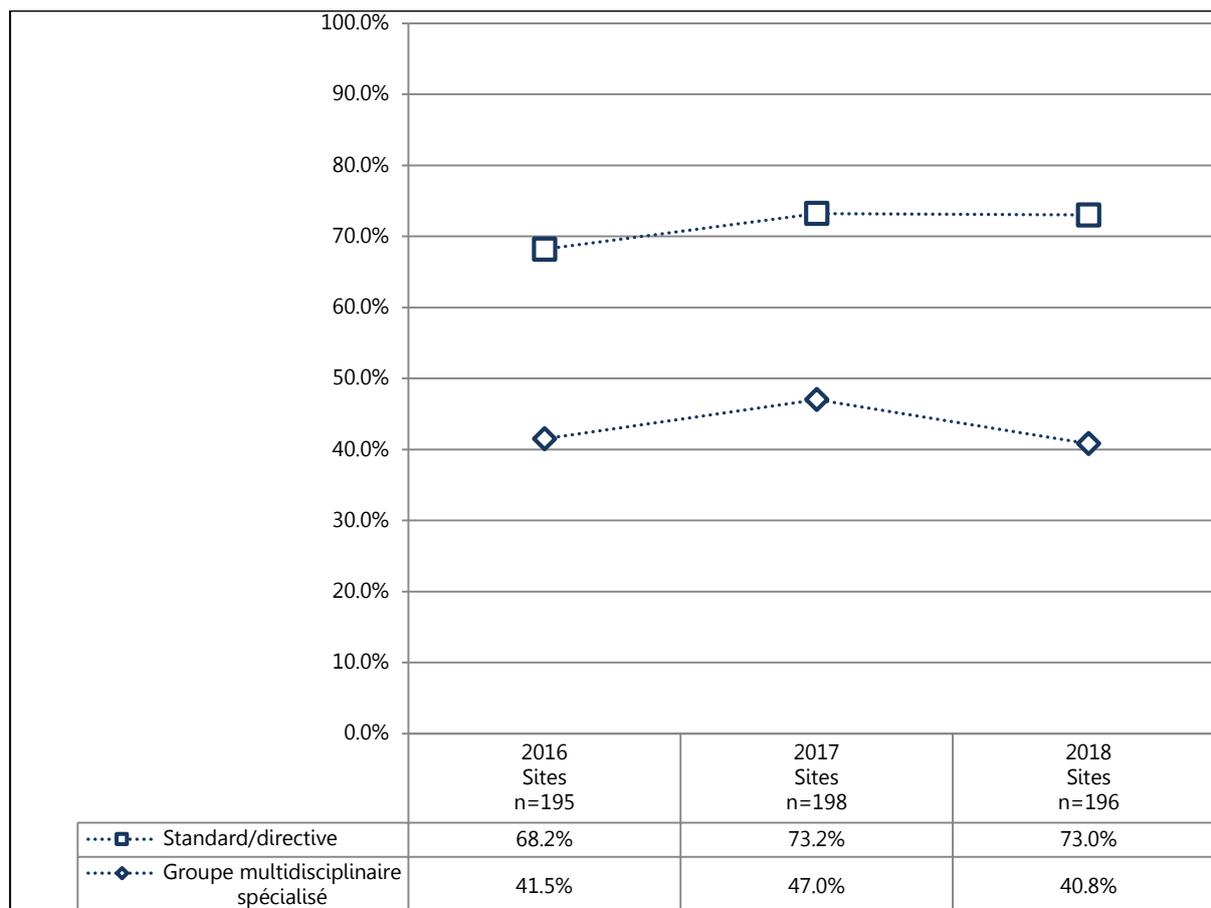
* Les patient-e-s à risque sans interventions ont été exclu-e-s des analyses. Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 26 en annexe.

** 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 33 montre les indicateurs de structure relatifs aux chutes au niveau de l'hôpital.

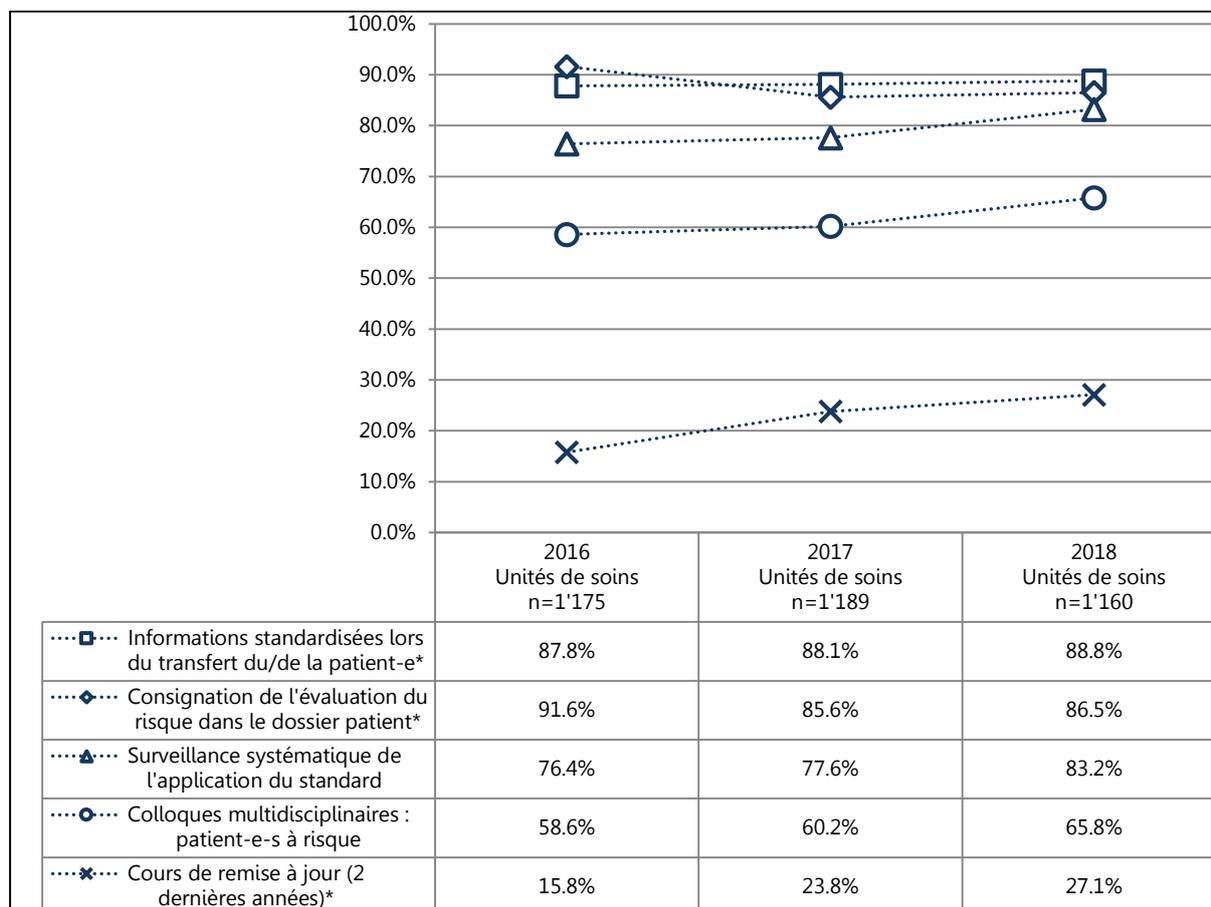
Figure 33 : indicateurs de structure chutes au niveau de l'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure



Au niveau national, près des trois quarts des sites hospitaliers disposaient d'un standard basé sur une ligne directrice ou d'une directive sur le thème de la chute, un résultat quasi identique à celui de la mesure 2017 et légèrement supérieur à celui de la mesure 2016. Avec une disponibilité de 40,8 %, l'indicateur Groupe multidisciplinaire spécialisé sur le thème de la chute dans les hôpitaux est moins largement répandu. Après une hausse du niveau de réalisation de cet indicateur de structure entre les cycles de mesure 2016 et 2017, cette valeur a perdu 6,2 points de pourcentage pour atteindre 40,8 %.

Les indicateurs de structure relatifs à la chute au niveau de l'unité de soins sont représentés ci-dessous dans la figure 34.

Figure 34 : indicateurs de structure chutes au niveau de l'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure



* Modification de la question au cours des années de mesure avec des conséquences possibles sur les résultats (cf. chapitre 2.2.5).

Par rapport à l'année précédente, on observe une hausse dans les 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 88,8 % sur le plan national. L'indicateur de structure Consignation de l'évaluation du risque dans le dossier patient atteignait également un niveau de réalisation supérieur à 80 % et, pour la première fois, c'était aussi le cas de l'indicateur de structure Surveillance systématique de l'application du standard en 2018. Avec 27,1 %, c'est l'indicateur de structure Cours de remise à jour qui enregistre le taux de réalisation le plus faible, affichant tout de même une tendance à la hausse sur les trois dernières années de mesure. Il faut souligner que depuis l'année de mesure 2018, le critère de la durée minimale de deux heures n'était plus requis.

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 47). La représentation graphique des résultats par type d'hôpital figure également en annexe (cf. figures 46–49), tout comme la représentation des résultats sous forme de tableau (cf. tableau 27).

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)		0.82	0.10	0.055	0.67	1.00
Groupe d'âge	18–54 ans	Référence				
	55–74 ans	1.67	0.21	0.015	1.10	2.52
	≥ 75 ans	1.95	0.22	0.003	1.26	3.03
Nombre des jours depuis l'admission	0–7 jours	Référence				
	8–14 jours	2.07	0.12	<.0001	1.63	2.63
	15–28 jours	2.90	0.14	<.0001	2.20	3.81
	≥ 29 jours	4.67	0.17	<.0001	3.32	6.56
EDS	Indépendance complète (70–75)	Référence				
	Indépendance prépondérante (60–96)	1.71	0.15	<.0001	1.28	2.28
	Dépendance partielle (45–59)	2.68	0.15	<.0001	2.01	3.58
	Dépendance prépondérante (25–44)	3.04	0.17	<.0001	2.17	4.26
	Dépendance complète (15–24)	1.69	0.29	0.072	0.95	2.98
Intervention chirurgicale (oui)		0.74	0.11	0.008	0.60	0.92
Chute dans l'anamnèse (oui)		1.78	0.10	<.0001	1.45	2.18
Sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement (oui)		1.71	0.11	<.0001	1.38	2.12
Nombre des groupes de diagnostics CIM	1	Référence				
	2–3	0.95	0.18	0.799	0.66	1.37
	4–5	1.25	0.19	0.251	0.85	1.83
	≥ 6	1.12	0.22	0.605	0.72	1.74
CIM GD Tumeurs (oui)		1.26	0.11	0.048	1.00	1.58
CIM GD Maladies de l'appareil digestif (oui)		0.78	0.12	0.044	0.62	0.99
CIM GD Troubles mentaux et du comportement (oui)		1.60	0.12	<.0001	1.27	2.00
CIM GD Maladies de l'appareil génito-urinaire (oui)		0.77	0.12	0.026	0.61	0.97

	OR	Erreur standard	valeur p	OR – intervalle de confiance à 95 %	
Interaction âge – type d’hôpital	1.00	0.00	0.030	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.

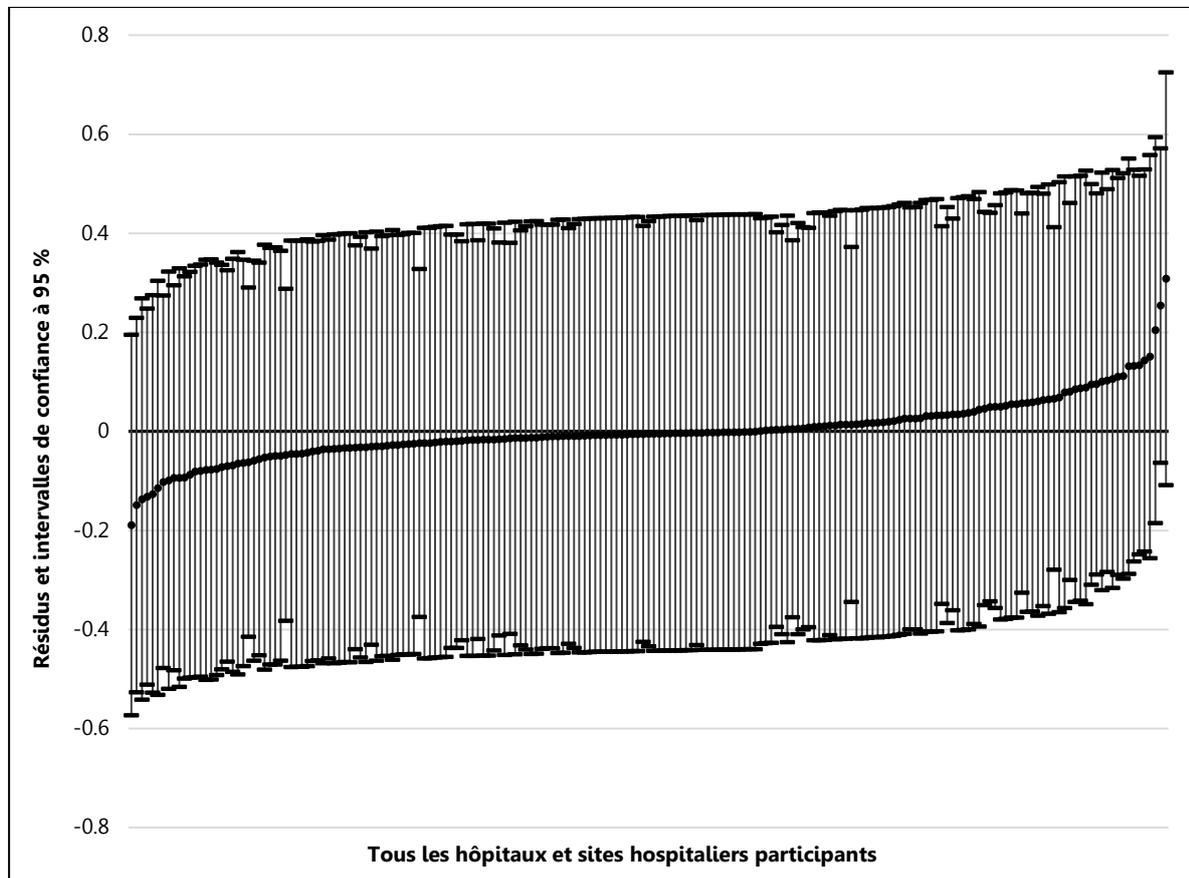
La valeur déterminante est à nouveau le rapport des cotes en lien avec la valeur p significative au niveau 5 % et l’intervalle de confiance à 95 %. Pour le formuler plus simplement : se sont révélés particulièrement significatifs le nombre des jours depuis l’admission, une chute dans l’anamnèse, les sédatifs et/ou les médicaments influençant le comportement, la dépendance aux soins et le groupe de diagnostics CIM Troubles mentaux et du comportement, le diagnostic Tumeurs ainsi que l’âge, toutefois dans une moindre mesure. L’importance du nombre des jours depuis l’admission peut être vue comme grandissante, c’est-à-dire que le risque de chuter triple presque pour une admission depuis 15 à 28 jours, et est multiplié par plus de 4,5 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 significativement supérieur, 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. De même, les femmes semblent présenter un risque de chute plus faible, bien que cela ne soit tout juste pas significatif.

La présence de certains groupes de diagnostics médicaux CIM s’est révélée plus pertinente lors de la mesure de 2018 que lors les mesures précédentes pour les chutes à l’hôpital. Ainsi, les Troubles mentaux et du comportement ainsi que les Tumeurs apparaissaient comme des variables prédictives significatives. On classe également la démence dans le premier groupe de diagnostics. En revanche, pour les groupes de diagnostics Maladies de l’appareil digestif et Maladies de l’appareil génito-urinaire le risque de chute diminuait.

Par ailleurs, l’interaction de l’âge et le type d’hôpital s’est également révélée pertinente. Cela s’observe par exemple en ce que l’âge se présente comme facteur particulièrement pertinent en ce qui concerne le risque de chute seulement dans certaines types l’hôpital.

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 35).

Figure 35 : 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 47), 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 en tant que facteur de risque important, et ce depuis la dernière mesure.

5.3. Discussion et conclusions pour l'indicateur chutes

Ce chapitre présente tout d'abord les résultats internationaux (issus de la littérature) concernant les taux de chute, 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

Ci-après sont reprises les valeurs comparatives des taux de chutes, des conséquences des chutes et des taux de blessures consécutives aux chutes rapportées dans la littérature internationale. Ces valeurs sont issues des recherches dans la littérature mentionnée 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.

Taux des chutes à l'hôpital

Comme déjà souligné lors de la mesure de l'année précédente (Bernet et al., 2018), pour diverses raisons (par exemple des différences dans la conception des études, dans les bases de calcul), 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 un nombre défini de jours de soins (Avanecean, Calliste, Contreras, Lim, & Fitzpatrick, 2017; Zubkoff et al., 2018).

L'analyse d'études internationales publiées entre 2013 et 2017 indique une plage de 0,6 % à 17,0 % pour le taux de chutes à l'hôpital (Bernet et al., 2018), ainsi qu'un taux de chutes nettement plus élevé de 67,0 % dans une étude tchèque (Hajduchova, Brabcova, Tothova, & Bartlova, 2016). Les publications comparables parues depuis sont rares. Une grande étude prospective japonaise (n = 212 617) indique un taux de chutes de 1,9 % sur la période d'avril 2012 à mai 2017 (Kobayashi et al., 2018). Une étude menée en Norvège rapporte elle un taux de chutes de 6,4 % pour les unités de soins médicales et chirurgicales (Lerdal et al., 2018).

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. Pour l'interprétation, il faut noter que dans les autres pays, le nombre de patient-e-s participant-e-s est nettement inférieur à celui de la Suisse.

Tableau 13 : valeurs comparatives internationales des taux de chutes (soins aigus) des mesures LPZ au cours des 2 et 3 dernières années de mesure dans différents groupes de patients

		Suisse	Autriche	Pays-Bas	Turquie
Patient-e-s participant-e-s		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2018	13227	3382	123	
	2017	13227	3169	128	571
	2016	13465	2627	131	541
Taux de chutes survenues à l'hôpital		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	2018	457 (3.5)	129 (3.8)	3 (2.4)	
	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		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2018	3930	746	20	
	2017	3829	788	27	125
	2016	4101	734	32	125
Taux de chutes survenues à l'hôpital patient-e-s à risque		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	2018	240 (6.1)	68 (9.1)	3 (15.0)	
	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)

Champs vides = aucune donnée disponible.

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. Si l'on compare avec les valeurs de la littérature internationale (0,6 % à 17,0 %), le taux de chutes suisse (3,5 %) se situe dans le tiers inférieur de cette plage. Par ailleurs, dans la moitié des études dépouillées, des valeurs inférieures à celles de la Suisse sont indiquées.

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). 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

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. 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 (beispielsweise 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.

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 *taux totaux des blessures* indiquent la part des personnes concernées avec conséquences de chute dans la population des patient-e-s ayant chuté. L’analyse de douze études internationales publiées entre 2013 et 2017 indique des valeurs entre 15,8 % et 41,0 % (Bernet et al., 2018) ; cependant, une valeur nettement supérieure de 67,0 % (Hajduchova et al., 2016) a été indiquée dans une autre étude encore. Un taux total des blessures de 32,5 % a également été indiqué dans une étude publiée depuis au Japon (Sato, Hase, Osaka, Sairyo, & Katoh, 2018). Ainsi, entre 60 % et 85 % des patient-e-s ayant chuté n’ont pas été blessés du fait de cette chute.

Les données comparatives selon le type de lésion sont bien moins complètes et ne sont pas toujours disponibles pour tous les degrés de gravité.

- Pour les *lésions minimales*, on trouve dans six publications des taux entre 16,1 % et 30,8 % (Bernet et al., 2018). 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 publications) (Bernet et al., 2018).
- 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 % (Bernet et al., 2018).

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 3 dernières années de mesure dans différents groupes de patients

	Suisse	Autriche	Pays-Bas	Turquie
Patient-e-s ayant chuté à l’hôpital	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
2018	457	129	3	
2017	499	136	4	36
2016	511	115	0	35
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Taux de blessures : lésions minimales				
2018	80 (17.5)	36 (27.9)	0 (0.0)	
2017	83 (16.6)	34 (25.0)	1 (25.0)	11 (30.6)
2016	86 (16.8)	20 (17.4)		15 (42.9)
Taux de blessures : blessures de gravité moyenne				
2018	23 (5.0)	11 (8.5)	0 (0.0)	
2017	32 (6.4)	12 (8.8)	0 (0.0)	2 (5.6)
2016	40 (7.8)	12 (10.4)		1 (2.9)
Taux de blessures : blessures graves				
2018	36 (7.9)	6 (4.7)	3 (100.0)	
2017	35 (7.0)	7 (5.1)	0 (0.0)	2 (5.6)
2016	85 (16.6)	11 (9.6)		2 (5.7)
Taux de blessures total				
2018	139 (30.4)	53 (41.1)	3 (100.0)	
2017	150 (30.1)	53 (39.0)	1 (25.0)	15 (41.7)
2016	211 (41.3)	43 (37.4)		18 (51.4)

Champs vides = aucune donnée disponible.

Il s’avère que le *taux total des blessures* en Suisse est inférieur à celui de l’Autriche et de la Turquie. La comparaison avec les Pays-Bas dans cette analyse est peu pertinente en raison du très petit nombre de chutes aux Pays-Bas. Par comparaison avec la littérature internationale, rapportant des valeurs entre 15,8 % et 41,0 % (Bernet et al., 2018; Sato et al., 2018), la valeur de la Suisse, avec 30,4 %, se situe plutôt dans la plage supérieure.

En Suisse comme dans les pays LPZ ou dans la littérature, ce sont les lésions minimales qui enregistrent le taux le plus élevé par rapport aux blessures moyennes et aux blessures graves. Avec 17,5 %, ce taux est cependant 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 %). Il faut avoir à l’esprit qu’en général, plus la part de lésions minimales est élevée, plus on peut supposer que la prévention des chutes est de bonne qualité.

En ce qui concerne le taux de *blessures graves*, celui-ci a stagné à 7,9 % en 2018 en Suisse, après une baisse entre 2016 et 2017. Cette valeur est supérieure aux valeurs indiquées dans les pays LPZ et dans la littérature, aucune comparaison avec les Pays-Bas n’étant possible pour les raisons citées.

