



Berner Fachhochschule  
Haute école spécialisée bernoise  
Bern University of Applied Sciences



---

# Mesure nationale de la prévalence chutes et escarres

---

Rapport final de la mesure 2012

Juillet 2013 / Version 1.3

## Sommaire

---

Résumé.....	4
1. Introduction.....	8
1.1 Contexte .....	8
1.2 Définitions.....	9
1.2.1 Mesure de la prévalence .....	9
1.2.2 Escarres.....	10
1.2.3 Chutes.....	11
2. Etat actuel des connaissances.....	12
3. Buts visés et problématique .....	13
4. Méthode.....	14
4.1 Contexte .....	14
4.2 Échantillon et participant-e-s .....	14
<b>4.2.1 Outils pour la collecte des données .....</b>	<b>14</b>
<b>4.2.2 Collecte de données .....</b>	<b>15</b>
<b>4.2.3 Patient-e-s ne participant pas à la mesure.....</b>	<b>16</b>
<b>4.2.4 Uniformisation du processus de mesure .....</b>	<b>16</b>
4.3 Aspects éthiques .....	16
4.4 Analyse des données .....	17
<b>4.4.1 Analyse descriptive.....</b>	<b>17</b>
<b>4.4.2 Ajustement au risque : .....</b>	<b>17</b>
5. Résultats.....	19
5.1 Hôpitaux participants .....	19
5.2 Patient-e-s participant-e-s.....	25
<b>5.2.1 Sexe .....</b>	<b>25</b>
<b>5.2.2 Âge.....</b>	<b>26</b>
<b>5.2.3 Durée de l'hospitalisation jusqu'au moment de la mesure.....</b>	<b>27</b>
<b>5.2.5 Signes cliniques et besoin d'aide .....</b>	<b>29</b>
5.3 Résultats pour l'indicateur « Escarres ».....	31
<b>5.3.1 Caractéristiques des patient-e-s souffrant d'escarres.....</b>	<b>31</b>
<b>5.3.2 Risque d'escarre .....</b>	<b>32</b>
<b>5.3.3 Caractéristiques des patient-e-s avec une escarre hors catégorie 1 .....</b>	<b>38</b>
<b>5.3.4 Fréquence des escarres.....</b>	<b>41</b>
<b>5.3.5 Douleurs.....</b>	<b>43</b>
<b>5.3.6 Mesures de prévention .....</b>	<b>44</b>
<b>5.3.7 Traitement des escarres .....</b>	<b>48</b>
<b>5.4.1 Caractéristiques générales des patient-e-s qui ont chuté .....</b>	<b>54</b>
<b>5.4.2 Prévalence « Chute » .....</b>	<b>55</b>
<b>5.4.3 Prévalence par type de service.....</b>	<b>57</b>
<b>5.4.4 Caractéristiques spécifiques des patient-e-s qui sont tombé-e-s .....</b>	<b>59</b>
<b>5.4.5 Mesures de prévention .....</b>	<b>66</b>
<b>5.4.6 Indicateurs de structure « Chutes » .....</b>	<b>69</b>
6. Résultats ajustés aux risques .....	71
6.1 Escarres acquises à l'hôpital.....	71

6.2 Escarres acquises à l'hôpital, hors catégorie 1 .....	76
6.3 Chutes survenues en milieu hospitalier .....	79
7. Discussion et conclusions .....	83
7.1 Participant-e-s.....	83
7.2 Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital.....	85
<b>7.2.1 Caractéristiques des patient-e-s souffrant d'escarres nosocomiales.....</b>	<b>85</b>
<b>7.2.2 Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital .....</b>	<b>85</b>
7.3 Indicateurs de structure « Escarres ».....	87
7.4 Taux de prévalence des patient-e-s victimes d'une chute à l'hôpital.....	87
<b>7.4.1 Caractéristiques des patient-e-s victimes d'une chute .....</b>	<b>87</b>
<b>7.4.2 Taux de prévalence des patient-e-s victimes d'une chute à l'hôpital .....</b>	<b>88</b>
7.5 Indicateurs de structure « Chutes ».....	89
7.6 Comparaison des résultats des hôpitaux ajustés au risque.....	89
7.7 Avantages et inconvénients .....	91
8. Recommandations .....	92
Bibliographie.....	94
Annexe.....	98
Liste des figures.....	127
Liste des tableaux .....	128
Liste des abréviations.....	130
Mentions légales .....	132