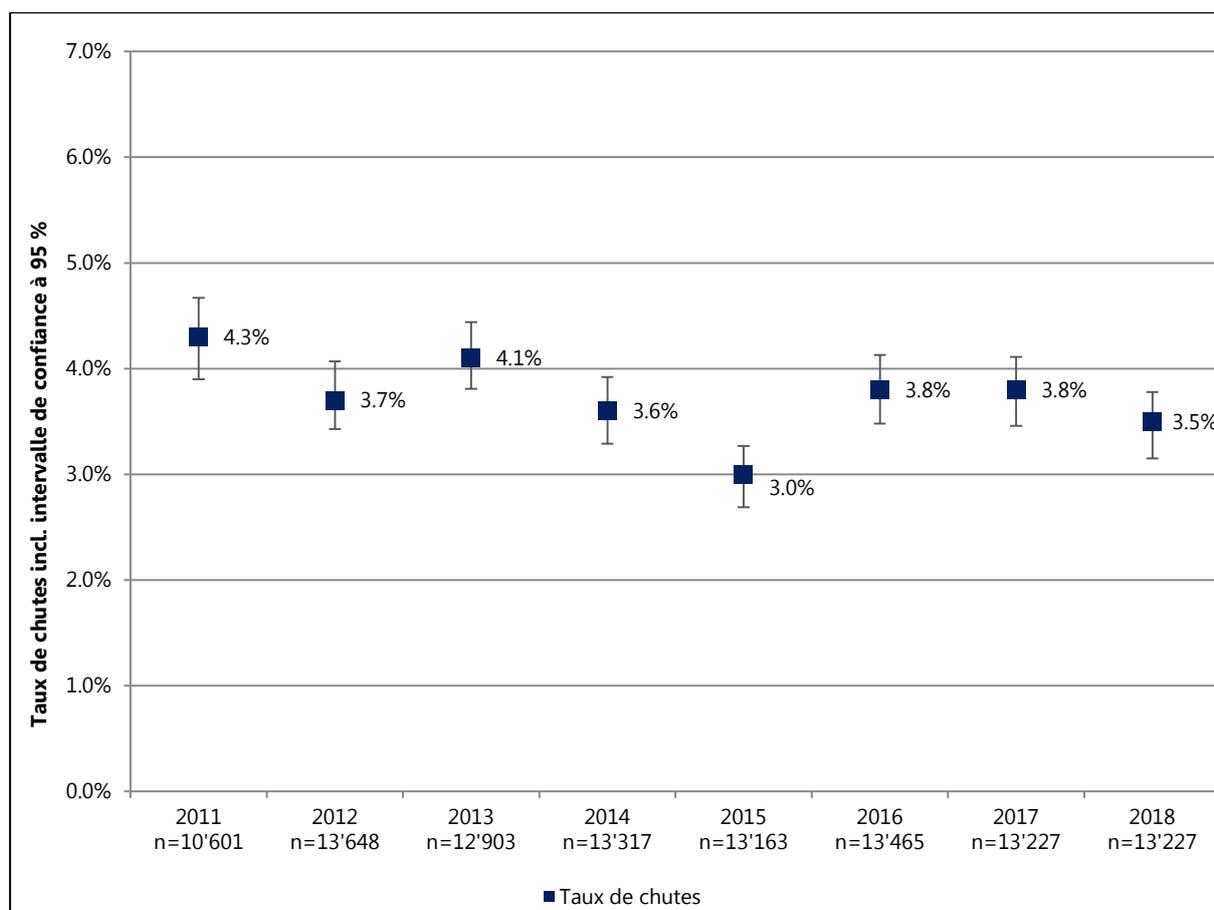
Le taux de *blessures de gravité moyenne* en Suisse a connu une baisse constante sur les trois dernières années de mesure et se situait dans la moyenne des pays LPZ et des publications internationales.

Le fait que chez au moins deux tiers des personnes concernées en Suisse, les chutes n'aient pas donné lieu à des conséquences, correspond aux données de la littérature.

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

Les taux nationaux des chutes à l'hôpital des huit dernières années de mesure sont présentés dans la figure 36.

Figure 36 : comparaison des taux de chutes à l'hôpital sur les 8 dernières années de mesure



Les valeurs nationales des taux de chutes sont restés relativement stables sur les huit dernières années de mesure. Le taux de 2018 était toutefois significativement inférieur aux taux des années de mesure 2011 et 2013. On constate aussi des différences significatives au niveau de l'année de mesure 2015 : la valeur était alors significativement inférieure à celle des années de mesure 2011 à 2014 ainsi que 2016 et 2017. Pour le reste, d'un point de vue statistique, les différences sont de nature aléatoire et se situent au cours des huit dernières années dans une plage de maximum 1,3 point de pourcentage.

5.3.3. Résultats ajustés au risque

Les deux indicateurs Chute dans l'anamnèse (« fall history ») et Prise de sédatifs et/ou médicaments influençant le comportement (Richter, Vangelooven, & Hahn, 2015), tous deux tirés de la littérature et intégrés à l'analyse depuis 2017, se sont également avérés pertinents en 2018. Les deux caractéristiques ont vraisemblablement contribué à ce que le risque de chute ait pu être quasiment entièrement expliqué par les caractéristiques des patient-e-s dans les mesures de 2017 et 2018, 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.

En ce qui concerne les variables prédictives des risques relatifs aux patient-e-s, on a pu constater des résultats en majeure partie semblables à ceux de 2017, et ce par exemple, tant en termes de pertinence de la durée d'hospitalisation que de la dépendance aux soins. Les deux indicateurs augmentent de manière prédictive avec la durée et/ou la gravité. Cependant, tout comme lors des mesures précédentes, on a pu constater que la dépendance complète aux soins ne permettait plus de prévoir de manière significative le risque de chutes. Il est très probable qu'il s'agisse ici de l'effet de l'alitement lié à la dépendance complète. Enfin, comme pour les années précédentes également, une intervention chirurgicale avant le jour de la mesure avait pour effet de réduire le risque.

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 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 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 un peu plus fréquemment documentée chez les personnes ayant chuté à l'hôpital, même si cette documentation manquait encore chez une personne sur sept 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 systématiquement dans le dossier patient, le danger est qu'il ne soit pas traité de manière suivie et cohérente 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 quatre cinquièmes de tous/toutes les participant-e-s avec ou sans événement de chute, des interventions de prévention des chutes ont 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). 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 entre les 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 et au niveau des unités de soins, on constate qu'en Suisse, par comparaison avec l'Autriche (Eglseer et al., 2019), il semble y avoir des contrôles plus tôt systématiques du respect des directives ainsi que des cours de remise à jour pour les collaborateurs. En revanche, les indicateurs de structure Standard/directive, Consignation de l'évaluation du risque dans le dossier patient, Informations standardisées lors du transfert du/de la patient-e ainsi que Colloques multidisciplinaires patient-e-s à risque présentaient un degré de réalisation plus élevé en Autriche.

Au niveau national, il ressortait les observations suivantes au regard des trois dernières années de mesure :

- 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 2018. 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, on constate, comme pour l'indicateur escarres, une tendance à la stagnation du degré de réalisation des indicateurs de structure au niveau de l'hôpital. Les degrés de réalisation restent comme auparavant légèrement inférieurs à ceux de l'indicateur escarres à la fois au niveau de l'hôpital et pour la plupart des indicateurs de structure au niveau de l'unité de soins. 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. Sur l'ensemble des années de mesure passées, on note ainsi 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. En outre, il paraît essentiel de tenir compte de l'aspect multidisciplinaire, en particulier pour l'indicateur chutes. En effet, pour être efficace, la prévention des chutes à l'hôpital doit être l'affaire de l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire. Il est donc recommandé de mettre à disposition des protocoles standardisés pour soutenir la collaboration multidisciplinaire, ainsi que pour planifier et mettre en œuvre le programme de prévention des chutes basé sur des données probantes (Porter, Cullen, Farrington, Matthews, & Tucker, 2018).

6. Discussion relative à la mesure globale

6.1. Participation à la mesure

198 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 2018. Comme, au moment de la mesure, un site hospitalier ne comptait aucun-e patient-e hospitalisé-e, et étant donné qu'un autre site n'a pas pu fournir de données, l'analyse a intégré les données de 196 sites hospitaliers (32 groupes hospitaliers et 111 hôpitaux). Le taux de participation correspond à 96,1 % 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 des patient-e-s est lui aussi resté constant durant cette période, avec 76,7 %. 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 avec courrier d'information aux patient-e-s simplifié et abrégé, 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 2018, ni d'autres retours divers ne sont en mesure d'apporter des indications claires quant à la manière d'augmenter le taux de participation.

Pour ce qui est des raisons de non-participation, le refus de participer constituait encore, avec 40,0 %, 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 intervention chirurgicale).

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 2018 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

		Suisse, dates de l'OFS 2017	Suisse LPZ 2018	Autriche LPZ 2018	Pays-Bas LPZ 2018	Turquie LPZ 2017
Patient-e-s participant-e-s	<i>n</i>		13227	3382	123	571
Âge (en ans)	<i>VM (ÉT)</i>		67.3 (16.99)	65.0 (17.76)	70.7 (14.16)	62.7 (18.48)
	<i>Médiane (EI)</i>		71.0 (23.00)	69.0 (24.00)	73.0 (20.00)	65.0 (24.00)
Nombre des jours depuis l'admission	<i>VM (ÉT)</i>	8.1/7.2*	7.1 (10.81)	33.5 (724.89)	5.3 (5.63)	24.5 (92.07)
	<i>Médiane (EI)</i>		4.0 (7.00)	6.0 (10.00)	3.0 (6.00)	6.0 (14.00)
Nombre des groupes de diagnostics CIM	<i>VM (ÉT)</i>		3.3 (2.06)	2.6 (1.59)	2.9 (1.63)	2.2 (1.24)
	<i>Médiane (EI)</i>		3.0 (3.00)	2.0 (3.00)	3.0 (1.00)	2.0 (2.00)
Échelle de la dépendance aux soins (EDS)**	<i>VM (ÉT)</i>		65.1 (13.07)	66.6 (14.17)	66.0 (11.88)	58.8 (20.47)
	<i>Médiane (EI)</i>		70.0 (14.00)	74.0 (10.00)	70.0 (13.00)	70.0 (30.00)

* Chiffre basé sur les valeurs du tableau standard dans les statistiques médicales des hôpitaux (Office fédéral de la statistique [OFS], 2018) (à l'exclusion de la gynécologie et l'obstétrique, la pédiatrie, la psychiatrie, la psychothérapie, la gériatrie et les centres de médecine d'urgence).

** 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 2018 sont semblables à ceux trouvés dans les tableaux standard des statistiques médicales des hôpitaux de 2017 de l'OFS (2018). 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 (2018), qui rapporte la durée totale d'hospitalisation de l'admission à la sortie. Le nombre de jours moyen depuis l'admission de 7,1 jours dans la mesure de la prévalence est un peu inférieur à la durée d'hospitalisation publiée par l'OFS (2018), qui est de 8,1 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 7,2 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 présentant 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, sont plus dépendants aux soins et présentent pratiquement un diagnostic CIM de moins.

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, dates de l'OFS 2017	1. Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	180824 (14.1)
	2. Lésions traumatiques et autres conséquences de causes externes	172200 (13.4)
	3. Maladies de l'appareil circulatoire	153926 (12.0)
	4. Tumeurs	122989 (9.6)
Suisse, LPZ 2018	1. Maladies de l'appareil circulatoire	7438 (56.2)
	2. Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	5377 (40.7)
	3. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métab.	4452 (33.7)
	4. Maladies de l'appareil génito-urinaire	4046 (30.6)
Autriche, LPZ 2018	1. Maladies de l'appareil circulatoire	1659 (49.1)
	2. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métab.	1078 (31.9)
	3. Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	911 (26.9)
	4. Maladies de l'appareil génito-urinaire	752 (22.2)
Pays-Bas, LPZ 2018	1. Maladies de l'appareil circulatoire	77 (62.6)
	2. Maladies de l'appareil respiratoire	36 (29.3)
	3. Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	34 (27.6)
	4. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	31 (25.2)
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 fréquemment rencontrés étaient les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du 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, tous figurent également parmi les quatre plus fréquents en Autriche, et deux aux Pays-Bas et en Turquie. Contrairement à la Suisse, les deux groupes de diagnostic CIM Maladies de l'appareil respiratoire et Certaines maladies infectieuses et parasitaires se trouvent parmi les quatre plus fréquentes en Turquie et aux Pays-Bas. Les différences avec les statistiques de 2017 de l'OFS (2018) 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 huit 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). Il faut souligner ici que les taux de prévalence ont diminué dans la mesure 2018, certains même de manière significative sur le plan statistique. 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. À ce sujet, on constate dans la mesure 2018 que le degré de réalisation des indicateurs de structure a plutôt stagné au niveau de l'hôpital, alors qu'il continue d'augmenter au niveau de l'unité de soins.

6.3.1. Escarres nosocomiales

Concernant l'indicateur escarres, il est réjouissant de noter que les taux de prévalence nosocomiale en Suisse diminuent légèrement au niveau national et se situent dans la plage inférieure des valeurs de référence internationales. On a même observé une diminution statistiquement significative pour la prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur. Le fait que seulement 6,8 % 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, notamment également parce que la part d'escarres de catégorie 3 et supérieur a encore diminué par rapport à l'année précédente. 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 documentées et des interventions de prévention.

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 (examens d') 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; Ocampo et al., 2017).

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). De même, le nombre de publications traitant des effets des interventions relatives à la qualité au niveau des unités de soins ne cesse d'augmenter (cf chapitre 6.3.3). Par exemple, Padula et al. (2015) décrivent l'efficacité de la mise en œuvre du « flagging » (marquage) des patient-e-s à risque, tandis que Fabbruzzo-Cota et al. (2016) et Polancich et al. (2017) traitent de l'efficacité de la combinaison de groupes spécialisés et de procédures d'audit pour le contrôle du respect des prescriptions en matière de documentation et d'application des standards. Dans ce contexte, on peut considérer encourageant que le développement des indicateurs de structure et de processus se poursuive également dans la mesure de la prévalence nationale en Suisse, et ce tout particulièrement au niveau des unités de soins.

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, Tippett, & 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; González-Méndez, Lima-Serrano, Martín-Castaño, Alonso-Araujo, & Lima-Rodríguez, 2018; Kayser et al., 2019). Dans une étude basée sur la littérature se concluant sur la mise en place de la méthode de Delphes, 20 expert-e-s ont très clairement jugé l'indicateur escarres pertinent et ont recommandé qu'il fasse partie d'un ensemble d'indicateurs de qualité sensible des soins pour les unités de soins intensifs (Yang et al., 2019).

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). Globalement, il en ressort que les approches qui abordent et mettent en réseau différents niveaux d'une organisation semblent prometteuses (Smith et al., 2018).

6.3.2. Chutes à l'hôpital

En ce qui concerne les chutes survenues à l'hôpital (mesures 2011–2018), 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, on peut se réjouir que l'évolution positive observée jusque là au niveau des structures et des processus se poursuive dans la mesure 2018 (cf. chapitre 5.3.4). Il apparaîtrait cependant, comme les années passées, que les mesures préventives sont en partie 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 pour un-e patient-e sur sept 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) 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 (troubles cognitifs, 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 qu'au moins les deux tiers 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 nettement plus élevé que dans les autres pays LPZ ou dans la littérature internationale. 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, notamment en raison des mesures de réadaptation prises suite à l’hospitalisation (cf. par exemple Hill et al., 2019; Morello et al., 2015; Tchouaket, Dubois, & D’Amour, 2017). 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). Une étude menée aux États-Unis chiffre les coûts supplémentaires des soins médicaux relatifs à une chute à l’hôpital chez les personnes âgées à 9 389 USD en moyenne (Hoffman, Hays, Shapiro, Wallace, & Ettner, 2017).

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. Ainsi, les études ont identifié des facteurs d’influence sur les chutes importants qui doivent être abordés à différents niveaux institutionnels et personnels. En résumé, les facteurs d’influence négative constatés sont les suivants : une évaluation du risque inadéquate, un défaut de communication, des standards spécialisés non respectés, la composition du personnel et la charge de travail, ainsi que des déficits dans l’environnement physique (Bowden, Bradas, & McNett, 2019; Rowan & Veenema, 2017; The Joint Commission, 2015). De plus, Wagner (2018) a explicitement traité le processus de délégation. Il s’est avéré que les actes des infirmier-ère-s et des aides-soignant-e-s étaient souvent effectués de façon isolée les uns des autres et que les infirmier-ère-s avaient tendance à déléguer trop tard, rendant plus difficile l’adoption d’une approche globale et suivie des soins, et empêchant ainsi une action proactive à des fins de prévention. Une intervention visant l’amélioration du processus de délégation a permis d’obtenir une diminution pertinente du taux de chutes.

En raison de la complexité et des composantes multifactorielles de l’indicateur chutes dans un système qui change constamment, 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 ciblée sur les patient-e-s, dans l’idéal combinée avec des méthodes de développement de la qualité comme une surveillance continue, est importante (Rowan & Veenema, 2017). Il conviendrait également de déterminer dans quelle mesure les approches interinstitutionnelles favorisent la mise en œuvre de programmes de prévention (cf chapitre 6.3.3).

6.3.3. Stratégie de développement de la qualité

Si l’on s’intéresse de plus près aux tendances de la recherche dans le domaine de la qualité ces dernières années, on observe que l’*adressage et la mise en réseau pertinente des différents niveaux* (micro à macro) gagnent en importance. Trois thèmes se cristallisent ici : le co-design/l’orientation sur les patients, le retour sur les données de qualité et les coopérations pour l’amélioration de la qualité.

Pour leur part, le *co-design et l’orientation sur les patients* traitent le niveau micro. Des analyses actuelles ont démontré que l’inclusion active des patient-e-s permettait d’améliorer les résultats (Avanecean et al., 2017; Fédération des hôpitaux vaudois, 2019). En ce qui concerne la prévention des escarres, cette inclusion peut par exemple prendre la forme d’une élaboration commune de supports éducatifs (affiches, vidéos, DVD, slogans, etc.) (Roberts et al., 2017) ou une incitation visuelle à changer régulièrement de position (Amherdt & Staines, 2015). Pour l’indicateur chutes, les analyses démontrent l’efficacité du recours à des vidéos d’instruction visant une éducation personnalisée des patient-e-s et à la planification des interventions (Opsahl et al., 2016). Hill et al. (2019) expliquent l’effet positif de ces approches par le fait que la plupart des chutes se produisent en l’absence de surveillance. Pour les infirmier-ère-s, cela signifie qu’il ne peuvent avoir une action préventive que de façon indirecte,

c'est-à-dire à travers l'éducation et la planification des mesures en collaboration avec les patient-e-s. Dans ce contexte, des instruments d'auto-évaluation du risque de chutes individuel sont en cours de conception (Shyu, Huang, Wu, & Chang, 2018). En effet, les facteurs internes et externes changeant constamment, la patiente ou le patient reste souvent la seule constante. C'est pourquoi il ou elle est souvent le/la plus à même d'évaluer quels facteurs de risque doivent et peuvent être traités à ce moment (s'appuyant sur Rowan & Veenema, 2017). Les National Academies of Sciences (2018) recommandent donc que les patient-e-s et les professionnels de santé structurent le traitement dans le cadre du co-design et travaillent ensemble à une amélioration continue.

Au niveau méso, la recherche actuelle dans le domaine de la qualité s'intéresse au thème du *retour sur les données* relatif aux mesures et interventions de qualité au niveau de l'unité de soins. Dans ce cadre, elle aborde le rôle important de la gestion des unités de soins et du leadership. Le retour sur les données peut en effet démontrer aux professionnels de santé l'utilité de nouvelles directives, programmes de prévention, etc. et favoriser la réflexion critique (cf. par exemple Jacobson, Thompson, Halvorson, & Zeitler, 2016; Rowan & Veenema, 2017; Tidwell et al., 2016). À cet effet, les procédures d'audit constituent un élément essentiel. Par exemple, des procédures d'audit ont permis à West, Rose, and Throop (2018) de constater que les résultats de la mesure outcome de l'indicateur chutes ne présentaient aucun changement, et ce non en raison de ressources structurelles inadaptées, mais parce que les instruments disponibles n'avaient pas été (correctement) utilisés. À l'aide du procédé de retour sur les données, Jacobson et al. (2016) ont pu démontrer que le recours à et la documentation de mesures de prévention basées sur des données probantes pouvaient être nettement intensifiés pour l'indicateur escarres, ce qui a entraîné une diminution de l'incidence des escarres nosocomiales. L'engagement et/ou la motivation croissants des collaborateur-trice-s en faveur de l'amélioration et du changement à travers le retour sur les données et la transparence des données ont été décrits comme un facteur significatif (Brann, 2014; Krugman & Sanders, 2016; Needleman et al., 2016; Tidwell et al., 2016). De plus, le retour sur les données et la transparence des données semblent également favoriser le sens de la responsabilité des infirmier-ère-s envers les résultats des patient-e-s (outcomes), ainsi que la compréhension de l'importance et de l'utilité des mesures de la qualité (Kagan, Cohen, Fish, & Perry Mezare, 2014; Tidwell et al., 2016). Des visuels compréhensibles et faciles d'accès au niveau de l'unité de soins en particulier aident l'équipe à définir les priorités dans la mise en œuvre de nouvelles stratégies, ainsi qu'à cibler le niveau de processus d'un indicateur précis, par exemple pour les « bedside teachings » (formation auprès du/de la patient-e)(Merkley et al., 2018). Indépendamment du fait que le retour sur les données et la transparence des données nécessitent un leadership (Kagan et al., 2014), les responsables des unités de soins profitent aussi de la collecte et de la préparation des données au niveau des unités de soins. D'une part, cela leur permet de démontrer l'importance des soins de qualité pour les établissements relevant des services de santé, et d'autre part, cela leur donne la possibilité de discuter de la situation personnelle et du processus de soins sur la base des données, ainsi que de définir des priorités (Krugman & Sanders, 2016; Sim, Joyce-McCoach, Gordon, & Kobel, 2019). Le retour sur les données et la transparence des données peuvent également améliorer la collaboration des différents niveaux hiérarchiques et favoriser le développement et la mise en œuvre d'une vision commune (cf. par exemple Krugman & Sanders, 2016; Tidwell et al., 2016). Même au regard des recommandations actuelles des National Academies of Sciences (2018) relatives à l'amélioration des soins de santé, cette approche semble avoir une importance centrale.

De plus, ces dernières années, des approches au niveau global (niveau macro), 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). Cependant, ce type de coopération existe aussi déjà en Suisse. La Fédération des hôpitaux vaudois, par exemple, a réussi à obtenir des améliorations significatives en matière d'observance dans le domaine de l'hygiène des mains au sein de toutes les catégories professionnelles, ainsi que dans tous les hôpitaux participants (Staines et al., 2017). Dernièrement, d'après des communiqués de presse, cette même coopération en Suisse a permis une nette diminution de la prévalence des escarres par le biais d'un programme de prévention conçu dans le cadre de la coopération (Fédération des hôpitaux vaudois, 2019).

6.4. Points forts et limites

Les points forts et les limites de cette mesure couvrent les thèmes de la qualité des données, la non-participation, la méthode clinique de récolte des données, la comparaison des hôpitaux conformément à la typologie des hôpitaux de l'OFS 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 (Thomann et al., 2019).

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.

Un problème fondamental de la mesure est la *non-participation* de patient-e-s. Bien que la participation à la mesure soit relativement élevée, avec 76,7 %, on peut se demander dans le cas des non-participant-e-s à la mesure, s'il ne s'agit pas justement de patient-e-s présentant un risque d'escarres et/ou de chutes particulièrement élevé, par exemple en raison d'une maladie grave. Dans la mesure de cette année, 238 personnes ont indiqué la mention « Phase terminale/trop malade » comme raison de non-participation, ce qui correspond à une part relativement faible de 5,9 % des non-participant-e-s.

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, & McMahan, 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'écartés 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.

De manière générale, il faut garder à l'esprit que les petits hôpitaux n'ont pratiquement aucune chance de présenter des valeurs statistiques aberrantes avec la méthode que nous utilisons. 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), 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.

Pour l'*indicateur chutes à l'hôpital*, le tableau brossé est légèrement différent : malgré des progrès au niveau des processus, on observe sur les huit 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 systémique 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'*orientation sur les patient-e-s et/ou le co-design* constituent 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 niveau micro 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 (*retour sur les données relatives à la qualité*). 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 les questions relatives aux indicateurs de structure et de processus au niveau des hôpitaux et des unités de soins cadrent avec les recommandations actuelles basées sur des données probantes. En effet, l'interprétation simultanée des résultats des structures, des processus et outcome est difficile avec les données actuelles. Il conviendrait de vérifier quelles caractéristiques de structure et de processus au niveau de l'hôpital et de l'unité de soins sont recommandées sur le plan international, de manière aussi indépendante que possible du contexte, pour améliorer le résultat par indicateur.

Lors de la vérification des données, il conviendrait également de vérifier si le contrôle standardisé des données pourrait déjà en partie être intégré dans les processus de LPZ, et ce, afin d'optimiser les processus et d'assurer la qualité des données à plus long terme.

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.

Comme décrit au chapitre 6.3.3, le retour sur les données relatives à la qualité au niveau de l'unité de soins semble être un élément essentiel du développement de la qualité. Dans ce contexte, il faudrait envisager d'aborder le travail avec les données internes dans le cadre des réunions de formation annuelles et de promouvoir des approches pour l'utilisation et la communication des données. Il conviendrait également à cet effet de chercher à favoriser une utilisation efficace des résultats du dashboard LPZ 2.0 tant au niveau des institutions que des unités de soins. Par conséquent, et aux fins de la transparence des données décrite, la possibilité pour d'autres personnes d'accéder au dashboard spécifique au site semble être un élément essentiel.

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 (cf. par exemple Barrois et al., 2018; Kayser et al., 2019; Smith et al., 2018), tandis que la sensibilisation aux indicateurs mesurés et l'utilisation ciblée de traitements et

de mesures de prévention gagnent du poids ou se maintiennent (Power et al., 2014; Stotts et al., 2013; VanGilder et al., 2017). 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). Dans leur nouveau document de référence, les National Academies of Sciences (2018) soulignent aussi l'importance des mesures de résultats continues, notamment au vu du fait que les résultats des mesures de développement de la qualité mettent souvent du temps à se manifester.

Au vu des taux de prévalence certes relativement stables, mais encore trop élevés, en particulier pour l'indicateur de résultat des chutes à l'hôpital, et présentant une tendance à la fluctuation dans les années 2011 à 2018, 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 ainsi 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.
- Amherdt, I., & Staines, A. (2015). Prévention des escarres. Retrieved from https://www.fhv.ch/jcms/fhv_6737/collectif-de-travail-prevention-des-escarres-information
- 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.
- Avanecean, D., Calliste, D., Contreras, T., Lim, Y., & Fitzpatrick, A. (2017). Effectiveness of patient-centered interventions on falls in the acute care setting compared to usual care: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*, *15*(12), 3006-3048.
- 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.
- Barrois, B., Colin, D., & Allaert, F. A. (2018). Prevalence, characteristics and risk factors of pressure ulcers in public and private hospitals care units and nursing homes in France. *Hospital Practice*, *46*(1), 30-36.
- 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., Thomann, S., Richter, D., Baumgartner, A., Schlunegger, M., Büchi, J., . . . Vangeloooven, C. (2018). *Nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus. Nationaler Vergleichsbericht Messung 2017 - Erwachsene*. Retrieved from Bern: [https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/10/ANQakut Sturz Dekubitus Erwachsene Kurzfassung Nationaler-Vergleichsbericht 2017.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/10/ANQakut_Sturz_Dekubitus_Erwachsene_Kurzfassung_Nationaler-Vergleichsbericht_2017.pdf)
- 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.
- 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.
- Bowden, V., Bradas, C., & McNett, M. (2019). Impact of level of nurse experience on falls in medical surgical units. *Journal of Nursing Management*, *0*(0), 1-7.
- Brann, M. J. (2014). Improving Unit Performance With A Staff-Driven Peer Review Process. *Nursing Forum*, n/a-n/a.
- 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), 1-8.
- 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.
- 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.
- Chaboyer, W., Thalib, L., Harbeck, E., Coyer, F., Blot, S., Bull, C., . . . Lin, F. (2018). Incidence and Prevalence of Pressure Injuries in Adult Intensive Care Patients: A Systematic Review and Metaanalysis. *Australian Critical Care, 32*, S1-S2.
- 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), 1-9.
- 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.
- Eglseer, D., Hödl, M., & Lohrmann, C. (2019). Six Nursing Care Problems in Hospitals: A Cross-Sectional Study of Quality of Care. *Journal of Nursing Care Quality, 34*(1), E8-E14.
- 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.
- Fabbruzzo-Cota, C., Frecea, M., Kozell, K., Pere, K., Thompson, T., Tjan Thomas, J., & Wong, A. (2016). A Clinical Nurse Specialist–Led Interprofessional Quality Improvement Project to Reduce Hospital-Acquired Pressure Ulcers. *Clinical Nurse Specialist, 30*(2), 110-116.
- Fédération des hôpitaux vaudois. (2019). Collectif Prévention des escarres. Retrieved from https://www.fhv.ch/jcms/fhv_6739/collectif-prevention-des-escarres
- Feng, H., Wu, Y., Su, C., Li, G., Xu, C., & Ju, C. (2018). Skin injury prevalence and incidence in China: a multicentre investigation. *Journal of Wound Care, 27*(Sup10), S4-S9.
- 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.
- González-Méndez, M. I., Lima-Serrano, M., Martín-Castaño, C., Alonso-Araujo, I., & Lima-Rodríguez, J. S. (2018). Incidence and risk factors associated with the development of pressure ulcers in an intensive care unit. *Journal of Clinical nursing, 27*(5-6), 1028-1037.
- 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*, 1-7.
- 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), 1-5.
- Heslop, L., & Lu, S. (2014). Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 70(11), 2469-2482.
- Hill, A.-M., Jacques, A., Chandler, A. M., Richey, P. A., Mion, L. C., & Shorr, R. I. (2019). In-Hospital Sequelae of Injurious Falls in 24 Medical/Surgical Units in Four Hospitals in the United States. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 45(2), 91-97.
- 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, 1-10.
- Hoffman, G. J., Hays, R. D., Shapiro, M. F., Wallace, S. P., & Ettner, S. L. (2017). The Costs of Fall-Related Injuries among Older Adults: Annual Per-Faller, Service Component, and Patient Out-of-Pocket Costs. *Health Services Research*, 52(5), 1794-1816.
- 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.
- Jacobson, T. M., Thompson, S. L., Halvorson, A. M., & Zeitler, K. (2016). Enhancing Documentation of Pressure Ulcer Prevention Interventions: A Quality Improvement Strategy to Reduce Pressure Ulcers. *Journal of Nursing Care Quality*, 31(3), 207-214.
- 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.
- Kagan, I., Cohen, R., Fish, M., & Perry Mezare, H. (2014). Developing and Implementing a Computerized Nursing Quality Control System in a Tertiary General Medical Center in Israel. *Journal of Nursing Care Quality*, 29(1), 83-90.
- Kasikci, M., Aksoy, M., & Ay, E. (2018). Investigation of the prevalence of pressure ulcers and patient-related risk factors in hospitals in the province of Erzurum: A cross-sectional study. *Journal of Tissue Viability*, 27(3), 135-140.
- Kayser, S. A., VanGilder, C. A., & Lachenbruch, C. (2019). Predictors of superficial and severe hospital-acquired pressure injuries: A cross-sectional study using the International Pressure Ulcer Prevalence™ survey. *International Journal of Nursing Studies*, 89, 46-52.
- 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.
- Kobayashi, K., Ando, K., Suzuki, Y., Inagaki, Y., Nagao, Y., Ishiguro, N., & Imagama, S. (2018). Characteristics of outpatient falls that occurred in hospital. *Nagoya Journal of Medical Science*, 80(3), 417-422.
- 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.
- Krugman, M. E., & Sanders, C. L. (2016). Implementing a Nurse Manager Profile to Improve Unit Performance. *The Journal of nursing administration*, 46(6), 345-351.

- 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.
- 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.
- Lerdal, A., Sigurdson, L. W., Hammerstad, H., Granheim, T. I., Group, R. S. R., & Gay, C. L. (2018). Associations between patient symptoms and falls in an acute care hospital: A cross-sectional study. *Journal of Clinical nursing*, *27*(9-10), 1826-1835.
- 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.
- 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*, 1-8.
- 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.
- Merkley, J., Amaral, N., Sinno, M., Jivraj, T., Mundle, W., & Jeffs, L. (2018). Developing a Nursing Scorecard Using the National Database of Nursing Quality Indicators®: A Canadian Hospital's Experience. *Nursing Leadership (1910-622X)*, *31*(4), 82-91.
- 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., & 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.
- 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.e361-367.e368.
- Morton, A., Mengersen, K. L., Playford, G., & Whitby, M. (2013). *Statistical Methods for Hospital Monitoring with R*. Chichester: Wiley.

- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2018). *Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide*. Retrieved from Washington, DC: <http://nap.edu/25152>
- 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>
- Needleman, J., Pearson, M. L., Upenieks, V. V., Yee, T., Wolstein, J., & Parkerton, M. (2016). Engaging Frontline Staff in Performance Improvement: The American Organization of Nurse Executives Implementation of Transforming Care at the Bedside Collaborative. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 42(2), 61-69.
- 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.
- Ocampo, W., Cheung, A., Baylis, B., Clayden, N., Conly, J. M., Ghali, W. A., . . . Hogan, D. B. (2017). Economic Evaluations of Strategies to Prevent Hospital-Acquired Pressure Injuries. *Advances in Skin & Wound Care*, 30(7), 319-333.
- 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]. (2018). Statistique médicale des hôpitaux: Tableaux standard 2017. Retrieved from <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.6406943.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., Ebright, 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.
- Polancich, S., Coiner, S., Barber, R., Poe, T., Roussel, L., Williams, K., . . . Miltner, R. (2017). Applying the PDSA Framework to Examine the Use of the Clinical Nurse Leader to Evaluate Pressure Ulcer Reporting. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(4), 293-300.
- Porter, R. B., Cullen, L., Farrington, M., Matthews, G., & Tucker, S. (2018). Exploring Clinicians' Perceptions About Sustaining an Evidence-Based Fall Prevention Program: A Findings from this qualitative study may help improve sustainability. *AJN American Journal of Nursing*, 118(5), 24-46.
- 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.
- 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/Tabl eofContents/Volume122007/No2May07/ArticlePreviousTopic/MeasuringFallProgramOutcomes.html>

- Richter, D., Vangelooven, C., & Hahn, S. (2015). *Nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus – Erwachsene, Evaluation der Risikoadjustierungsmethode*. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Abteilung angewandte Forschung und Entwicklung, Dienstleistung Pflege. Bern.
- 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>
- Rowan, L., & Veenema, T. G. (2017). Decreasing Falls in Acute Care Medical Patients: An Integrative Review. *Journal of Nursing Care Quality*, *32*(4), 340-347.
- Sato, N., Hase, N., Osaka, A., Sairyō, K., & Katoh, S. (2018). Falls among Hospitalized Patients in an Acute Care Hospital: Analyses of Incident Reports. *The Journal of Medical Investigation*, *65*(1.2), 81-84.
- Schlunegger, M., Thomann, S., Richter, D., Rösli, R., Baumgartner, A., Kammer, L., . . . Bernet, N. (2019). *Mesure nationale de la prévalence Escarres enfants - Rapport comparatif national Mesure 2018*. Retrieved from Berne: <https://www.anq.ch/fr/domaines/soins-aigus/telechargements-soins-aigus/>
- 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.
- Shyu, M.-L., Huang, H.-C., Wu, M.-J., & Chang, H.-J. (2018). Development and Validation of the Self-Awareness of Falls in Elderly Scale Among Elderly Inpatients. *Clinical Nursing Research*, *27*(1), 105-120.
- Sim, J., Joyce-McCoach, J., Gordon, R., & Kobel, C. (2019). Development of a data registry to evaluate the quality and safety of nursing practice. *Journal of advanced nursing*, *0*(0), 1-12.
- Smith, S. K., Ashby, S. E., Thomas, L., & Williams, F. (2018). Evaluation of a multifactorial approach to reduce the prevalence of pressure injuries in regional Australian acute inpatient care settings. *International Wound Journal*, *15*(1), 95-105.
- 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.
- Staines, A., Amherdt, I., Lecureux, E., Petignat, C., Eggimann, P., Schwab, M., & Pittet, D. (2017). Hand Hygiene Improvement and Sustainability: Assessing a Breakthrough Collaborative in Western Switzerland. *Infection control and hospital epidemiology*, *38*(12), 1420-1427.
- 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.
- 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.
- Thomann, S., Schlunegger, M., Richter, D., & Bernet, N. (2019). *Concept d'évaluation de l'ANQ. Mesure nationale de la prévalence chutes & escarres adultes et escarres enfants, de 2018 (version 5.0)*. Retrieved from Berne: <https://www.anq.ch/fr/domaines/soins-aigus/telechargements-soins-aigus/>

- Tidwell, J., Busby, R., Lewis, B., Falder, K., Langston, A., Allen, S. S., & Foglia, D. C. (2016). The Race: Quality Assurance Performance Improvement Project Aimed at Achieving Superior Patient Outcomes. *Journal of Nursing Care Quality, 31*(2), 99-104.
- Tomova-Simitchieva, T., Akdeniz, M., Blume-Peytavi, U., Lahmann, N., & Kottner, J. (2018). Die Epidemiologie des Dekubitus in Deutschland: eine systematische Übersicht. *Gesundheitswesen, 1*-8.
- Van Dishoeck, A. M., Looman, C. W., Steyerberg, E. W., Halfens, R. J. G., & Mackenbach, J. P. (2016). Performance indicators; the association between the quality of preventive care and the prevalence of hospital-acquired skin lesions in adult hospital patients. *Journal of advanced nursing, 72*(11), 2818-2830.
- Van Gaal, B. G., Schoonhoven, L., Mintjes-de Groot, J. A., Defloor, T., Habets, H., Voss, A., . . . Koopmans, R. T. (2014). Concurrent incidence of adverse events in hospitals and nursing homes. *Journal of Nursing Scholarship, 46*(3), 187-198.
- Van Nie, N. C., Schols, J. M. G. A., Meesterberends, E., Lohrmann, C., Meijers, J. M. M., & Halfens, R. J. G. (2013). An international prevalence measurement of care problems: study protocol. *Journal of advanced nursing, 69*(9), c18-c29.
- 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.
- Vangeloooven, 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*. Retrieved from [https://results.anq.ch/fileadmin/documents/anq/17/20170814 ANQ Aigue Rapport comparatif national mesure de prevalence adulte 2016 V.1.0.pdf](https://results.anq.ch/fileadmin/documents/anq/17/20170814_ANQ_Aigue_Rapport_comparatif_national_mesure_de_prevalence_adulte_2016_V.1.0.pdf)
- Vangeloooven, 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*. Retrieved from [https://results.anq.ch/fileadmin/documents/anq/17/20161005 Nationaler Vergleichsbericht Prävalenzmessung Erwachsene 2015 V.1.0 fr def.pdf](https://results.anq.ch/fileadmin/documents/anq/17/20161005_Nationaler_Vergleichsbericht_Prävalenzmessung_Erwachsene_2015_V.1.0_fr_def.pdf)
- 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.
- Wagner, E. A. (2018). Improving Patient Care Outcomes Through Better Delegation-Communication Between Nurses and Assistive Personnel. *Journal of Nursing Care Quality, 33*(2), 187-193.
- 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.
- 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.
- West, G. F., Rose, T., & Throop, M. D. (2018). Assessing nursing interventions to reduce patient falls. *Nursing2018, 48*(8), 59-60.
- White, P., McGillis Hall, I., & 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.
- Yang, S., Huang, L.-H., Zhao, X.-H., Xing, M.-Y., Shao, L.-W., Zhang, M.-Y., . . . Gao, C.-H. (2019). Using the Delphi method to establish nursing-sensitive quality indicators for ICU nursing in China. *Research in nursing & health, 42*(1), 48-60.

- 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., Delanko, V., Young-Xu, Y., Boar, S., & Mills, P. D. (2018). Preventing Falls and Fall-Related Injuries in State Veterans Homes: Virtual Breakthrough Series Collaborative. *Journal of Nursing Care Quality, 33*(4), 334-340.
- 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.....	12
Figure 2 : distribution des sites hospitaliers par type d'hôpital* au cours des 3 dernières années de mesure.....	19
Figure 3 : distribution des unités de soins participantes par type d'unité au cours des 3 dernières années de mesure.....	20
Figure 4 : nombre de patient-e-s hospitalisé-e-s et participant-e-s ainsi que taux de participation au cours des 3 dernières années de mesure.....	21
Figure 5 : comparaison des taux de participation dans les cantons avec le taux de participation national.....	22
Figure 6 : distribution des patient-e-s participant-e-s répartie par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure	23
Figure 7 : raisons de la non-participation au cours des 3 dernières années de mesure.....	24
Figure 8 : fréquence des groupes de diagnostics CIM*	27
Figure 9 : taux nationaux de prévalence des escarres au cours des 3 dernières années de mesure	31
Figure 10 : taux nationaux de prévalence des escarres nosocomiales chez les patient-e-s à risque au cours des 3 dernières années de mesure.....	32
Figure 11 : taux de prévalence nosocomiale de catégorie ≥ 2 répartis par type d'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure*	34
Figure 12 : nombre et distribution des escarres contractées avant l'admission à l'hôpital et des escarres nosocomiales selon la classification EPUAP*	35
Figure 13 : nombre et distribution des escarres nosocomiales selon la classification EPUAP au cours des 3 dernières années de mesure	36
Figure 14 : localisation anatomique des escarres contractées avant l'admission à l'hôpital et des escarres nosocomiales*	37
Figure 15 : nombre moyen d'interventions de prévention des escarres dans différents groupes de patients	38
Figure 16 : part des patient-e-s ayant reçu ou non d'interventions de prévention des escarres dans différents groupes de patients	39
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*.....	40
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*	42
Figure 19 : indicateurs de structure escarres au niveau de l'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure.....	43
Figure 20 : indicateurs de structure escarres au niveau de l'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure.....	44
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	47

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	50
Figure 23 : comparaison des taux de prévalence des escarres nosocomiales sur les 8 dernières années de mesure	54
Figure 24 : taux national de chutes survenues à l'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure .	61
Figure 25 : taux national de chutes survenues à l'hôpital chez les patient-e-s à risque de chute au cours des 2 dernières années de mesure	62
Figure 26 : taux de chutes survenues à l'hôpital répartis par le type d'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure*	64
Figure 27 : taux de blessures des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure.....	65
Figure 28 : distribution des blessures chez les patient-e-s ayant fait une chute avec des conséquences dans les 3 dernières années de mesure.....	67
Figure 29 : nombre moyen d'interventions de prévention des chutes dans différents groupes de patients	68
Figure 30 : part des patient-e-s ayant reçu ou non d'interventions de prévention des chutes dans différents groupes de patients	69
Figure 31 : 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*	70
Figure 32 : 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*	72
Figure 33 : indicateurs de structure chutes au niveau de l'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure.....	73
Figure 34 : indicateurs de structure chutes au niveau de l'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure.....	74
Figure 35 : 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	77
Figure 36 : comparaison des taux de chutes à l'hôpital sur les 8 dernières années de mesure	81
Figure 37 : taux de prévalence totale des escarres nosocomiales répartis par type d'unité de soins au cours des 3 dernières années de mesure.....	113
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 K111.....	127
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 K112.....	128
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 K121-K123.....	129
Figure 41 : 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	130
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 K111.....	131

Figure 43 : 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.....	132
Figure 44 : 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-K123	133
Figure 45 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital – type d'hôpital K221 & K231–K235.....	134
Figure 46 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital – type d'hôpital K111.....	135
Figure 47 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital – type d'hôpital K112.....	136
Figure 48 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital – type d'hôpital K121-K123.....	137
Figure 49 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital – type d'hôpital K221 & K231–K235.....	138