# Résumé

---

## Contexte

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

## But visé

Les membres de l'association ANQ sont l'association des hôpitaux H+, les cantons, Santéuisse et les compagnies d'assurance helvétiques. Les partenaires du secteur de la santé proposent des mesures de qualité paritaires dans le cadre de l'ANQ. Pour la mesure de 2012 des indicateurs de qualité chutes et escarres, les objectifs suivants ont été formulés dans le domaine de la « Médecine somatique aiguë ».

- Mesure des taux de prévalence : escarres nosocomiales des catégories 1 à 4 et catégories 2 à 4 ; chutes à l'hôpital.
- Description des indicateurs de structure et de processus liés aux chutes et escarres,
- Comparaison des résultats par hôpitaux au sujet des indicateurs outcome après ajustement des résultats aux risques

## Méthode

Après une préparation et une formation exhaustives du personnel des hôpitaux participant à la mesure, les données ont été récoltées le 6 novembre 2012. Cette étude concernait tous/toutes les patient-e-s âgé-e-s de 18 ans ou plus hospitalisé-e-s le jour de la mesure, à l'exception des patient-e-s admis-e-s en pédiatrie et des jeunes enfants admis dans l'unité de soins post-partum. Contrairement à la mesure de 2011, la participation des femmes ayant accouché était obligatoire.

Les instruments utilisés pour la mesure s'appuient essentiellement sur les mesures réalisées périodiquement depuis plusieurs années aux Pays-Bas ainsi que dans le monde entier, « International Prevalence Measurement of Care Problems » (LPZ International). Cette mesure a été conçue par l'université de Maastricht. Aujourd'hui, la procédure LPZ est appliquée dans plusieurs pays européens et permet de réaliser des comparaisons. L'indicateur « Escarres » concerne une mesure de la prévalence ponctuelle au moment de la collecte de données et l'indicateur « Chutes » concerne une mesure de la prévalence périodique, qui se rapporte aux 30 derniers jours ou à la période située entre l'admission et la date de la mesure. Deux membres du personnel soignant par unité de soins procèdent aux mesures le jour de la collecte, le 8 novembre 2011. En plus de la mesure des escarres et des chutes, d'autres données relatives aux patient-e-s, à l'hôpital et à l'unité de soins ont été récoltées. Les patient-e-s participant à la mesure ont donné leur accord oral pour la participation. Pour la mesure de 2012, la nouveauté était l'utilisation obligatoire pour tous les hôpitaux de l'échelle de dépendance aux soins (EDS) intégrée à l'instrument LPZ.

Dans un premier temps, les données ont été analysées de façon descriptive. Par la suite, l'ajustement au risque multivarié a été réalisé par l'intermédiaire d'une analyse de régression logistique et hiérarchique. Les évaluations descriptives et multivariées ont été réalisées sur la base de la typologie de l'hôpital utilisée de façon officielle par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Les données sont ici réparties selon les types d'hôpitaux suivants : prise en charge centralisée hôpital universitaire, prise en charge spécialisée hôpitaux

de soins généraux, hôpitaux de soins généraux pour les soins de base et cliniques spécialisées.

## Résultats

La mesure de 2012 incluait 132 hôpitaux et groupes hospitaliers (répartis sur 186 sites hospitaliers) dans lesquels 18 105 patient-e-s correspondant aux critères d'inclusion étaient hospitalisés dans 1 263 unités de soins au moment de la mesure. Parmi les patient-e-s hospitalisé-e-s, 13 651 personnes (75,4 %) ont pris part à la mesure. La moyenne d'âge des participant-e-s était de 64,4 ans et 54,2 % d'entre eux était des femmes. La durée moyenne du séjour, de la date d'hospitalisation à la date de la mesure, était de 9,1 jours. 39,4 % des patient-e-s participant-e-s ont subi une intervention chirurgicale dans les deux semaines précédant la mesure.

Pour l'ensemble des hôpitaux participants, le taux de prévalence des escarres nosocomiales des catégories 1 à 4 était de 4,4 % (contre 5,8 % en 2011). Le taux de prévalence des escarres nosocomiales des catégories 2 à 4 était de 1,7 % (contre 2,1 % en 2011).