Liste des tableaux

Tableau 1 : caractéristiques des patient-e-s participant-e-s réparties par le type d'hôpital	25
Tableau 2 : caractéristiques des patient-e-s avec une escarre nosocomiale réparties par type d'hôpital	28
Tableau 3 : indicateur de processus « évaluation du risque consignée » chez les patient-e-s présentant un risque d'escarre ou avec une escarre au cours des 3 dernières années de mesure	30
Tableau 4 : taux de prévalence des escarres nosocomiales répartis par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure	33
Tableau 5 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives – escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur	45
Tableau 6 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives – escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur	48
Tableau 7 : valeurs comparatives internationales des taux de prévalence des escarres (soins aigus) des mesures LPZ au cours des 3 dernières années de mesure dans différents groupes de patients	52
Tableau 8 : caractéristiques des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital réparties par le type d'hôpital	58
Tableau 9 : indicateur de processus « évaluation du risque consignée » chez les patient-e-s à risque de chute et les patient-e-s ayant chuté à l'hôpital au cours des 2 respectivement 3 dernières années de mesure	60
Tableau 10 : taux de chutes survenues à l'hôpital au cours des 2 et 3 dernières années de mesure répartis par le type d'hôpital	63
Tableau 11 : taux de blessures des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital répartis par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure	66
Tableau 12 : variables du modèle de régression logistique et hiérarchique et valeurs représentatives – chutes à l'hôpital	75
Tableau 13 : valeurs comparatives internationales des taux de chutes (soins aigus) des mesures LPZ au cours des 2 et 3 dernières années de mesure dans différents groupes de patients	78
Tableau 14 : valeurs comparatives internationales des taux de blessures (soins aigus) des mesures LPZ au cours des 3 dernières années de mesure dans différents groupes de patients	80
Tableau 15 : les caractéristiques des patient-e-s dans la comparaison nationale et internationale	85
Tableau 16 : les groupes de diagnostics CIM les plus fréquents dans la comparaison nationale et internationale	86
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*	114
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	116

Tableau 21 : localisation anatomique des escarres contractées avant l'admission à l'hôpital et nosocomiales, répartie par type d'hôpital.....	117
Tableau 22 : interventions de prévention des escarres chez les patient-e-s avec ou sans escarres réparties par type d'hôpital*	118
Tableau 23 : interventions de prévention des escarres chez les patient-e-s à risque avec ou sans escarres, réparties par type d'hôpital*	119
Tableau 24 : taux des chutes survenues à l'hôpital répartis par type d'unité de soins et par type d'hôpital*	120
Tableau 25 : interventions de prévention des chutes chez les patient-e-s avec ou sans chutes à l'hôpital, réparties par type d'hôpital*	123
Tableau 26 : interventions de prévention des chutes chez les patient-e-s avec ou sans chute, réparties par type d'hôpital*	125
Tableau 27 : taux de participation ainsi que résidus et limites des intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital**	139

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
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Chirurgicale	Unités de soins	80 (39.0)	244 (41.9)	104 (40.8)	68 (66.7)	496 (43.3)
	Patient-e-s participant-e-s	1077 (43.5)	3428 (49.3)	1398 (51.9)	750 (67.9)	6653 (50.3)
Non chirurgicale	Unités de soins	74 (36.1)	186 (31.9)	79 (31.0)	2 (2.0)	341 (29.8)
	Patient-e-s participant-e-s	956 (38.6)	2501 (36.0)	922 (34.2)	11 (1.0)	4390 (33.2)
Soins intensifs	Unités de soins	15 (7.3)	48 (8.2)	16 (6.3)	3 (2.9)	82 (7.2)
	Patient-e-s participant-e-s	134 (5.4)	241 (3.5)	55 (2.0)	11 (1.0)	441 (3.3)
Gériatrie aiguë	Unités de soins	2 (1.0)	35 (6.0)	6 (2.4)	11 (10.8)	54 (4.7)
	Patient-e-s participant-e-s	43 (1.7)	371 (5.3)	78 (2.9)	208 (18.8)	700 (5.3)
Gériatrie aiguë	Unités de soins	3 (1.5)	25 (4.3)	13 (5.1)	0 (0.0)	41 (3.6)
	Patient-e-s participant-e-s	22 (0.9)	169 (2.4)	45 (1.7)	0 (0.0)	236 (1.8)
Soins continus	Unités de soins	16 (7.8)	19 (3.3)	16 (6.3)	3 (2.9)	54 (4.7)
	Patient-e-s participant-e-s	114 (4.6)	59 (0.8)	44 (1.6)	13 (1.2)	230 (1.7)
Soins palliatifs	Unités de soins	3 (1.5)	15 (2.6)	4 (1.6)	4 (3.9)	26 (2.3)
	Patient-e-s participant-e-s	17 (0.7)	98 (1.4)	19 (0.7)	27 (2.4)	161 (1.2)
Court séjour	Unités de soins	2 (1.0)	8 (1.4)	1 (0.4)	2 (2.0)	13 (1.1)
	Patient-e-s participant-e-s	8 (0.3)	65 (0.9)	9 (0.3)	18 (1.6)	100 (0.8)
Réadaptation	Unités de soins	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (5.9)	6 (0.5)
	Patient-e-s participant-e-s	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	26 (2.4)	26 (0.2)
Divers	Unités de soins	10 (4.9)	3 (0.5)	16 (6.3)	3 (2.9)	32 (2.8)
	Patient-e-s participant-e-s	106 (4.3)	18 (0.3)	125 (4.6)	41 (3.7)	290 (2.2)
Total	Unités de soins	205 (100.0)	583 (100.0)	255 (100.0)	102 (100.0)	1145 (100.0)
	Patient-e-s participant-e-s	2477 (100.0)	6950 (100.0)	2695 (100.0)	1105 (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		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2018	2477	6950	2695	1105	13227
	2017	2423	6722	2986	1096	13227
	2016	2505	6722	3323	915	13465
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Soins intensifs	2018	11 (8.2)	15 (6.2)	4 (7.3)	0 (0.0)	30 (6.8)
	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)
Réadaptation	2018				1 (3.8)	1 (3.8)
	2017				2 (3.5)	2 (3.5)
	2016				3 (6.8)	3 (6.8)
Soins palliatifs	2018	2 (11.8)	2 (2.0)	1 (5.3)	0 (0.0)	5 (3.1)
	2017	3 (37.5)	3 (3.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (4.3)
Gériatrie aiguë	2018	2 (4.7)	9 (2.4)	2 (2.6)	2 (1.0)	15 (2.1)
	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)
Chirurgicale	2018	25 (2.3)	48 (1.4)	6 (0.4)	7 (0.9)	86 (1.3)
	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)
Soins continus	2018	3 (2.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (1.3)
	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)
Non chirurgicale	2018	12 (1.3)	33 (1.3)	8 (0.9)	0 (0.0)	53 (1.2)
	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)
Gynécologie	2018	1 (4.5)	1 (0.6)	0 (0.0)		2 (0.8)
	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)

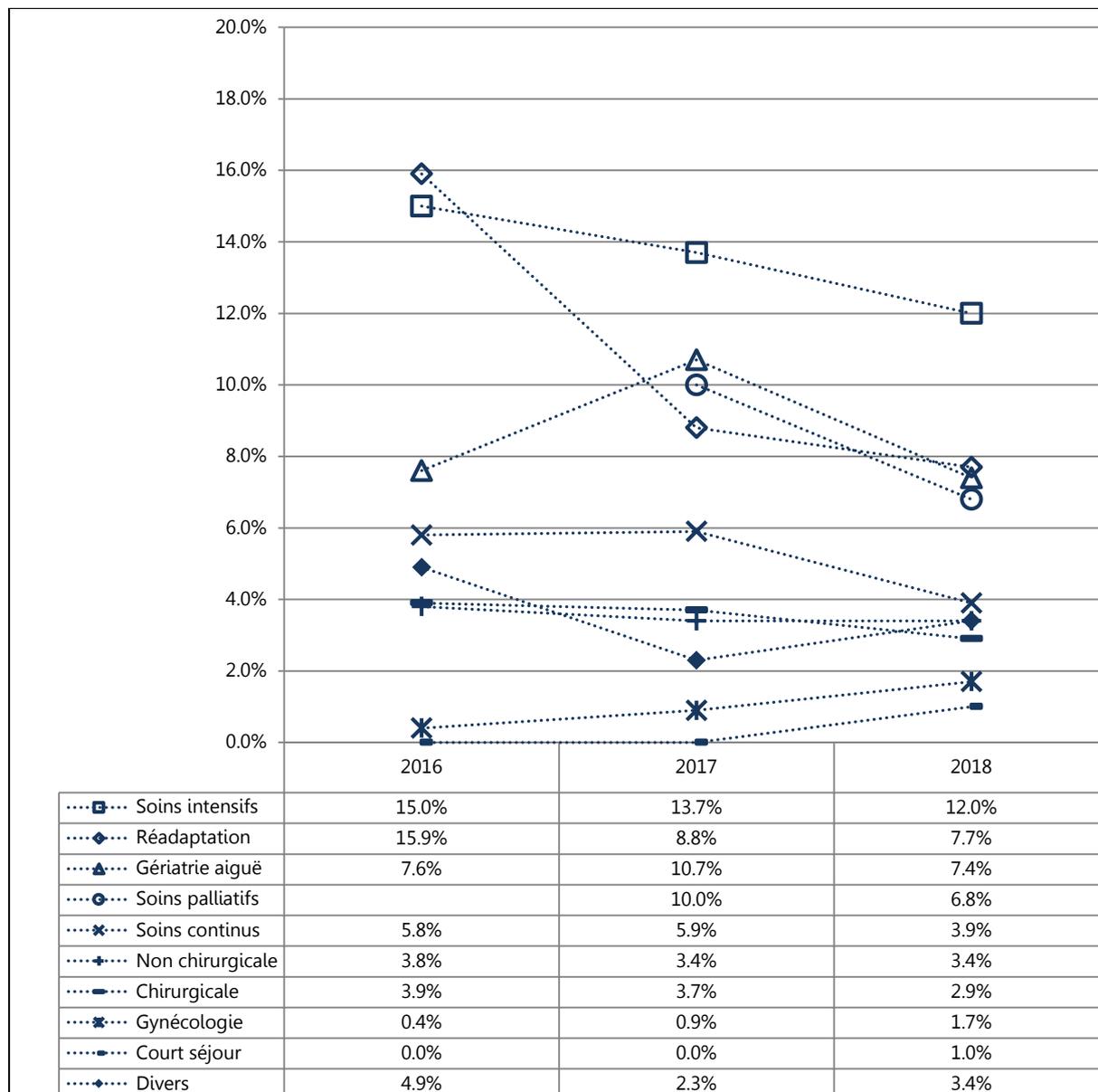
Type d'unité de soins		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Court séjour	2018	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	2017	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	2016	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

Type d'unité de soins		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Divers	2018	1 (0.9)	1 (5.6)	2 (1.6)	0 (0.0)	4 (1.4)
	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)
	Total	2018	57 (2.3)	109 (1.6)	23 (0.9)	10 (0.9)
	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)

Champs vides = aucune donnée disponible, aucun-e patient-e participant-e n'ayant été disponible.

* 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 : 25 patient-e-s avec escarre nosocomiale catégorie 2 et supérieur (cf. tableau 18) divisés par 1 077 participant-e-s (cf. tableau 17) multipliés par 100 = taux de prévalence de 2,3 % (cf. tableau 18).

Figure 37 : 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		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2018	2477	6950	2695	1105	13227
	2017	2423	6722	2986	1096	13227
	2016	2505	6722	3323	915	13465
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Soins intensifs	2018	13 (9.7)	32 (13.3)	7 (12.7)	1 (9.1)	53 (12.0)
	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)
Réadaptation	2018				2 (7.7)	2 (7.7)
	2017				5 (8.8)	5 (8.8)
	2016				7 (15.9)	7 (15.9)
Gériatrie aiguë	2018	2 (4.7)	30 (8.1)	3 (3.8)	17 (8.2)	52 (7.4)
	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)
Soins palliatifs	2018	2 (11.8)	8 (8.2)	1 (5.3)	0 (0.0)	11 (6.8)
	2017	3 (37.5)	9 (11.7)	1 (4.3)	1 (3.1)	14 (10.0)
Soins continus	2018	7 (6.1)	1 (1.7)	1 (2.3)	0 (0.0)	9 (3.9)
	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)
Non chirurgicale	2018	27 (2.8)	96 (3.8)	25 (2.7)	1 (9.1)	149 (3.4)
	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)
Chirurgicale	2018	54 (5.0)	98 (2.9)	26 (1.9)	12 (1.6)	190 (2.9)
	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)
Gynécologie	2018	2 (9.1)	2 (1.2)	0 (0.0)		4 (1.7)
	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)

Type d'unité de soins		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Court séjour	2018	0 (0.0)	1 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)
	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)
Divers	2018	4 (3.8)	1 (5.6)	2 (1.6)	3 (7.3)	10 (3.4)
	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)
Total	2018	111 (4.5)	269 (3.9)	65 (2.4)	36 (3.3)	481 (3.6)
	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)

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 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 : 54 patient-e-s avec escarre nosocomiale catégorie 2 et supérieur (cf. tableau 19) divisés par 1 077 participant-e-s (cf. tableau 17) multipliés par 100 = taux de prévalence de 5,0 % (cf. tableau 19).

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>	80	242	75	32	429
Catégorie 1	<i>n (%)</i>	17 (21.3)	85 (35.1)	33 (44.0)	17 (53.1)	152 (35.4)
Catégorie 2	<i>n (%)</i>	36 (45.0)	96 (39.7)	25 (33.3)	7 (21.9)	164 (38.2)
Catégorie 3	<i>n (%)</i>	11 (13.8)	23 (9.5)	13 (17.3)	4 (12.5)	51 (11.9)
Catégorie 4	<i>n (%)</i>	5 (6.3)	13 (5.4)	2 (2.7)	3 (9.4)	23 (5.4)
Inclassable : perte tissulaire ou cutanée complète de profondeur inconnue	<i>n (%)</i>	3 (3.8)	19 (7.9)	1 (1.3)	1 (3.1)	24 (5.6)
Dommages tissulaires profonds probables de profondeur inconnue	<i>n (%)</i>	8 (10.0)	6 (2.5)	1 (1.3)	0 (0.0)	15 (3.5)
Nombre des escarres nosocomiales	<i>n</i>	146	394	95	44	679
Catégorie 1	<i>n (%)</i>	79 (54.1)	258 (65.5)	70 (73.7)	34 (77.3)	441 (64.9)
Catégorie 2	<i>n (%)</i>	48 (32.9)	114 (28.9)	20 (21.1)	10 (22.7)	192 (28.3)
Catégorie 3	<i>n (%)</i>	10 (6.8)	12 (3.0)	1 (1.1)	0 (0.0)	23 (3.4)
Catégorie 4	<i>n (%)</i>	1 (0.7)	0 (0.0)	1 (1.1)	0 (0.0)	2 (0.3)
Inclassable : perte tissulaire ou cutanée complète de profondeur inconnue	<i>n (%)</i>	6 (4.1)	4 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (1.5)
Dommages tissulaires profonds probables de profondeur inconnue	<i>n (%)</i>	2 (1.4)	6 (1.5)	3 (3.2)	0 (0.0)	11 (1.6)

Tableau 21 : localisation anatomique des escarres contractées avant l'admission à l'hôpital et nosocomiales, répartie 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>	80	242	75	32	429
Sacrum	<i>n (%)</i>	34 (42.5)	80 (33.1)	28 (37.3)	9 (28.1)	151 (35.2)
Talon	<i>n (%)</i>	20 (25.0)	61 (25.2)	21 (28.0)	6 (18.8)	108 (25.2)
Tête	<i>n (%)</i>	0 (0.0)	5 (2.1)	2 (2.7)	0 (0.0)	7 (1.6)
Coude	<i>n (%)</i>	2 (2.5)	11 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (3.0)
Tubérosité ischiatique	<i>n (%)</i>	3 (3.8)	10 (4.1)	4 (5.3)	7 (21.9)	24 (5.6)
Cheville	<i>n (%)</i>	6 (7.5)	14 (5.8)	5 (6.7)	0 (0.0)	25 (5.8)
Trochanter	<i>n (%)</i>	2 (2.5)	10 (4.1)	3 (4.0)	1 (3.1)	16 (3.7)
Autre	<i>n (%)</i>	13 (16.3)	51 (21.1)	12 (16.0)	9 (28.1)	85 (19.8)
Nombre des escarres nosocomiales	<i>n</i>	146	394	95	44	679
Sacrum	<i>n (%)</i>	66 (45.2)	123 (31.2)	29 (30.5)	12 (27.3)	230 (33.9)
Talon	<i>n (%)</i>	26 (17.8)	125 (31.7)	31 (32.6)	13 (29.5)	195 (28.7)
Tête	<i>n (%)</i>	16 (11.0)	20 (5.1)	6 (6.3)	0 (0.0)	42 (6.2)
Coude	<i>n (%)</i>	6 (4.1)	22 (5.6)	5 (5.3)	3 (6.8)	36 (5.3)
Tubérosité ischiatique	<i>n (%)</i>	6 (4.1)	17 (4.3)	3 (3.2)	1 (2.3)	27 (4.0)
Cheville	<i>n (%)</i>	2 (1.4)	9 (2.3)	4 (4.2)	1 (2.3)	16 (2.4)
Trochanter	<i>n (%)</i>	2 (1.4)	6 (1.5)	2 (2.1)	3 (6.8)	13 (1.9)
Autre	<i>n (%)</i>	22 (15.1)	72 (18.3)	15 (15.8)	11 (25.0)	120 (17.7)

Tableau 22 : interventions de prévention des escarres chez les patient-e-s avec ou sans escarres réparties par type d'hôpital*

Intervention	K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Inspection régulière de la peau					
Patient-e-s sans escarre	1421 (72.9)	3880 (70.8)	1452 (65.2)	734 (80.4)	7487 (70.8)
Patient-e-s avec escarre	144 (88.3)	369 (88.9)	101 (90.2)	54 (93.1)	668 (89.3)
Matelas en mousse passif/support passif					
Patient-e-s sans escarre	1345 (69.0)	3446 (62.9)	1347 (60.5)	386 (42.3)	6524 (61.7)
Patient-e-s avec escarre	91 (55.8)	243 (58.6)	56 (50.0)	35 (60.3)	425 (56.8)
Produits/crèmes pour l'hydratation et la protection de la peau					
Patient/innen ohne Dekubitus	971 (49.8)	2348 (42.8)	976 (43.8)	365 (40.0)	4660 (44.1)
Patient/innen mit Dekubitus	126 (77.3)	305 (73.5)	80 (71.4)	36 (62.1)	547 (73.1)
Stimuler une mobilisation ciblée					
Patient-e-s sans escarre	601 (30.9)	2020 (36.9)	916 (41.1)	453 (49.6)	3990 (37.7)
Patient-e-s avec escarre	78 (47.9)	247 (59.5)	66 (58.9)	27 (46.6)	418 (55.9)
Education du/de la patient-e					
Patient-e-s sans escarre	497 (25.5)	1420 (25.9)	569 (25.5)	384 (42.1)	2870 (27.2)
Patient-e-s avec escarre	59 (36.2)	148 (35.7)	38 (33.9)	21 (36.2)	266 (35.6)
Talons en suspension/dispositif pour la suspension du talon					
Patient-e-s sans escarre	446 (22.9)	1103 (20.1)	396 (17.8)	328 (35.9)	2273 (21.5)
Patient-e-s avec escarre	82 (50.3)	209 (50.4)	60 (53.6)	30 (51.7)	381 (50.9)
Prévention ou traitement des déficits nutritionnels et/ou liquidiens					
Patient-e-s sans escarre	397 (20.4)	1030 (18.8)	471 (21.1)	167 (18.3)	2065 (19.5)
Patient-e-s avec escarre	74 (45.4)	189 (45.5)	46 (41.1)	20 (34.5)	329 (44.0)
Réduction de la pression sur les autres parties du corps					
Patient-e-s sans escarre	296 (15.2)	661 (12.1)	223 (10.0)	193 (21.1)	1373 (13.0)
Patient-e-s avec escarre	75 (46.0)	159 (38.3)	45 (40.2)	28 (48.3)	307 (41.0)
Repositionnement/changement de position en étant couché-e					
Patient-e-s sans escarre	325 (16.7)	585 (10.7)	161 (7.2)	74 (8.1)	1145 (10.8)
Patient-e-s avec escarre	76 (46.6)	184 (44.3)	45 (40.2)	22 (37.9)	327 (43.7)
Fauteuil roulant de confort avec dossier inclinable					
Patient-e-s sans escarre	244 (12.5)	614 (11.2)	224 (10.1)	35 (3.8)	1117 (10.6)
Patient-e-s avec escarre	53 (32.5)	122 (29.4)	26 (23.2)	11 (19.0)	212 (28.3)
Matelas actif/support actif permettant la redistribution des pressions					
Patient-e-s sans escarre	154 (7.9)	152 (2.8)	147 (6.6)	69 (7.6)	522 (4.9)
Patient-e-s avec escarre	46 (28.2)	98 (23.6)	25 (22.3)	8 (13.8)	177 (23.7)
Support d'assise					
Patient-e-s sans escarre	143 (7.3)	148 (2.7)	89 (4.0)	54 (5.9)	434 (4.1)
Patient-e-s avec escarre	28 (17.2)	63 (15.2)	22 (19.6)	16 (27.6)	129 (17.2)
Autre(s) intervention(s)					
Patient-e-s sans escarre	13 (0.7)	95 (1.7)	45 (2.0)	6 (0.7)	159 (1.5)
Patient-e-s avec escarre	7 (4.3)	15 (3.6)	5 (4.5)	2 (3.4)	29 (3.9)
Total patient-e-s avec interventions					
Patient-e-s sans escarre	1948 (100.0)	5481 (100.0)	2228 (100.0)	913 (100.0)	10570 (100.0)
Patient-e-s avec escarre	163 (100.0)	415 (100.0)	112 (100.0)	58 (100.0)	748 (100.0)

* Les patient-e-s sans interventions ont été exclu-e-s des analyses.

Tableau 23 : interventions de prévention des escarres chez les patient-e-s à risque avec ou sans escarres, réparties par type d'hôpital*

Intervention	K111	K112	K121–K123	K221 & K231–K235	Total hôpitaux
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Inspection régulière de la peau					
Patient-e-s à risque sans escarre	575 (90.3)	1509 (84.6)	520 (85.8)	235 (91.1)	2839 (86.4)
Patient-e-s à risque avec escarre	126 (88.7)	346 (90.6)	98 (91.6)	45 (93.8)	615 (90.6)
Produits/crèmes pour l'hydratation et la protection de la peau					
Patient-e-s à risque sans escarre	460 (72.2)	1078 (60.4)	375 (61.9)	134 (51.9)	2047 (62.3)
Patient-e-s à risque avec escarre	114 (80.3)	289 (75.7)	75 (70.1)	33 (68.8)	511 (75.3)
Matelas en mousse passif/support passif					
Patient-e-s à risque sans escarre	355 (55.7)	1112 (62.3)	367 (60.6)	97 (37.6)	1931 (58.8)
Patient-e-s à risque avec escarre	76 (53.5)	221 (57.9)	53 (49.5)	28 (58.3)	378 (55.7)
Stimuler une mobilisation ciblée					
Patient-e-s à risque sans escarre	318 (49.9)	956 (53.6)	339 (55.9)	152 (58.9)	1765 (53.7)
Patient-e-s à risque avec escarre	72 (50.7)	236 (61.8)	64 (59.8)	25 (52.1)	397 (58.5)
Talons en suspension/dispositif pour la suspension du talon					
Patient-e-s à risque sans escarre	327 (51.3)	734 (41.1)	224 (37.0)	138 (53.5)	1423 (43.3)
Patient-e-s à risque avec escarre	77 (54.2)	203 (53.1)	59 (55.1)	27 (56.3)	366 (53.9)
Prévention ou traitement des déficits nutritionnels et/ou liquidiens					
Patient-e-s à risque sans escarre	259 (40.7)	572 (32.1)	211 (34.8)	90 (34.9)	1132 (34.5)
Patient-e-s à risque avec escarre	68 (47.9)	183 (47.9)	45 (42.1)	19 (39.6)	315 (46.4)
Education du/de la patient-e					
Patient-e-s à risque sans escarre	224 (35.2)	574 (32.2)	187 (30.9)	114 (44.2)	1099 (33.5)
Patient-e-s à risque avec escarre	56 (39.4)	138 (36.1)	36 (33.6)	19 (39.6)	249 (36.7)
Réduction de la pression sur les autres parties du corps					
Patient-e-s à risque sans escarre	238 (37.4)	450 (25.2)	148 (24.4)	93 (36.0)	929 (28.3)
Patient-e-s à risque avec escarre	71 (50.0)	157 (41.1)	42 (39.3)	25 (52.1)	295 (43.4)
Repositionnement/changement de position en étant couché-e					
Patient-e-s à risque sans escarre	264 (41.4)	475 (26.6)	131 (21.6)	46 (17.8)	916 (27.9)
Patient-e-s à risque avec escarre	75 (52.8)	183 (47.9)	43 (40.2)	22 (45.8)	323 (47.6)
Fauteuil roulant de confort avec dossier inclinable					
Patient-e-s à risque sans escarre	143 (22.4)	354 (19.8)	123 (20.3)	29 (11.2)	649 (19.8)
Patient-e-s à risque avec escarre	52 (36.6)	118 (30.9)	26 (24.3)	11 (22.9)	207 (30.5)
Matelas actif/support actif permettant la redistribution des pressions					
Patient-e-s à risque sans escarre	127 (19.9)	98 (5.5)	63 (10.4)	15 (5.8)	303 (9.2)
Patient-e-s à risque avec escarre	44 (31.0)	96 (25.1)	25 (23.4)	7 (14.6)	172 (25.3)
Support d'assise					
Patient-e-s à risque sans escarre	92 (14.4)	98 (5.5)	61 (10.1)	38 (14.7)	289 (8.8)
Patient-e-s à risque avec escarre	27 (19.0)	63 (16.5)	21 (19.6)	15 (31.3)	126 (18.6)
Autre(s) intervention(s)					
Patient-e-s à risque sans escarre	9 (1.4)	33 (1.8)	22 (3.6)	5 (1.9)	69 (2.1)
Patient-e-s à risque avec escarre	5 (3.5)	14 (3.7)	5 (4.7)	1 (2.1)	25 (3.7)
Total patient-e-s à risque avec interventions					
Patient-e-s à risque sans escarre	637 (100.0)	1784 (100.0)	606 (100.0)	258 (100.0)	3285 (100.0)
Patient-e-s à risque avec escarre	142 (100.0)	382 (100.0)	107 (100.0)	48 (100.0)	679 (100.0)

* Les patient-e-s à risque sans interventions ont été exclu-e-s des analyses.

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		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2018	2477	6950	2695	1105	13227
	2017	2423	6722	2986	1096	13227
	2016	2505	6722	3323	915	13465
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Soins palliatifs	2018	1 (5.9)	10 (10.2)	3 (15.8)	6 (22.2)	20 (12.4)
	2017	1 (12.5)	7 (9.1)	5 (21.7)	5 (15.6)	18 (12.9)
Gériatrie aiguë	2018	5 (11.6)	31 (8.4)	6 (7.7)	21 (10.1)	63 (9.0)
	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)
Non chirurgicale	2018	35 (3.7)	124 (5.0)	39 (4.2)	0 (0.0)	198 (4.5)
	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)
Réadaptation	2018				1 (3.8)	1 (3.8)
	2017				6 (10.5)	6 (10.5)
	2016				7 (15.9)	7 (15.9)
Gynécologie	2018	1 (4.5)	4 (2.4)	1 (2.2)		6 (2.5)
	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)
Chirurgicale	2018	31 (2.9)	75 (2.2)	24 (1.7)	16 (2.1)	146 (2.2)
	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)
Soins intensifs	2018	2 (1.5)	3 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (1.1)
	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)
Court séjour	2018	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.6)	1 (1.0)
	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)

Type d'unité de soins		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Soins continus	2018	2 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.9)
	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)

Type d'unité de soins		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Divers	2018	3 (2.8)	0 (0.0)	4 (3.2)	8 (19.5)	15 (5.2)
	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)
	Total	2018	80 (3.2)	247 (3.6)	77 (2.9)	53 (4.8)
	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)

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 : 31 patient-e-s ayant chuté à l'hôpital (chiffre provenant du tableau 24) divisés par 1 077 participants (chiffre provenant du tableau 17) multipliés par 100 = taux des chutes à l'hôpital de 2,9 % (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*

Intervention	K111	K112	K121–K123	K221 & K231–K235	Total hôpitaux
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Evaluation des chaussures utilisées					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	1084 (60.4)	3653 (68.0)	1381 (66.7)	737 (77.1)	6855 (67.3)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	48 (64.0)	178 (74.8)	55 (74.3)	39 (75.0)	320 (72.9)
Evaluation de la médication					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	793 (44.2)	2558 (47.6)	1057 (51.0)	657 (68.7)	5065 (49.7)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	31 (41.3)	141 (59.2)	44 (59.5)	41 (78.8)	257 (58.5)
Accompagnement pour se déplacer					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	679 (37.8)	2664 (49.6)	1016 (49.1)	523 (54.7)	4882 (47.9)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	46 (61.3)	167 (70.2)	60 (81.1)	29 (55.8)	302 (68.8)
Evaluation des moyens auxiliaires utilisés					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	605 (33.7)	2452 (45.7)	895 (43.2)	560 (58.6)	4512 (44.3)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	37 (49.3)	160 (67.2)	51 (68.9)	35 (67.3)	283 (64.5)
Exercices et entraînements thérapeutiques					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	749 (41.7)	2280 (42.5)	942 (45.5)	547 (57.2)	4518 (44.3)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	47 (62.7)	153 (64.3)	55 (74.3)	30 (57.7)	285 (64.9)
Education du/de la patient-e					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	667 (37.1)	2271 (42.3)	983 (47.5)	485 (50.7)	4406 (43.2)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	39 (52.0)	107 (45.0)	30 (40.5)	17 (32.7)	193 (44.0)
Adaptation de l'environnement					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	782 (43.5)	2014 (37.5)	938 (45.3)	524 (54.8)	4258 (41.8)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	38 (50.7)	120 (50.4)	38 (51.4)	27 (51.9)	223 (50.8)
Evaluation de l'acuité visuelle					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	526 (29.3)	1145 (21.3)	424 (20.5)	233 (24.4)	2328 (22.8)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	23 (30.7)	54 (22.7)	12 (16.2)	14 (26.9)	103 (23.5)
Système d'alarme					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	191 (10.6)	920 (17.1)	511 (24.7)	322 (33.7)	1944 (19.1)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	15 (20.0)	79 (33.2)	34 (45.9)	24 (46.2)	152 (34.6)
Evaluation du programme de la journée					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	250 (13.9)	778 (14.5)	311 (15.0)	181 (18.9)	1520 (14.9)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	11 (14.7)	50 (21.0)	15 (20.3)	12 (23.1)	88 (20.0)
Accords avec le/la patient-e/ les proches/ le/la représentant-e mandaté-e					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	176 (9.8)	480 (8.9)	157 (7.6)	101 (10.6)	914 (9.0)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	10 (13.3)	40 (16.8)	8 (10.8)	6 (11.5)	64 (14.6)
Autres mesures limitatives de liberté					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	84 (4.7)	242 (4.5)	55 (2.7)	21 (2.2)	402 (3.9)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	11 (14.7)	46 (19.3)	18 (24.3)	11 (21.2)	86 (19.6)

Intervention	K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Prise en charge un pour un					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	42 (2.3)	133 (2.5)	38 (1.8)	8 (0.8)	221 (2.2)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	5 (6.7)	13 (5.5)	5 (6.8)	2 (3.8)	25 (5.7)
Lit de soins bas**					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	54 (3.0)	42 (0.8)	31 (1.5)	15 (1.6)	142 (1.4)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	2 (2.7)	12 (5.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (3.2)
Autre(s) intervention(s)					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	35 (1.9)	86 (1.6)	42 (2.0)	5 (0.5)	168 (1.6)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	2 (2.7)	6 (2.5)	3 (4.1)	4 (7.7)	15 (3.4)
Total patient-e-s avec interventions					
Patient-e-s sans chutes à l'hôpital	1796 (100.0)	5370 (100.0)	2071 (100.0)	956 (100.0)	10193 (100.0)
Patient-e-s avec chutes à l'hôpital	75 (100.0)	238 (100.0)	74 (100.0)	52 (100.0)	439 (100.0)

* Les patient-e-s sans interventions ont été exclu-e-s des analyses.

** 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*

Intervention	K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Evaluation des chaussures utilisées					
Patient-e-s à risque sans chute	331 (65.5)	1226 (68.8)	523 (68.8)	214 (80.5)	2294 (69.2)
Patient-e-s à risque avec chute	28 (75.7)	105 (74.5)	28 (71.8)	14 (82.4)	175 (74.8)
Accompagnement pour se déplacer					
Patient-e-s à risque sans chute	251 (49.7)	1103 (61.9)	432 (56.8)	148 (55.6)	1934 (58.4)
Patient-e-s à risque avec chute	23 (62.2)	104 (73.8)	33 (84.6)	10 (58.8)	170 (72.6)
Evaluation des moyens auxiliaires utilisés					
Patient-e-s à risque sans chute	220 (43.6)	995 (55.8)	393 (51.7)	168 (63.2)	1776 (53.6)
Patient-e-s à risque avec chute	24 (64.9)	93 (66.0)	29 (74.4)	12 (70.6)	158 (67.5)
Exercices et entraînements thérapeutiques					
Patient-e-s à risque sans chute	244 (48.3)	925 (51.9)	419 (55.1)	172 (64.7)	1760 (53.1)
Patient-e-s à risque avec chute	24 (64.9)	85 (60.3)	31 (79.5)	11 (64.7)	151 (64.5)
Evaluation de la médication					
Patient-e-s à risque sans chute	238 (47.1)	880 (49.4)	399 (52.5)	199 (74.8)	1716 (51.8)
Patient-e-s à risque avec chute	18 (48.6)	84 (59.6)	24 (61.5)	15 (88.2)	141 (60.3)
Adaptation de l'environnement					
Patient-e-s à risque sans chute	245 (48.5)	754 (42.3)	355 (46.7)	148 (55.6)	1502 (45.3)
Patient-e-s à risque avec chute	18 (48.6)	78 (55.3)	21 (53.8)	9 (52.9)	126 (53.8)
Education du/de la patient-e					
Patient-e-s à risque sans chute	209 (41.4)	762 (42.7)	362 (47.6)	124 (46.6)	1457 (44.0)
Patient-e-s à risque avec chute	20 (54.1)	64 (45.4)	15 (38.5)	8 (47.1)	107 (45.7)
Evaluation de l'acuité visuelle					
Patient-e-s à risque sans chute	154 (30.5)	405 (22.7)	150 (19.7)	76 (28.6)	785 (23.7)
Patient-e-s à risque avec chute	12 (32.4)	32 (22.7)	9 (23.1)	7 (41.2)	60 (25.6)
Système d'alarme					
Patient-e-s à risque sans chute	62 (12.3)	319 (17.9)	190 (25.0)	95 (35.7)	666 (20.1)
Patient-e-s à risque avec chute	10 (27.0)	46 (32.6)	21 (53.8)	9 (52.9)	86 (36.8)
Evaluation du programme de la journée					
Patient-e-s à risque sans chute	68 (13.5)	337 (18.9)	127 (16.7)	54 (20.3)	586 (17.7)
Patient-e-s à risque avec chute	5 (13.5)	30 (21.3)	11 (28.2)	3 (17.6)	49 (20.9)
Accord avec le/la patient-e/ les proches/ le/la représentant-e mandaté-e					
Patient-e-s à risque sans chute	64 (12.7)	218 (12.2)	68 (8.9)	20 (7.5)	370 (11.2)
Patient-e-s à risque avec chute	7 (18.9)	27 (19.1)	7 (17.9)	3 (17.6)	44 (18.8)
Autres mesures limitatives de liberté					
Patient-e-s à risque sans chute	23 (4.6)	122 (6.8)	28 (3.7)	10 (3.8)	183 (5.5)
Patient-e-s à risque avec chute	7 (18.9)	28 (19.9)	8 (20.5)	5 (29.4)	48 (20.5)

Intervention	K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Prise en charge un pour un					
Patient-e-s à risque sans chute	13 (2.6)	51 (2.9)	15 (2.0)	3 (1.1)	82 (2.5)
Patient-e-s à risque avec chute	2 (5.4)	9 (6.4)	4 (10.3)	1 (5.9)	16 (6.8)
Lit de soins bas**					
Patient-e-s à risque sans chute	12 (2.4)	22 (1.2)	7 (0.9)	1 (0.4)	42 (1.3)
Patient-e-s à risque avec chute	0 (0.0)	6 (4.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (2.6)
Autre(s) intervention(s)					
Patient-e-s à risque sans chute	16 (3.2)	28 (1.6)	24 (3.2)	0 (0.0)	68 (2.1)
Patient-e-s à risque avec chute	1 (2.7)	2 (1.4)	0 (0.0)	1 (5.9)	4 (1.7)
Total patient-e-s à risque avec interventions					
Patient-e-s à risque sans chute	505 (100.0)	1783 (100.0)	760 (100.0)	266 (100.0)	3314 (100.0)
Patient-e-s à risque avec chute	37 (100.0)	141 (100.0)	39 (100.0)	17 (100.0)	234 (100.0)

* Les patient-e-s à risque sans interventions ont été exclu-e-s des analyses.

** 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 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 K111

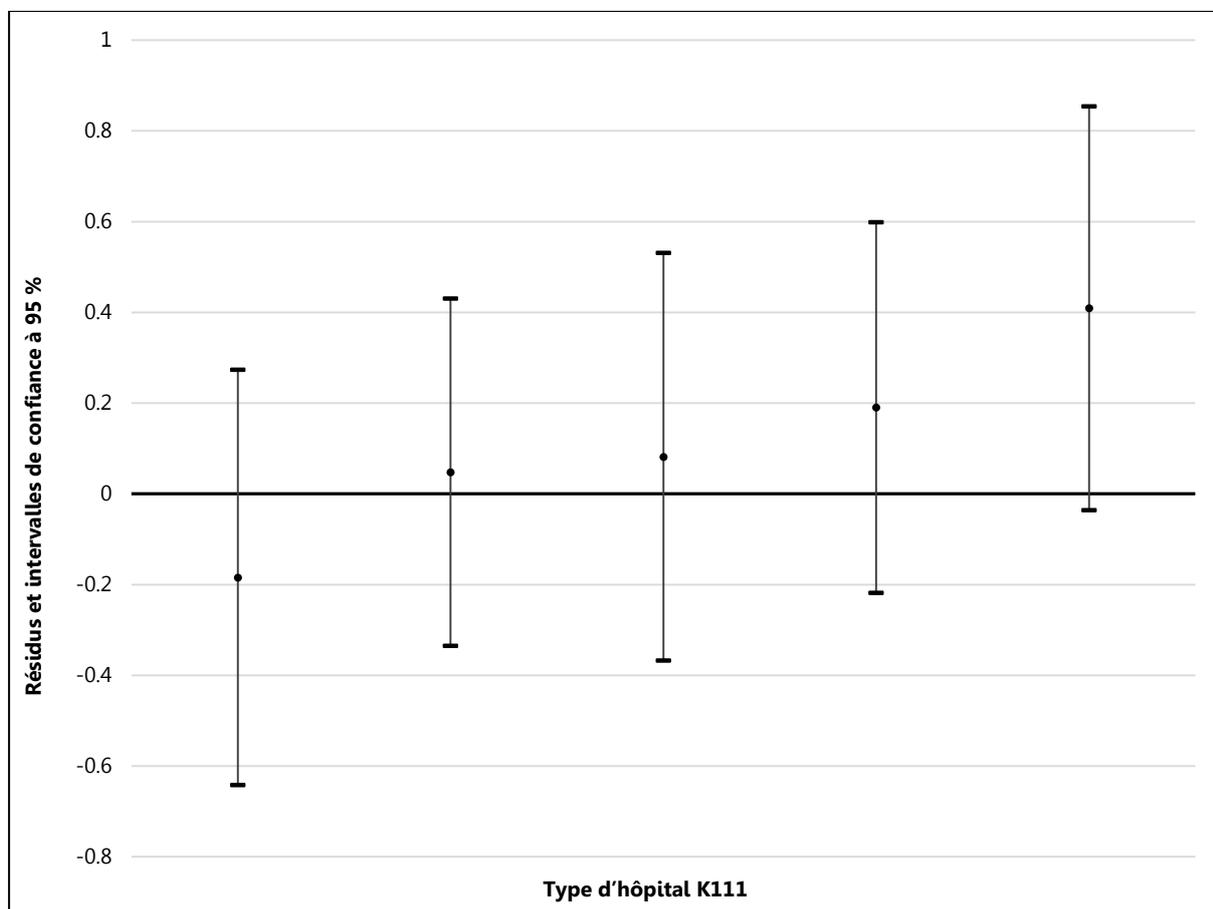


Figure 39 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur – type d'hôpital K112

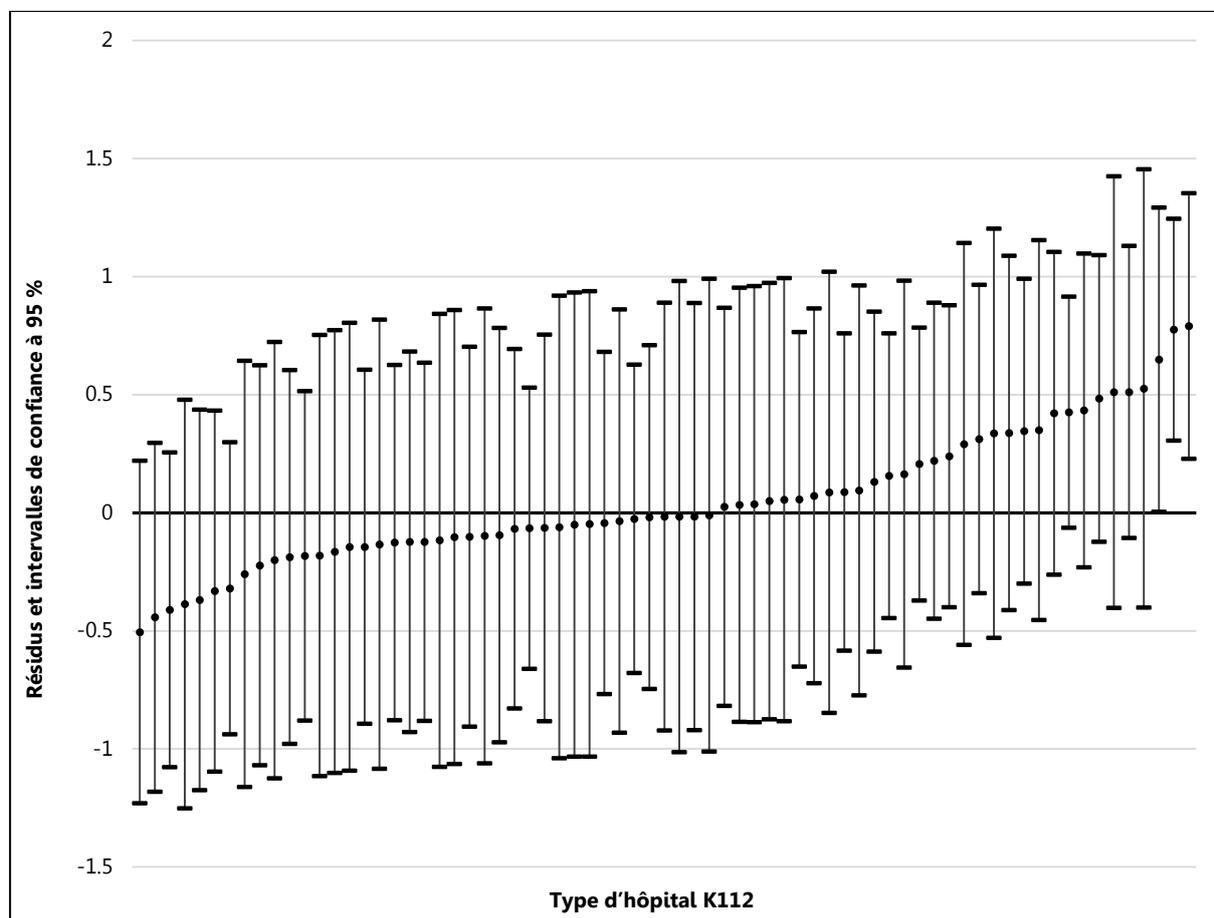


Figure 40 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur – type d'hôpital K121-K123