Dans le cadre des mesures de prévention générales appliquées chez les patient-e-s à risque et les personnes concernées avec escarre, la promotion de l'activité physique, les soins de la peau ainsi que la réduction de la pression sur les emplacements du corps à risque étaient au premier plan dans tous les types d'hôpitaux. Si des matelas anti-escarres ont été utilisés, ce sont les matelas en mousse visco-élastique qui ont été utilisés le plus souvent dans les deux groupes. Si des mesures préventives en position assise ont été appliquées, ce sont des coussins en mousse qui ont été le plus souvent utilisés. Environ un tiers des patient-e-s à risque participant ou un peu plus de 40 % des personnes concernées avec escarre n'ont bénéficié d'aucune mesure préventive pour la position assise. Comme l'année précédente, un large éventail de produits de traitement des plaies a été utilisé pour les escarres de catégorie 1. On constate par ailleurs que les pansements ne sont très souvent pas utilisés pour les escarres de catégories 2, 3 et 4. Les résultats pour les indicateurs de structure des escarres au niveau de l'hôpital ainsi que des unités de soins indiquent dans certains domaines une différence entre les types d'hôpitaux en Suisse au niveau de la disponibilité de ces indicateurs.

Le taux de prévalence des chutes survenues à l'hôpital était de 3,8 % (il était de 4,3 % en 2011). Concernant les chutes, on remarque que davantage de mesures de prévention ont été prises pour les patient-e-s qui ont chuté au moins une fois (avant/après l'hospitalisation). Les informations indiquées sous forme de pourcentages et relatives aux patient-e-s permettent de conclure que des mesures complexes sont souvent mises en place pour prévenir les chutes. Le choix ou la combinaison des mesures appliquées semble varier selon les types d'hôpitaux. Les mesures de prévention des chutes ont été plus rarement mises en œuvre (aucune mesure n'a été appliquée pour env. 20 % des patient-e-s qui ont chuté) et aucune mesure de prévention des lésions n'a été appliquée pour env. 80 % des patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'hospitalisation).

Les résultats pour les indicateurs de structure relatifs aux chutes au niveau de l'hôpital ainsi que des unités de soins indiquent également une différence quant à leur disponibilité entre les types d'hôpitaux en Suisse. Comme dans les résultats internationaux, il y a globalement en Suisse moins d'indicateurs de structure relatifs aux chutes que d'indicateurs de structure relatifs aux escarres.

Comme l'année précédente, les comparaisons après ajustement des résultats aux risques des trois indicateurs outcome, réalisées à l'aide d'une méthode de régression logistique et hiérarchique, ont indiqué que les résultats des hôpitaux étaient très homogènes. Lors de la comparaison des résultats des hôpitaux, seuls quelques résultats significativement divergents ont été relevés.

## Conclusions

En établissant une comparaison directe avec les mesures LPZ d'autres pays et également avec des données de la prévalence dans des publications internationales, les points suivants ressortent : les prévalences d'escarres nosocomiales des catégories 1 à 4 et 2 à 4 sont comparativement plus faibles. À l'inverse, la prévalence des chutes survenues à l'hôpital reste relativement élevée par rapport aux autres pays.

Si l'on compare les résultats à ceux de l'année précédente, on remarque une légère baisse des taux de prévalence, tant pour les escarres que pour les chutes. Mais dans l'ensemble, ces décalages sont faibles. Les résultats de l'évaluation après leur ajustement aux risques, d'une homogénéité semblable à la mesure de l'année précédente, ne confirment pas cette tendance à la baisse. Dans l'ensemble, l'importance du taux de réponse ainsi que l'échantillon plus grand et ses effets doivent être pris en compte pour la fiabilité de ces résultats. Les indicateurs de qualité sensible des soins ne permettent donc pas de tirer de nouvelles conclusions et recommandations quant à la pratique des soins par rapport à la mesure de 2011.