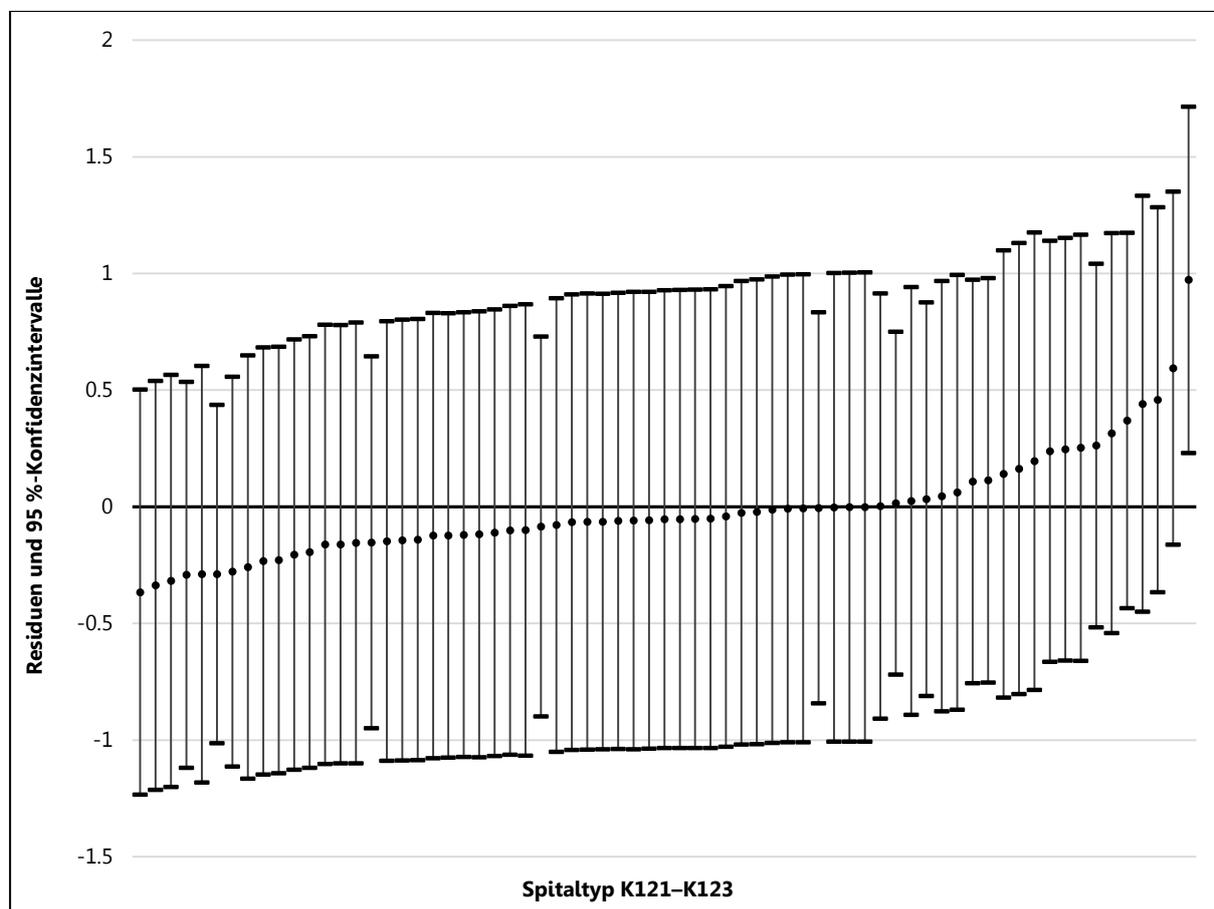


Figure 41 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur – type d'hôpital K221 & K231-K235

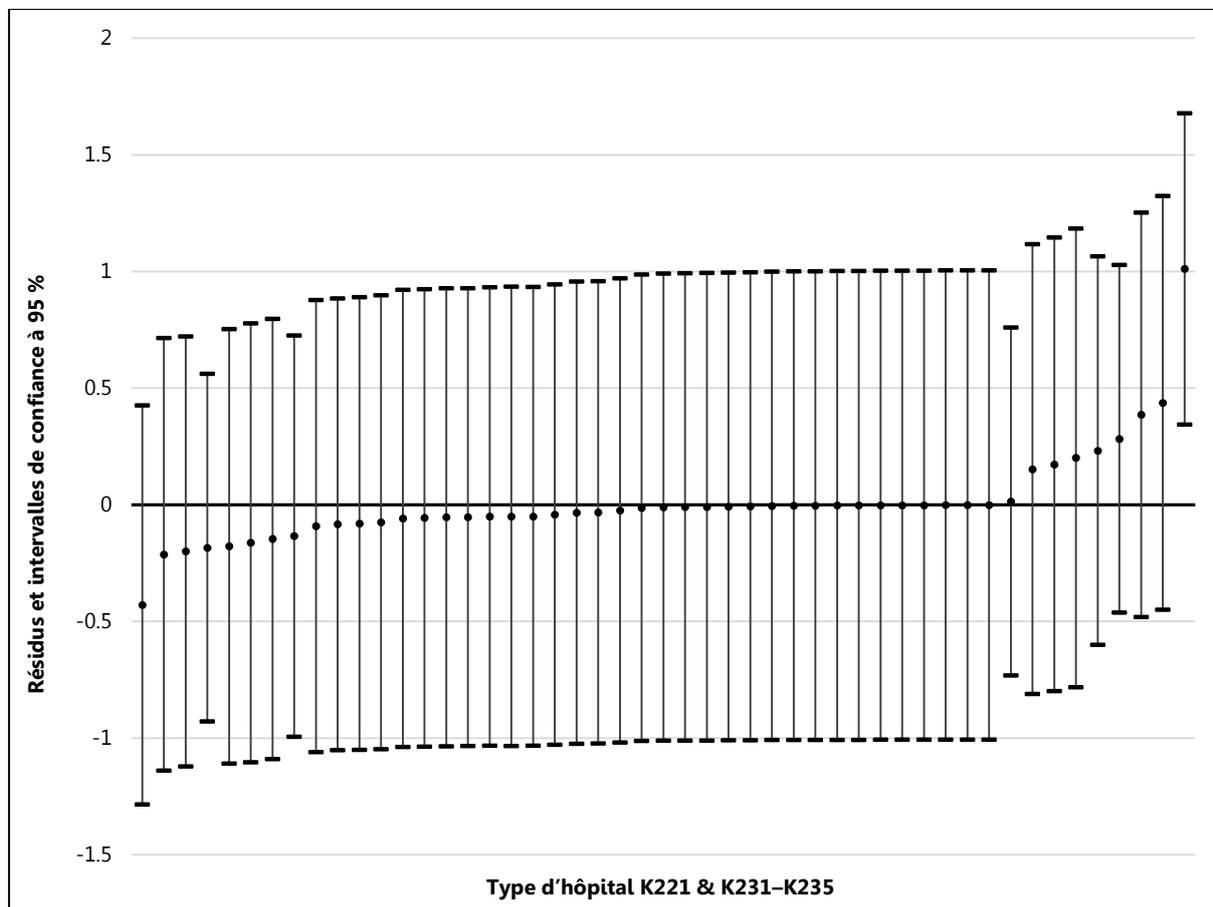


Figure 42 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur – type d'hôpital K111

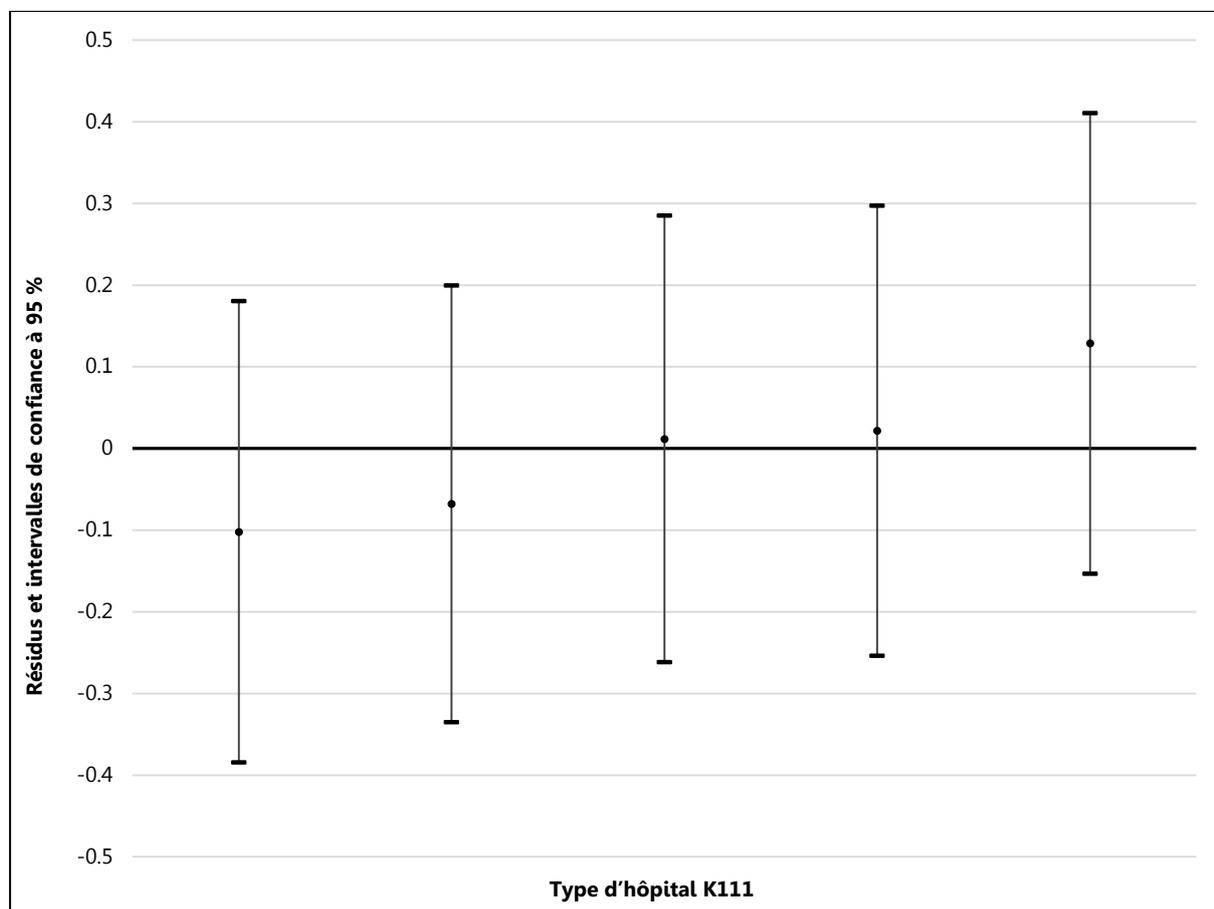


Figure 43 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur – type d'hôpital K112

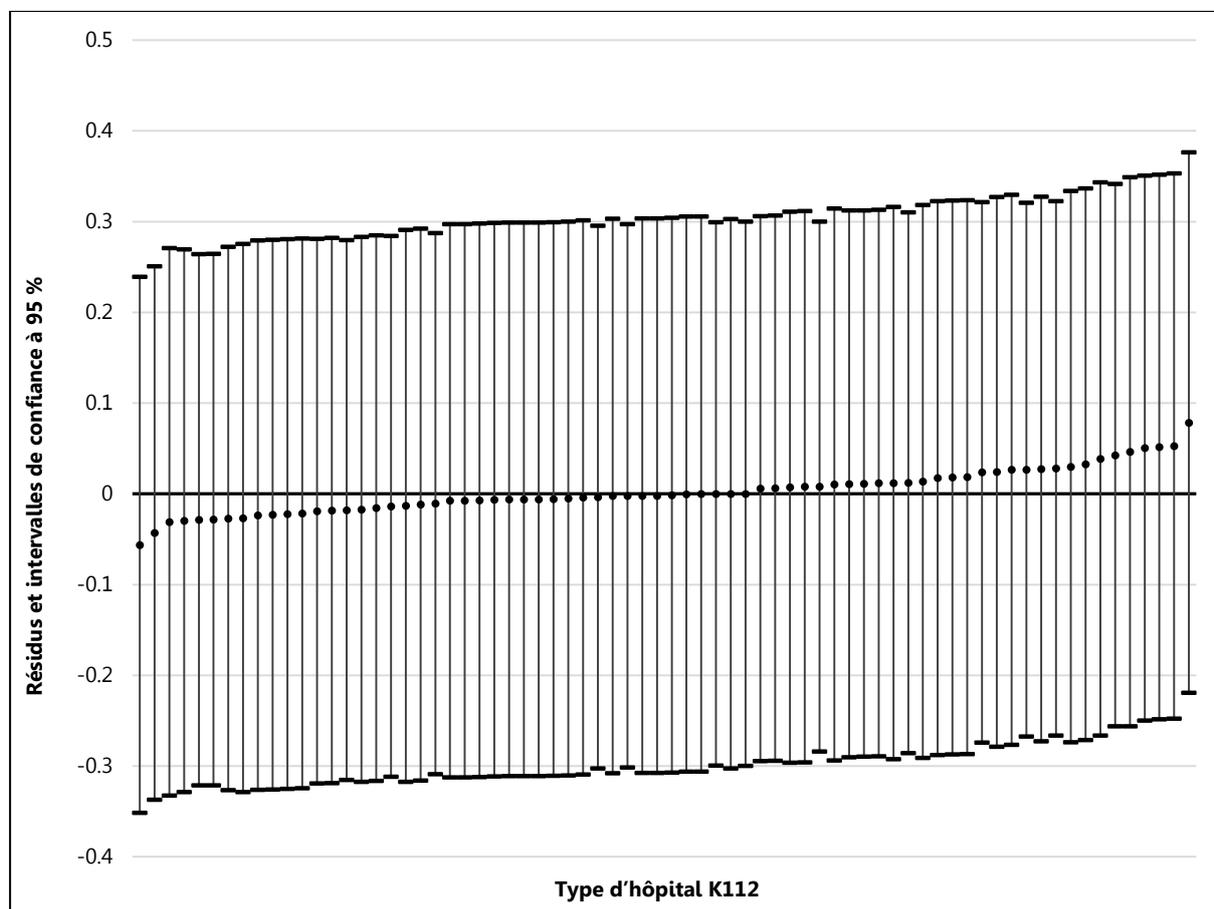


Figure 44 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieure – type d'hôpital K121-K123

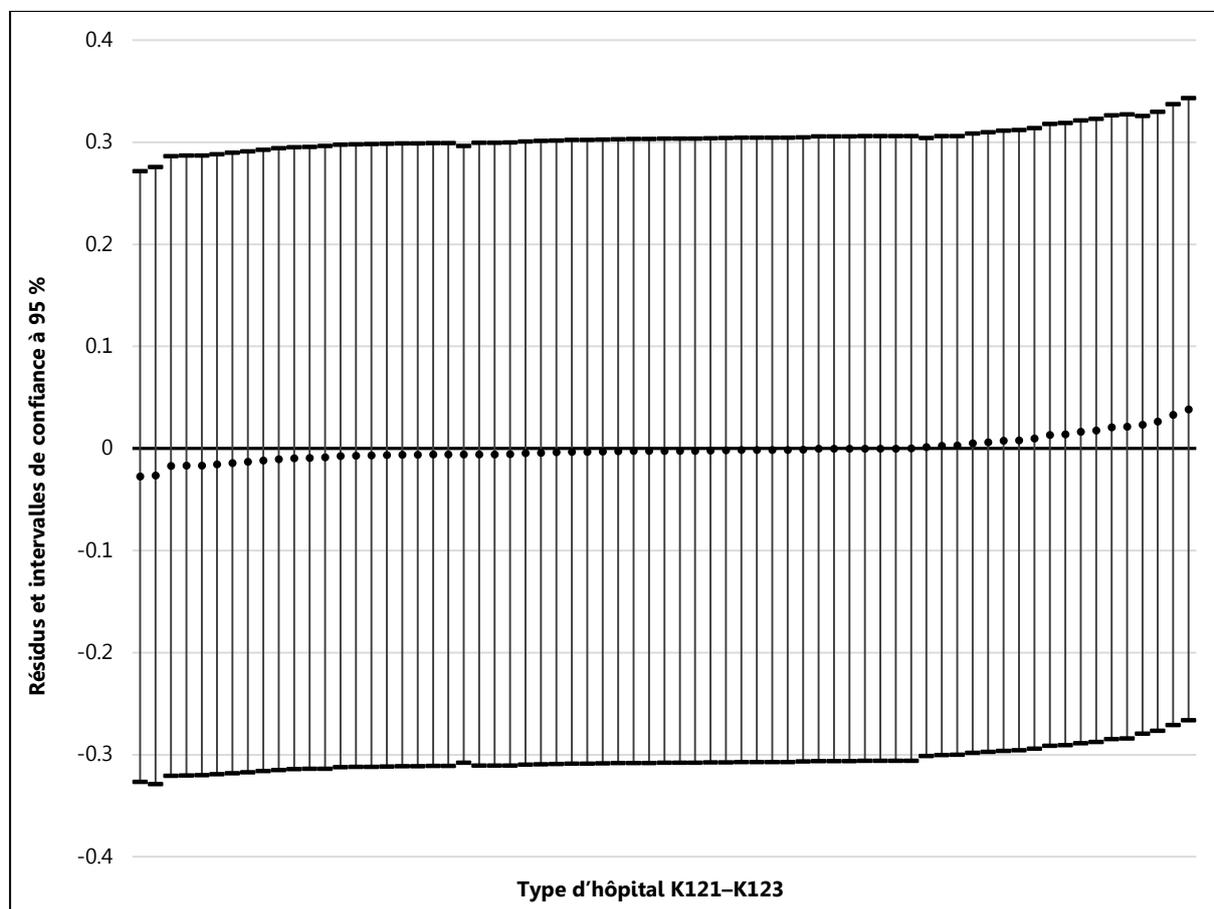


Figure 45 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital – type d'hôpital K221 & K231-K235

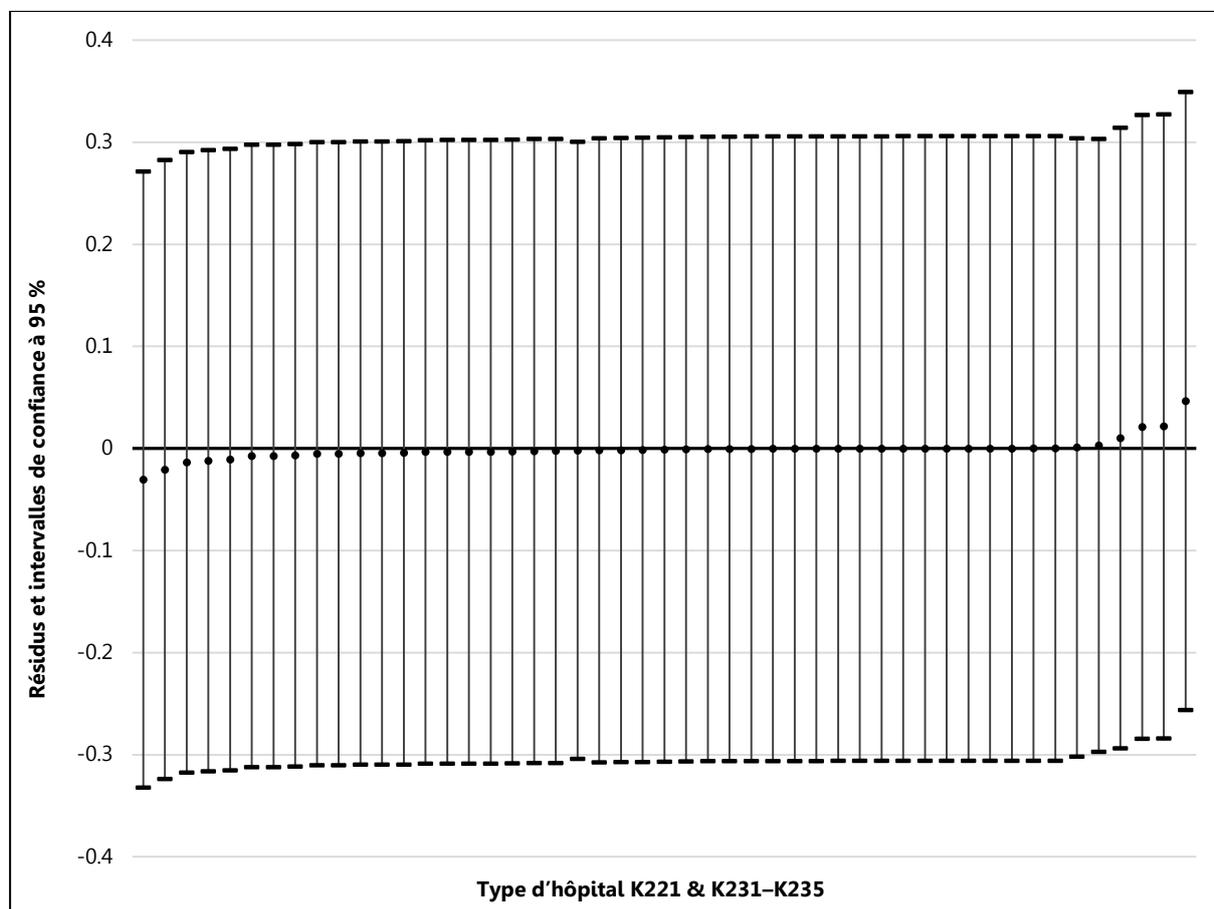


Figure 46 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital – type d'hôpital K111

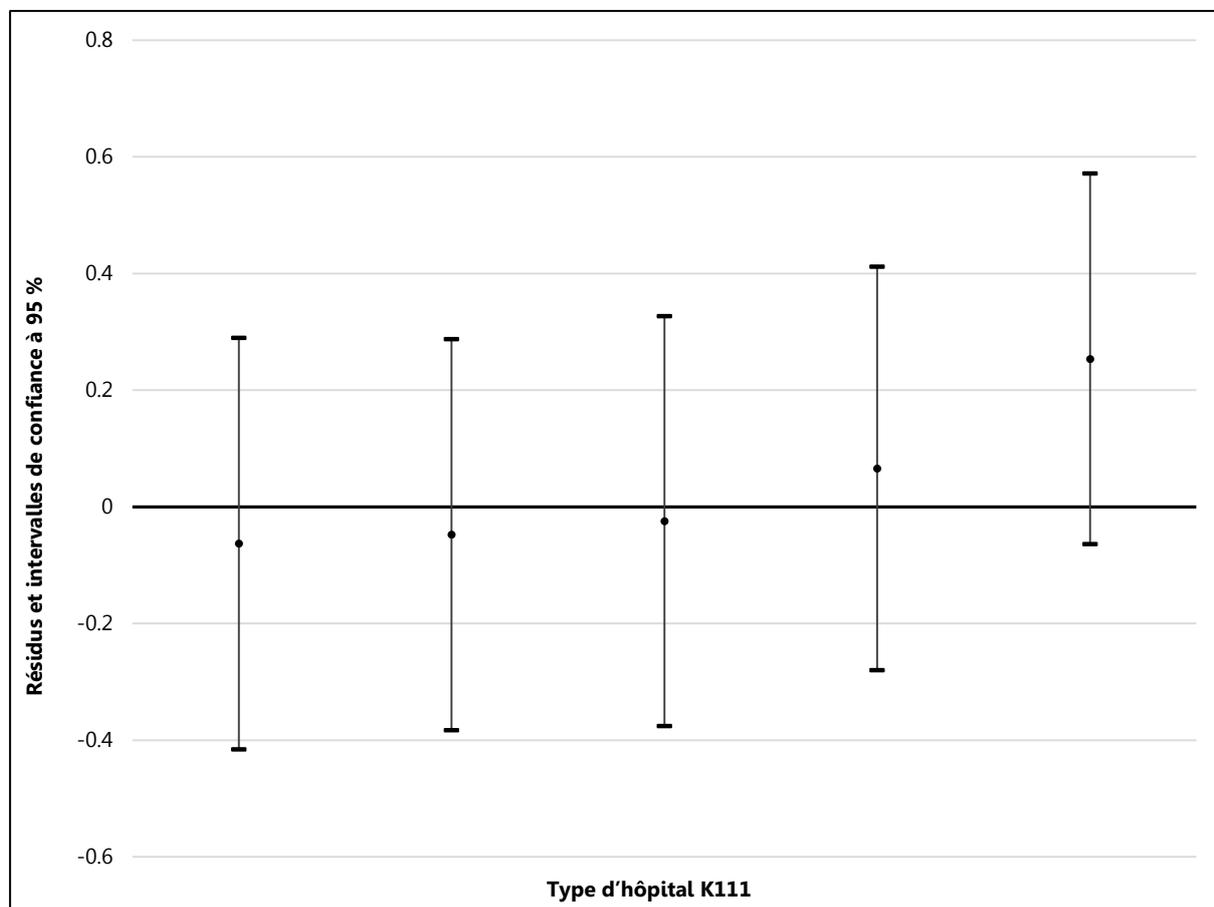


Figure 47 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital – type d'hôpital K112

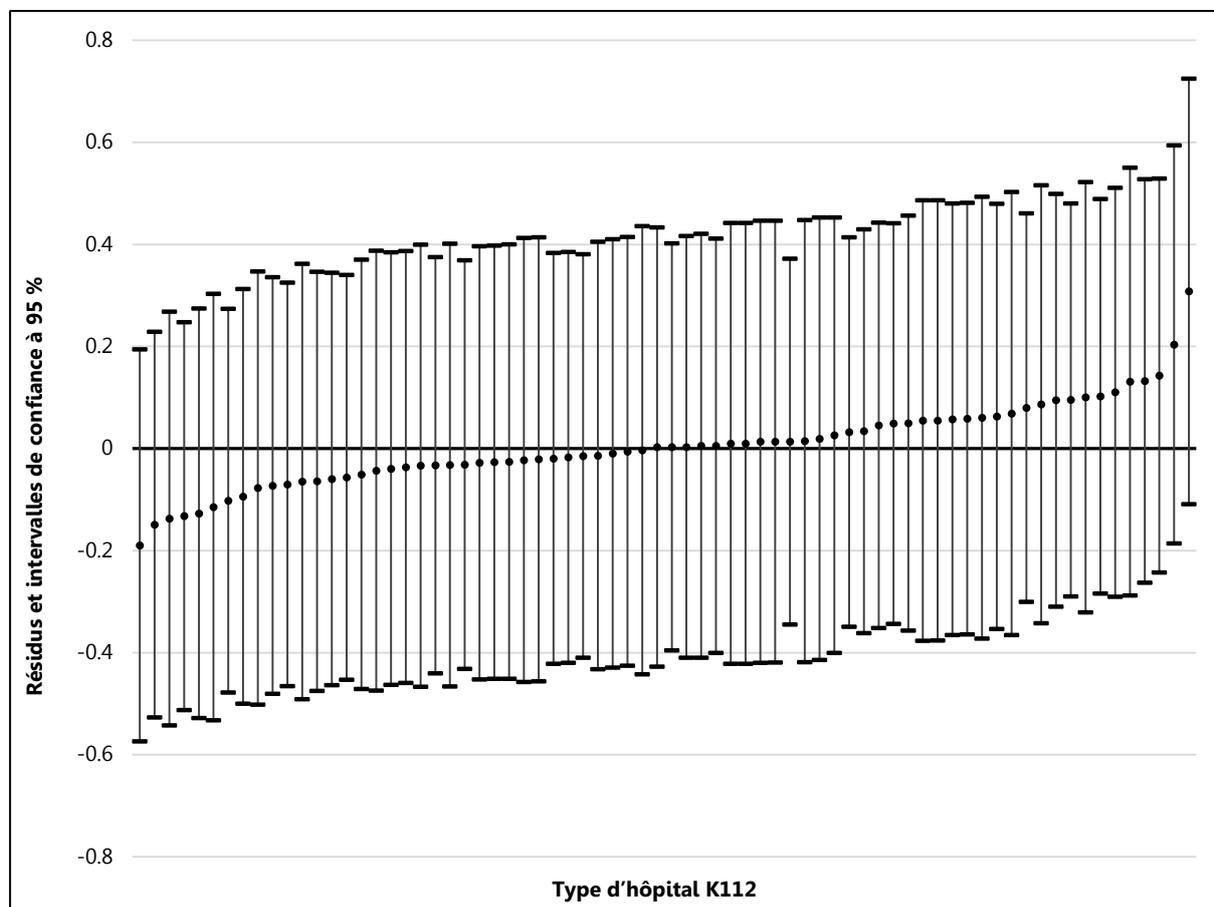


Figure 48 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital – type d'hôpital K121-K123

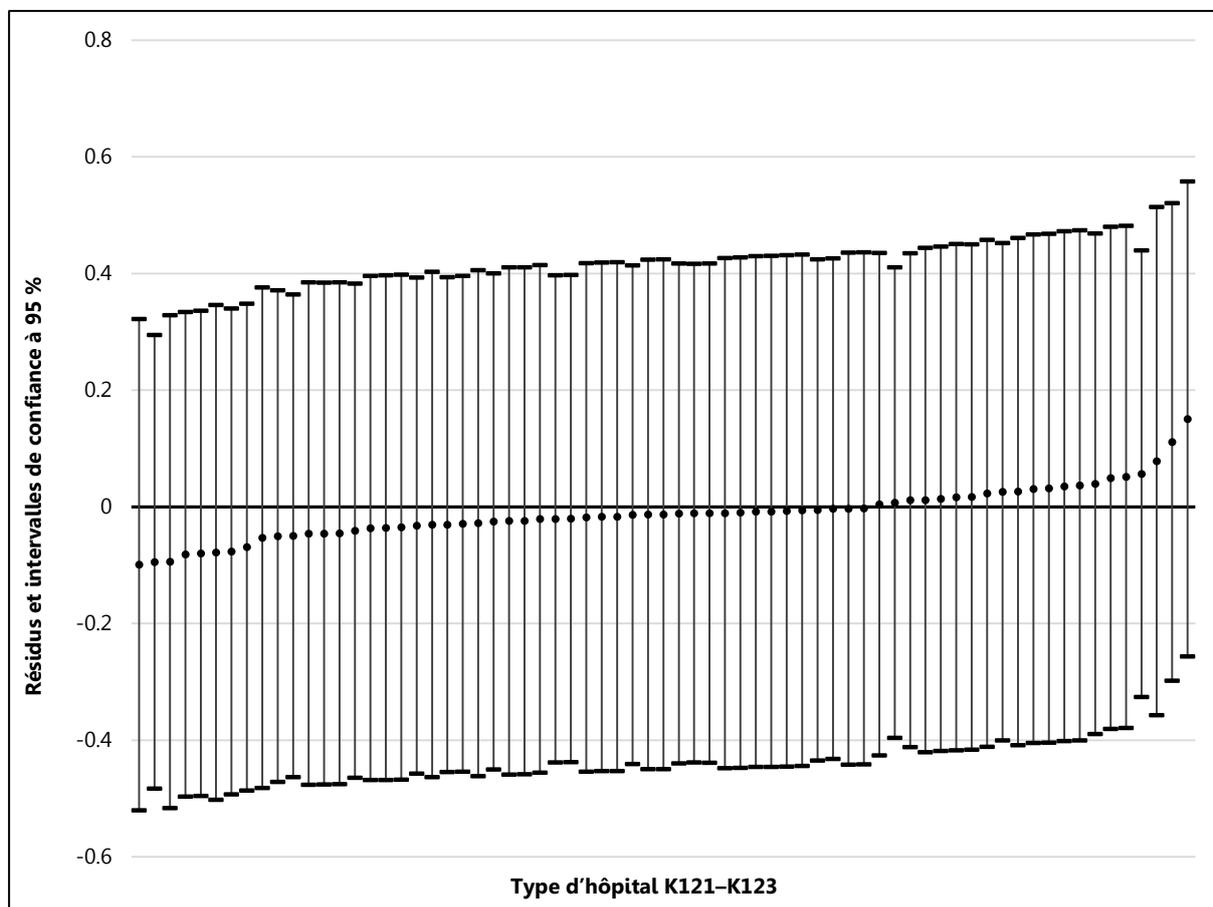


Figure 49 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital – type d'hôpital K221 & K231-K235

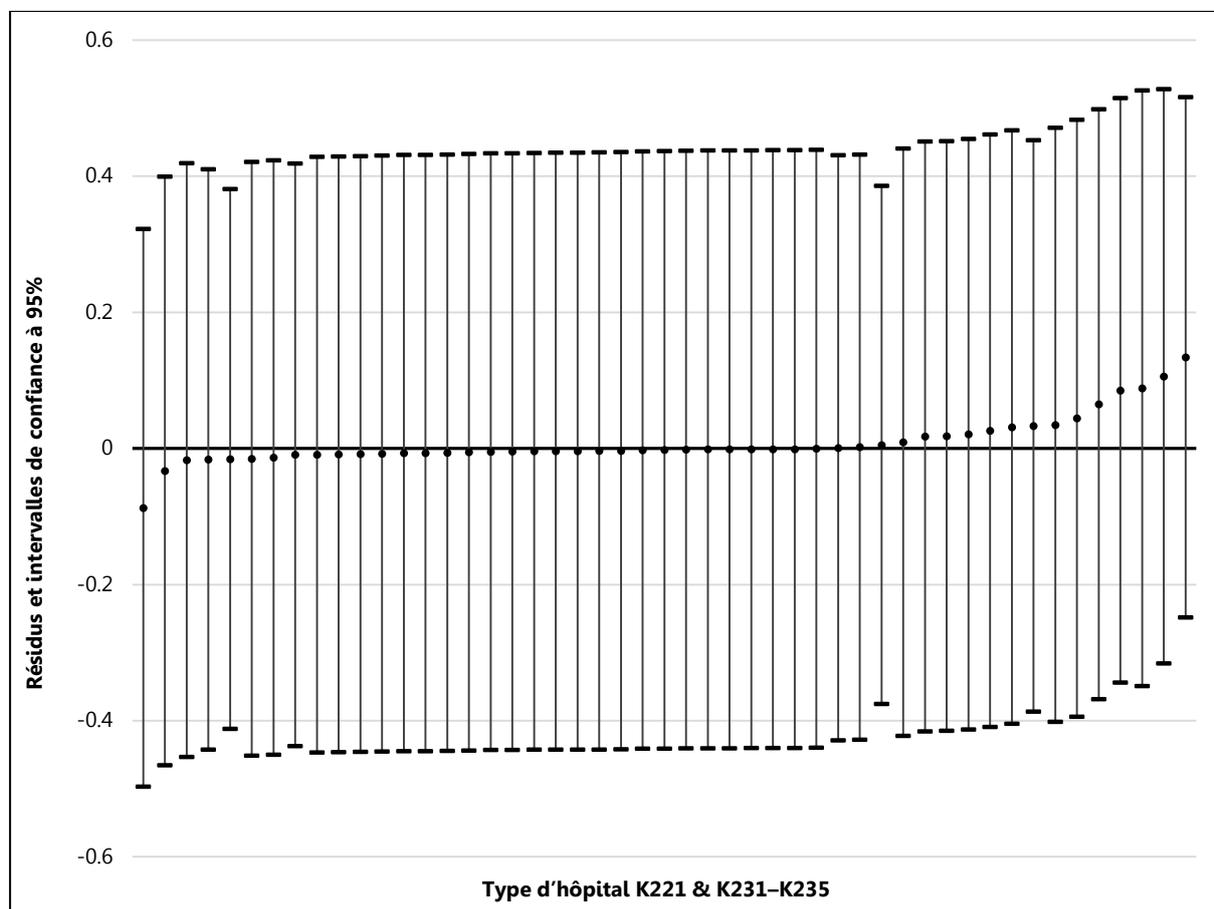


Tableau 27 : taux de participation ainsi que résidus et limites des intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital**

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	21 (14.7)	122 (85.3)	0.088	-0.584	0.759	-0.017	-0.318	0.283	0.143	-0.243	0.529
102	15 (14.2)	91 (85.8)	-0.153	-0.950	0.644	-0.027	-0.329	0.276	-0.049	-0.463	0.365
103	2 (5.1)	37 (94.9)	0.025	-0.892	0.942	-0.007	-0.312	0.297	-0.011	-0.440	0.417
104	6 (17.1)	29 (82.9)	0.003	-0.908	0.914	0.016	-0.289	0.321	0.026	-0.400	0.452
105	16 (28.1)	41 (71.9)	-0.430	-1.284	0.425	-0.021	-0.324	0.282	-0.088	-0.497	0.322
106	91 (26.7)	250 (73.3)	0.157	-0.447	0.760	0.028	-0.266	0.322	0.033	-0.349	0.414
107	0 (0.0)	15 (100.0)	-0.075	-1.048	0.898	-0.002	-0.307	0.304	0.021	-0.413	0.455
108	11 (29.7)	26 (70.3)	-0.059	-1.039	0.921	-0.001	-0.307	0.305	0.031	-0.405	0.467
109	24 (23.5)	78 (76.5)	-0.064	-0.883	0.754	0.000	-0.303	0.303	-0.036	-0.459	0.387
110	49 (32.5)	102 (67.5)	-0.102	-0.906	0.703	-0.027	-0.329	0.275	-0.026	-0.451	0.398
111	4 (12.9)	27 (87.1)	-0.035	-0.931	0.861	-0.013	-0.317	0.291	-0.022	-0.457	0.413
112	41 (30.1)	95 (69.9)	0.220	-0.449	0.889	-0.030	-0.329	0.269	0.006	-0.400	0.412
113	6 (22.2)	21 (77.8)	0.163	-0.803	1.129	0.021	-0.285	0.326	0.040	-0.389	0.469
114	15 (17.0)	73 (83.0)	0.262	-0.517	1.041	0.003	-0.300	0.306	0.112	-0.298	0.521
115	57 (30.3)	131 (69.7)	0.015	-0.720	0.749	0.023	-0.279	0.326	0.057	-0.326	0.440
116	64 (21.5)	233 (78.5)	-0.066	-0.662	0.530	0.027	-0.268	0.321	-0.149	-0.527	0.229
117	58 (27.5)	153 (72.5)	-0.026	-0.679	0.627	0.012	-0.286	0.310	0.133	-0.263	0.528
118	17 (25.0)	51 (75.0)	0.045	-0.878	0.967	-0.006	-0.311	0.299	-0.013	-0.441	0.414
119	8 (21.1)	30 (78.9)	-0.118	-1.074	0.837	-0.004	-0.309	0.302	-0.005	-0.434	0.424
120	10 (15.6)	54 (84.4)	-0.201	-1.125	0.722	-0.008	-0.313	0.297	-0.050	-0.471	0.370
121	33 (33.7)	65 (66.3)	0.086	-0.848	1.020	0.018	-0.287	0.323	0.003	-0.427	0.433
122	12 (24.0)	38 (76.0)	0.036	-0.888	0.959	-0.006	-0.311	0.299	-0.025	-0.451	0.400
123	9 (52.9)	8 (47.1)	-0.008	-1.010	0.994	0.000	-0.306	0.306	0.037	-0.400	0.475
124	30 (25.0)	90 (75.0)	0.385	-0.481	1.251	0.010	-0.294	0.314	0.106	-0.316	0.528
125	85 (23.7)	274 (76.3)	0.206	-0.372	0.784	0.008	-0.284	0.300	0.080	-0.300	0.461
126	18 (17.5)	85 (82.5)	0.025	-0.818	0.868	0.010	-0.294	0.314	-0.009	-0.429	0.410
127	3 (4.5)	63 (95.5)	-0.387	-1.252	0.479	-0.022	-0.325	0.281	0.131	-0.288	0.551
128	19 (9.6)	178 (90.4)	0.345	-0.300	0.991	-0.002	-0.302	0.297	0.095	-0.289	0.480
129	49 (28.2)	125 (71.8)	-0.019	-0.747	0.709	0.052	-0.249	0.352	0.111	-0.290	0.511
130	1 (1.5)	66 (98.5)	-0.123	-0.929	0.682	-0.024	-0.326	0.279	0.063	-0.353	0.480
131	40 (23.4)	131 (76.6)	-0.145	-0.894	0.605	0.006	-0.295	0.306	-0.032	-0.440	0.376
132	4 (4.9)	77 (95.1)	-0.135	-0.995	0.725	-0.002	-0.304	0.300	0.002	-0.428	0.432
133	2 (5.3)	36 (94.7)	-0.278	-1.114	0.557	0.003	-0.300	0.306	0.008	-0.396	0.411
134	5 (9.8)	46 (90.2)	-0.054	-1.035	0.927	-0.002	-0.308	0.304	-0.033	-0.466	0.399
135	13 (13.8)	81 (86.2)	0.072	-0.722	0.865	0.024	-0.279	0.327	-0.114	-0.532	0.304
136	2 (11.1)	16 (88.9)	-0.051	-1.033	0.932	-0.002	-0.307	0.304	-0.021	-0.456	0.414
137	21 (25.0)	63 (75.0)	0.972	0.230	1.715	0.008	-0.296	0.312	-0.020	-0.438	0.398
138	136 (23.0)	456 (77.0)	-0.185	-0.642	0.273	0.022	-0.254	0.297	0.066	-0.280	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
139	19 (35.2)	35 (64.8)	-0.258	-1.166	0.649	-0.012	-0.316	0.292	-0.032	-0.457	0.393
140	25 (13.2)	165 (86.8)	-0.183	-0.880	0.515	-0.004	-0.303	0.295	-0.056	-0.452	0.341
141	5 (20.0)	20 (80.0)	-0.098	-1.061	0.864	-0.002	-0.308	0.303	0.069	-0.365	0.503
142	4 (28.6)	10 (71.4)	-0.006	-1.009	0.997	0.000	-0.306	0.306	-0.006	-0.444	0.433
143	19 (22.1)	67 (77.9)	0.648	0.004	1.292	0.053	-0.248	0.353	0.050	-0.357	0.456
144	20 (13.7)	126 (86.3)	0.790	0.228	1.353	0.042	-0.256	0.341	0.046	-0.351	0.443
145	13 (28.3)	33 (71.7)	0.436	-0.450	1.323	-0.012	-0.316	0.292	-0.009	-0.438	0.419
146	33 (15.3)	182 (84.7)	-0.506	-1.231	0.219	-0.018	-0.315	0.279	-0.014	-0.409	0.381
147	9 (18.8)	39 (81.3)	0.441	-0.450	1.332	0.038	-0.266	0.343	-0.045	-0.475	0.385
148	39 (25.5)	114 (74.5)	-0.126	-0.879	0.626	0.027	-0.273	0.327	-0.064	-0.474	0.347
149	64 (37.9)	105 (62.1)	-0.044	-0.768	0.680	0.011	-0.290	0.312	0.003	-0.395	0.402
150	17 (22.7)	58 (77.3)	0.095	-0.773	0.963	0.032	-0.272	0.336	0.059	-0.364	0.482
151	7 (17.1)	34 (82.9)	-0.016	-0.920	0.888	-0.008	-0.313	0.297	0.026	-0.400	0.453
152	2 (5.4)	35 (94.6)	-0.161	-1.102	0.779	-0.004	-0.310	0.301	-0.053	-0.482	0.377
153	31 (49.2)	32 (50.8)	-0.064	-1.040	0.912	-0.002	-0.308	0.303	0.050	-0.380	0.480
154	29 (39.2)	45 (60.8)	-0.111	-1.068	0.846	-0.005	-0.310	0.301	0.052	-0.379	0.482
155	1 (6.3)	15 (93.8)	-0.124	-1.078	0.831	-0.003	-0.309	0.302	0.017	-0.417	0.451
156	11 (55.0)	9 (45.0)	-0.050	-1.033	0.933	-0.003	-0.309	0.302	-0.005	-0.443	0.434
157	2 (33.3)	4 (66.7)	-0.002	-1.007	1.004	0.000	-0.306	0.306	-0.001	-0.441	0.438
158	6 (8.7)	63 (91.3)	0.458	-0.366	1.283	0.010	-0.294	0.314	-0.025	-0.450	0.400
159	206 (30.6)	467 (69.4)	0.081	-0.368	0.531	-0.102	-0.385	0.180	-0.063	-0.415	0.290
160	49 (25.0)	147 (75.0)	0.484	-0.123	1.090	0.078	-0.219	0.376	0.049	-0.343	0.441
161	79 (24.5)	243 (75.5)	-0.320	-0.939	0.298	-0.043	-0.337	0.251	-0.132	-0.512	0.248
162	16 (17.6)	75 (82.4)	-0.194	-1.119	0.731	-0.009	-0.314	0.295	-0.045	-0.475	0.385
163	4 (11.8)	30 (88.2)	-0.066	-1.042	0.910	-0.003	-0.308	0.303	0.031	-0.405	0.467
164	4 (19.0)	17 (81.0)	-0.100	-1.067	0.867	-0.009	-0.314	0.296	-0.013	-0.450	0.424
165	11 (15.5)	60 (84.5)	-0.366	-1.235	0.502	-0.017	-0.321	0.286	-0.030	-0.454	0.394
166	7 (24.1)	22 (75.9)	-0.053	-1.035	0.929	-0.002	-0.308	0.304	-0.017	-0.453	0.419
167	162 (32.5)	336 (67.5)	-0.411	-1.078	0.255	-0.056	-0.352	0.239	-0.102	-0.478	0.274
168	13 (34.2)	25 (65.8)	-0.103	-1.065	0.858	-0.004	-0.309	0.301	0.019	-0.414	0.453
169	6 (11.3)	47 (88.7)	0.033	-0.886	0.953	0.018	-0.287	0.323	0.058	-0.365	0.480
170	66 (31.7)	142 (68.3)	-0.443	-1.182	0.296	-0.014	-0.312	0.284	-0.031	-0.431	0.369
171	75 (31.6)	162 (68.4)	0.421	-0.263	1.104	-0.031	-0.333	0.271	0.095	-0.310	0.499
172	13 (68.4)	6 (31.6)	-0.041	-1.029	0.946	-0.001	-0.307	0.304	-0.007	-0.445	0.430
173	13 (14.1)	79 (85.9)	0.337	-0.413	1.087	0.046	-0.256	0.349	-0.013	-0.432	0.406
174	4 (13.8)	25 (86.2)	-0.165	-1.102	0.772	-0.006	-0.311	0.299	0.010	-0.422	0.442
175	0 (0.0)	8 (100.0)	-0.016	-1.015	0.982	0.000	-0.306	0.305	0.015	-0.418	0.448
176	0 (0.0)	2 (100.0)	-0.001	-1.007	1.005	0.000	-0.306	0.306	-0.001	-0.440	0.438
177	12 (10.4)	103 (89.6)	-0.289	-1.013	0.436	-0.028	-0.327	0.272	-0.094	-0.483	0.295

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
178	19 (25.3)	56 (74.7)	0.291	-0.560	1.142	0.008	-0.296	0.312	0.006	-0.410	0.421
179	5 (16.1)	26 (83.9)	-0.017	-0.922	0.889	0.012	-0.293	0.316	-0.043	-0.474	0.388
180	2 (33.3)	4 (66.7)	-0.011	-1.012	0.990	0.000	-0.306	0.306	-0.003	-0.442	0.436
181	39 (24.1)	123 (75.9)	0.511	-0.107	1.129	0.000	-0.300	0.299	0.103	-0.284	0.489
182	96 (29.4)	231 (70.6)	0.775	0.305	1.244	-0.028	-0.321	0.264	0.014	-0.345	0.372
183	2 (25.0)	6 (75.0)	-0.048	-1.034	0.938	-0.002	-0.308	0.304	0.061	-0.372	0.493
184	6 (11.5)	46 (88.5)	-0.260	-1.162	0.643	-0.012	-0.316	0.292	-0.065	-0.491	0.362
185	5 (16.1)	26 (83.9)	0.511	-0.404	1.425	0.038	-0.266	0.343	0.010	-0.422	0.442
186	11 (35.5)	20 (64.5)	0.055	-0.883	0.993	0.013	-0.291	0.318	0.014	-0.419	0.447
187	23 (19.5)	95 (80.5)	0.433	-0.231	1.098	0.050	-0.250	0.351	-0.019	-0.422	0.384
188	3 (2.5)	119 (97.5)	-0.188	-0.980	0.603	0.011	-0.290	0.312	0.003	-0.410	0.417
189	31 (17.7)	144 (82.3)	-0.524	-1.296	0.249	-0.027	-0.327	0.272	-0.059	-0.463	0.345
190	11 (20.0)	44 (80.0)	-0.289	-1.182	0.604	-0.013	-0.317	0.291	0.005	-0.426	0.435
191	12 (75.0)	4 (25.0)	-0.002	-1.007	1.003	0.000	-0.306	0.306	-0.003	-0.442	0.436
192	48 (38.1)	78 (61.9)	-0.181	-1.115	0.752	-0.007	-0.312	0.298	-0.028	-0.452	0.397
194	8 (27.6)	21 (72.4)	0.140	-0.818	1.099	-0.002	-0.307	0.304	-0.046	-0.476	0.385
195	12 (10.4)	103 (89.6)	-0.337	-1.213	0.539	-0.017	-0.320	0.287	-0.069	-0.486	0.348
196	2 (20.0)	8 (80.0)	-0.054	-1.036	0.928	-0.003	-0.308	0.303	-0.009	-0.446	0.429
197	0 (0.0)	10 (100.0)	-0.078	-1.050	0.894	-0.003	-0.309	0.302	-0.010	-0.448	0.427
198	13 (20.3)	51 (79.7)	-0.005	-0.843	0.833	0.026	-0.277	0.330	-0.050	-0.471	0.372
199	25 (30.9)	56 (69.1)	0.237	-0.665	1.139	-0.010	-0.314	0.295	-0.011	-0.438	0.417
200	9 (39.1)	14 (60.9)	-0.061	-1.040	0.918	-0.002	-0.308	0.303	-0.033	-0.466	0.400
201	1 (11.1)	8 (88.9)	-0.013	-1.013	0.987	0.000	-0.306	0.306	0.036	-0.401	0.473
202	26 (24.3)	81 (75.7)	0.349	-0.455	1.154	0.026	-0.277	0.329	-0.077	-0.501	0.347
203	4 (9.1)	40 (90.9)	-0.179	-1.109	0.752	-0.007	-0.312	0.298	0.018	-0.415	0.451
204	4 (16.0)	21 (84.0)	-0.084	-1.052	0.884	-0.005	-0.310	0.300	0.035	-0.402	0.471
205	43 (40.6)	63 (59.4)	0.282	-0.462	1.027	-0.014	-0.318	0.290	0.005	-0.376	0.385
206	21 (23.1)	70 (76.9)	0.594	-0.162	1.350	0.005	-0.298	0.308	-0.079	-0.495	0.337
207	23 (34.3)	44 (65.7)	0.252	-0.661	1.166	-0.011	-0.315	0.294	0.014	-0.418	0.447
208	13 (59.1)	9 (40.9)	-0.043	-1.029	0.944	-0.004	-0.310	0.301	-0.007	-0.445	0.431
209	36 (34.0)	70 (66.0)	-0.318	-1.202	0.565	-0.016	-0.319	0.288	-0.078	-0.502	0.346
210	23 (41.1)	33 (58.9)	-0.205	-1.127	0.717	-0.007	-0.312	0.298	-0.010	-0.438	0.418
211	0 (0.0)	2 (100.0)	-0.005	-1.009	0.998	0.000	-0.306	0.306	0.000	-0.440	0.439
212	2 (7.7)	24 (92.3)	-0.143	-1.088	0.802	-0.007	-0.312	0.298	-0.020	-0.455	0.415
213	0 (0.0)	34 (100.0)	-0.134	-1.085	0.817	-0.007	-0.312	0.298	0.014	-0.420	0.447
214	4 (23.5)	13 (76.5)	-0.058	-1.038	0.921	-0.002	-0.307	0.304	-0.018	-0.454	0.418
215	8 (16.7)	40 (83.3)	-0.064	-1.042	0.913	-0.003	-0.308	0.303	0.079	-0.357	0.514
216	26 (37.7)	43 (62.3)	-0.148	-1.089	0.794	-0.006	-0.311	0.299	-0.003	-0.432	0.426
217	16 (66.7)	8 (33.3)	0.195	-0.785	1.175	0.021	-0.284	0.327	-0.008	-0.446	0.430

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
218	11 (23.4)	36 (76.6)	0.013	-0.733	0.759	0.003	-0.297	0.303	0.033	-0.387	0.453
219	4 (30.8)	9 (69.2)	-0.022	-1.018	0.974	0.000	-0.306	0.306	-0.017	-0.453	0.420
220	19 (25.7)	55 (74.3)	0.315	-0.542	1.172	0.033	-0.271	0.337	-0.029	-0.454	0.396
221	4 (25.0)	12 (75.0)	-0.051	-1.034	0.931	-0.003	-0.308	0.303	0.032	-0.404	0.469
222	52 (27.7)	136 (72.3)	-0.068	-0.829	0.694	0.012	-0.289	0.313	-0.072	-0.480	0.336
223	12 (21.4)	44 (78.6)	-0.223	-1.070	0.624	-0.023	-0.326	0.280	0.308	-0.109	0.725
224	3 (16.7)	15 (83.3)	0.049	-0.875	0.973	-0.005	-0.310	0.300	0.055	-0.376	0.487
225	13 (26.5)	36 (73.5)	-0.147	-1.090	0.797	-0.005	-0.310	0.301	0.009	-0.422	0.440
226	12 (37.5)	20 (62.5)	-0.080	-1.050	0.890	-0.003	-0.309	0.302	-0.014	-0.450	0.423
227	118 (20.2)	466 (79.8)	0.190	-0.218	0.598	0.012	-0.262	0.285	0.254	-0.064	0.572
228	20 (27.8)	52 (72.2)	0.113	-0.754	0.980	0.013	-0.291	0.318	-0.099	-0.520	0.322
229	90 (13.2)	592 (86.8)	0.047	-0.336	0.430	-0.068	-0.335	0.200	-0.047	-0.382	0.288
230	13 (30.2)	30 (69.8)	0.336	-0.531	1.202	0.030	-0.274	0.333	-0.039	-0.463	0.385
231	21 (23.6)	68 (76.4)	1.011	0.344	1.678	0.001	-0.302	0.304	0.134	-0.248	0.516
232	6 (2.5)	231 (97.5)	-0.369	-1.175	0.436	-0.019	-0.319	0.282	-0.137	-0.542	0.268
233	17 (48.6)	18 (51.4)	-0.124	-1.076	0.829	-0.006	-0.311	0.299	-0.036	-0.468	0.397
234	71 (25.2)	211 (74.8)	0.425	-0.064	0.915	-0.029	-0.322	0.264	-0.189	-0.573	0.195
235	0 (0.0)	18 (100.0)	-0.101	-1.063	0.861	-0.003	-0.309	0.302	0.023	-0.411	0.458
236	1 (8.3)	11 (91.7)	0.200	-0.782	1.183	0.021	-0.285	0.327	-0.006	-0.444	0.433
237	0 (0.0)	7 (100.0)	-0.004	-1.008	1.000	0.000	-0.306	0.306	-0.004	-0.442	0.435
238	57 (32.6)	118 (67.4)	-0.332	-1.097	0.432	0.000	-0.300	0.300	0.204	-0.186	0.594
239	2 (15.4)	11 (84.6)	-0.117	-1.076	0.842	-0.006	-0.311	0.299	0.055	-0.377	0.487
240	0 (0.0)	11 (100.0)	-0.145	-1.093	0.803	-0.006	-0.311	0.299	0.087	-0.342	0.516
241	15 (12.5)	105 (87.5)	-0.123	-0.882	0.635	-0.016	-0.316	0.285	-0.017	-0.420	0.386
242	5 (4.5)	107 (95.5)	0.056	-0.652	0.764	-0.019	-0.319	0.281	-0.070	-0.465	0.325
243*											
244	32 (32.7)	66 (67.3)	-0.095	-0.972	0.782	0.007	-0.297	0.311	-0.005	-0.425	0.415
245	2 (25.0)	6 (75.0)	-0.004	-1.008	1.000	0.000	-0.306	0.306	-0.001	-0.441	0.438
246	24 (27.3)	64 (72.7)	-0.292	-1.119	0.536	-0.006	-0.308	0.296	-0.076	-0.492	0.341
247*											
248	6 (14.6)	35 (85.4)	-0.141	-1.086	0.805	-0.007	-0.312	0.298	0.017	-0.416	0.450
249	41 (42.7)	55 (57.3)	0.164	-0.655	0.983	-0.022	-0.325	0.281	0.101	-0.321	0.522
250	1 (25.0)	3 (75.0)	-0.003	-1.008	1.002	0.000	-0.306	0.306	-0.002	-0.441	0.437
251	0 (0.0)	14 (100.0)	-0.213	-1.140	0.715	-0.008	-0.312	0.297	0.085	-0.344	0.515
252	28 (29.8)	66 (70.2)	0.369	-0.435	1.174	0.006	-0.297	0.310	-0.081	-0.497	0.334
253	12 (23.1)	40 (76.9)	-0.120	-1.073	0.833	-0.005	-0.311	0.300	-0.030	-0.463	0.403
254	8 (26.7)	22 (73.3)	-0.050	-1.034	0.934	-0.004	-0.309	0.302	-0.015	-0.451	0.421
255	138 (21.8)	496 (78.2)	0.409	-0.036	0.854	0.129	-0.153	0.411	-0.024	-0.375	0.327
256	0 (0.0)	12 (100.0)	-0.033	-1.023	0.958	-0.003	-0.308	0.303	-0.004	-0.443	0.435

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
257	5 (62.5)	3 (37.5)	-0.002	-1.007	1.004	0.000	-0.306	0.306	-0.001	-0.440	0.438
258	27 (20.6)	104 (79.4)	0.131	-0.589	0.851	0.006	-0.294	0.307	-0.093	-0.500	0.313
259	6 (42.9)	8 (57.1)	-0.003	-1.008	1.001	0.000	-0.306	0.306	-0.002	-0.441	0.436
260	15 (18.5)	66 (81.5)	0.032	-0.811	0.875	-0.017	-0.320	0.287	0.012	-0.412	0.435
261	33 (24.1)	104 (75.9)	0.109	-0.756	0.973	0.007	-0.296	0.311	-0.020	-0.438	0.397
262	0 (0.0)	3 (100.0)	-0.001	-1.007	1.004	0.000	-0.306	0.306	-0.007	-0.445	0.431
263	41 (47.1)	46 (52.9)	0.232	-0.601	1.064	0.046	-0.256	0.349	0.001	-0.429	0.430
264	0 (0.0)	5 (100.0)	-0.003	-1.007	1.002	0.000	-0.306	0.306	-0.001	-0.441	0.438
265	1 (7.7)	12 (92.3)	-0.155	-1.099	0.789	-0.006	-0.311	0.299	-0.024	-0.459	0.411
267	26 (25.0)	78 (75.0)	-0.085	-0.899	0.729	0.001	-0.301	0.304	0.151	-0.256	0.558
268	2 (14.3)	12 (85.7)	-0.011	-1.012	0.990	0.000	-0.306	0.305	0.088	-0.349	0.526
269	41 (29.9)	96 (70.1)	-0.200	-1.122	0.721	-0.011	-0.315	0.293	-0.016	-0.443	0.410
270	0 (0.0)	10 (100.0)	-0.008	-1.010	0.994	0.000	-0.306	0.306	-0.003	-0.442	0.435
271	5 (20.8)	19 (79.2)	-0.161	-1.100	0.779	-0.006	-0.311	0.299	-0.036	-0.468	0.396
272	19 (38.8)	30 (61.2)	-0.233	-1.147	0.682	-0.006	-0.311	0.299	-0.094	-0.516	0.329
273	4 (12.1)	29 (87.9)	0.246	-0.659	1.152	0.018	-0.288	0.323	-0.028	-0.461	0.406
274	7 (70.0)	3 (30.0)	-0.002	-1.007	1.003	0.000	-0.306	0.306	0.044	-0.394	0.483
275	0 (0.0)	7 (100.0)	-0.052	-1.035	0.930	-0.001	-0.307	0.304	-0.010	-0.447	0.428
276	40 (26.1)	113 (73.9)	0.239	-0.400	0.879	-0.011	-0.309	0.287	-0.127	-0.528	0.275
277	10 (58.8)	7 (41.2)	-0.034	-1.024	0.957	-0.001	-0.307	0.304	-0.004	-0.443	0.435
278	12 (38.7)	19 (61.3)	-0.053	-1.035	0.928	-0.002	-0.308	0.303	0.012	-0.420	0.445
279	2 (5.7)	33 (94.3)	0.061	-0.870	0.993	0.014	-0.291	0.319	-0.035	-0.467	0.398
280	6 (8.3)	66 (91.7)	-0.184	-0.929	0.561	-0.031	-0.332	0.271	-0.016	-0.412	0.381
281	1 (16.7)	5 (83.3)	-0.091	-1.060	0.877	-0.005	-0.311	0.300	0.026	-0.409	0.461
282	8 (34.8)	15 (65.2)	-0.013	-1.013	0.986	-0.001	-0.306	0.305	-0.007	-0.445	0.431
283	0 (0.0)	6 (100.0)	-0.010	-1.011	0.992	0.000	-0.306	0.306	-0.017	-0.453	0.419
284	11 (18.6)	48 (81.4)	-0.060	-1.038	0.917	-0.002	-0.308	0.303	-0.024	-0.458	0.411
285	0 (0.0)	11 (100.0)	-0.009	-1.011	0.993	-0.001	-0.306	0.305	-0.005	-0.443	0.434
286	0 (0.0)	14 (100.0)	0.173	-0.799	1.145	-0.005	-0.310	0.301	-0.006	-0.444	0.432
287*	1 (100.0)	0 (0.0)									
288	18 (48.6)	19 (51.4)	-0.026	-1.020	0.967	-0.001	-0.307	0.305	-0.012	-0.449	0.424
289	7 (21.9)	25 (78.1)	-0.059	-1.040	0.921	-0.001	-0.307	0.304	0.026	-0.408	0.461
290	0 (0.0)	9 (100.0)	-0.007	-1.010	0.996	0.000	-0.306	0.306	-0.008	-0.446	0.429
291	12 (60.0)	8 (40.0)	0.152	-0.812	1.117	0.022	-0.284	0.327	0.018	-0.416	0.451
292	2 (28.6)	5 (71.4)	-0.002	-1.007	1.003	0.000	-0.306	0.306	-0.002	-0.441	0.437
293	6 (35.3)	11 (64.7)	-0.025	-1.019	0.970	-0.001	-0.307	0.305	-0.008	-0.446	0.430
294	0 (0.0)	14 (100.0)	-0.051	-1.033	0.932	-0.003	-0.309	0.302	-0.004	-0.443	0.434
295	8 (16.7)	40 (83.3)	-0.228	-1.142	0.686	-0.014	-0.318	0.290	-0.041	-0.464	0.383
296	0 (0.0)	8 (100.0)	-0.163	-1.104	0.777	-0.007	-0.312	0.298	0.065	-0.368	0.498

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	Borne supérieure de l'IC
	298	60 (27.8)	156 (72.2)	0.312	-0.341	0.965	0.024	-0.274	0.321	0.034	-0.361	0.430
	299	3 (37.5)	5 (62.5)	0.526	-0.402	1.454	0.017	-0.288	0.322	-0.032	-0.466	0.402
	302	0 (0.0)	8 (100.0)	-0.003	-1.008	1.001	0.000	-0.306	0.306	-0.002	-0.441	0.437
	303	1 (5.6)	17 (94.4)	-0.057	-1.036	0.923	-0.003	-0.309	0.302	-0.009	-0.447	0.428

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

* Aucune donnée disponible ; 243 aucun-e patient-e hospitalisé-e au moment de la mesure ; 247 aucune donnée n'a été fournie ; 287 aucun-e patient-e participant-e.

** 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 38-41) ; 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 42-45) ; résidus et limites des intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital (données provenant des figures 35 et 46-49).

Mentions légales

Titre	Chutes et escarres Médecine somatique aiguë adultes Rapport comparatif national mesure 2018
Année	Août 2019
Auteurs	Silvia Thomann, MScN, collaboratrice scientifique Ra&D Soins, co-responsable du projet Rahel Rööslü, BScN, assistante de recherche Ra&D Soins Dr phil. habil. Dirk Richter, enseignant Ra&D Soins Margarithe Schlunegger, MScN, collaboratrice scientifique Ra&D Soins aF&E/D Pflege Antonia Baumgartner, B.A., assistante de recherche Ra&D Soins Leonie Kammer, BScN, assistante de recherche Ra&D Soins Christa Vangelooven, MNS, collaboratrice scientifique Ra&D Soins Niklaus Bernet, MScN, collaborateur scientifique Ra&D Soins, co-responsable du projet
Groupe de projet BFH	Prof. Dr. Sabine Hahn, PhD, RN, responsabilité scientifique du projet Silvia Thomann, MScN, collaboratrice scientifique Ra&D Soins, co-responsable du projet Niklaus Bernet, MScN, collaborateur scientifique Ra&D Soins, co-responsable du projet Dr phil. habil. Dirk Richter, enseignant Ra&D Soins Margarithe Schlunegger, MScN, collaboratrice scientifique Ra&D Soins Christa Vangelooven, MNS, collaboratrice scientifique Ra&D Soins Karin Thomas, MScN, collaboratrice scientifique Ra&D Soins Leonie Kammer, BScN, assistante de recherche Ra&D Soins Rahel Rööslü, BScN, assistante de recherche Ra&D Soins Antonia Baumgartner, B.A., assistante de recherche Ra&D Soins Seraina Berni, BScN, assistante de recherche Ra&D Soins
Groupe de projet Haute école de santé Fribourg	Dr François Mooser, professeur Stefanie Senn, MScN, professeure
Groupe de projet SUPSI	Stefan Kunz, enseignant-chercheur Nunzio de Bitonti, enseignant-chercheur Dr Maria Caiata Zufferey, responsable recherche Santé, DEASS Prof. Dr. Carmine Garzia, responsable recherche appliquée, DEASS
Conseil en statistiques	Reto Bürgin, PhD, collaborateur scientifique Ra&D Soins

Membres du groupe
qualité mesure de
prévalence

Franziska Berger, directrice des soins, Spital Bülach, jusqu'au 31.12.2018
 Anna Bernhard, resp. du développement des soins, Stadtspital Triemli
 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, jusqu'au 31.08.2019
 Anne-Claire Rae, infirmière à l'antenne Qualité de la Direction des Soins,
 HUG, jusqu'au 31.12.2018
 Angela Reithmayer, spécialiste en soins infirmiers, Spital FMI Interlaken,
 jusqu'au 31.12.2018
 Silvia Zilioli, responsable qualité, Inselspital Bern
 Aurélie Glerum, Data-Manager, statisticienne, Hôpital Riviera-Chablais, à par-
 tir du 01.02.2019
 Mélanie Verdon, responsable recherche et qualité en soins,
 direction des soins, HUG, à partir du 01.02.2019

Mandant
représenté par

Association nationale pour le développement de la qualité dans les
 hôpitaux et les cliniques (ANQ)
 Daniela Zahnd, collaboratrice scientifique médecine somatique aiguë, ANQ
 bureau de l'ANQ
 Weltpoststrasse 5, 3015 Berne
 T +41 31 511 38 40, info@anq.ch, www.anq.ch/fr

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
 T +41 31 848 37 60, forschung.gesundheit@bfh.ch, www.bfh.ch/gesundheit

Adoption

Ce rapport national comparatif 2019 a été validé par le comité de l'ANQ le
 26.07.2019.

Mention bibliographique

ANQ, Association nationale pour le développement de la qualité dans les
 hôpitaux et les cliniques, Berne ; Haute école spécialisée bernoise (BFH),
 Ra&D (2019). *Chutes et escarres, médecine somatique aiguë adultes. Rapport
 comparatif national 2018.*