Les données du cycle de mesure 2011 n'ont pu être dévoilées et publiées qu'au printemps 2013. Il est donc sûrement trop tôt pour discuter des analyses tendanciennes ou des effets du benchmarking national. Il faut généralement plus de temps pour effectuer un cycle complet de développement de la qualité. Les résultats de la mesure 2013 devraient permettre de tirer des conclusions plus nettes. Compte tenu de l'opposition entre l'homogénéité des résultats ajustés aux risques dans la comparaison des hôpitaux et les différences concernant les mesures introduites et les indicateurs de structure utilisés, la question se pose de savoir à quel point les mesures de prévention et de traitement existantes ou introduites sont effectives et efficaces. Les indices des soins insuffisants et excessifs se retrouvent par exemple dans l'utilisation de matériel de pansement des plaies pour la catégorie d'escarre 1 ainsi que dans l'utilisation insuffisante de l'éducation du patient.

Les résultats indiquent encore que presque un patient sur cinq ayant subi une chute ne bénéficie d'aucune mesure de prévention des chutes et qu'au moins quatre personnes sur cinq ayant subi une chute ne bénéficient d'aucune mesure de prévention des lésions. Les dernières revues internationales indiquent qu'une approche d'intervention multiple est efficace pour la prévention des chutes à l'hôpital. Dans ce contexte, la culture organisationnelle (interlocuteurs et moyens auxiliaires spécialisés, etc.) semble en particulier jouer un rôle prépondérant pour une mise en œuvre réussie d'un programme d'intervention contre les chutes. On remarque qu'une chute peut être considérée comme le prédicteur le plus important pour les autres chutes dans l'anamnèse. Un grand potentiel existe donc ici pour le développement de la qualité. Bien qu'il soit trop tôt pour tirer des conclusions explicites, le processus de développement de la qualité a probablement été introduit dans certains établissements sur la base de la baisse des taux de prévalence.

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

## Perspectives

Pour la deuxième mesure, la suppression du consentement écrit a diminué un facteur d'influence sur la faible participation. Les taux de participation sont tout de même très différents entre les établissements. Une participation d'au moins 80 % doit être recherchée pour la mesure de la prévalence, car cela augmente la comparabilité des données avec les enquêtes LPZ et internationales. En Suisse, les raisons les plus diverses peuvent provoquer la chute importante des taux de participation. Les différentes procédures

entre les établissements pour demander le consentement éclairé des patient-e-s peuvent par exemple influencer le taux de participation.

Dans l'ensemble, il est difficile de déterminer l'influence du facteur cité et éventuellement d'autres facteurs encore inconnus sur la participation à la mesure. Afin de pouvoir analyser plus en détail le problème de la non-participation, il serait utile pour les prochains cycles de mesure d'obtenir des données plus précises sur les patient-e-s qui ne veulent ou ne peuvent pas participer à la mesure. Des données socio-démographiques ainsi que des indications sur la morbidité, la durée d'hospitalisation et la raison de l'hospitalisation ainsi que les raisons personnelles de la non-participation seraient d'un grand intérêt. Afin qu'aucune donnée personnelle ne doive être collectée, des données déjà recensées des hôpitaux seraient utiles (par ex. combien de patient-e-s n'ont pas participé et pour quelles raisons ?).

Des revues internationales montrent que la publication des données de qualité peut promouvoir les processus de développement de la qualité dans les établissements. Les analyses tendanciennes des mesures répétées dans le contexte international suggèrent que les taux de prévalence tendent à être de plus en plus bas, tandis que la sensibilisation aux indicateurs mesurés et l'utilisation ciblée de traitements et de mesures préventives gagnent du terrain.

# 1. Introduction

---

L'« Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques » (ANQ)<sup>1</sup> coordonne et met en oeuvre des mesures pour le développement de la qualité à l'échelle nationale. Elle s'occupe de la mise en pratique générale et homogène des mesures dans les hôpitaux pour obtenir des résultats qualitatifs. Son objectif est de justifier la qualité des soins et de continuer à la développer. L'ANQ a mandaté, dans le contexte de la mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres dans le domaine de la médecine somatique aiguë des hôpitaux suisses, la Haute école spécialisée bernoise (BFH) pour gérer les mesures et l'exploitation nationale des données pour l'année 2012. Les résultats de la mesure doivent permettre d'acquérir des connaissances approfondies sur les caractéristiques des patient-e-s associées aux chutes et aux escarres, ainsi que sur celles des structures et des processus. En outre, il devrait être possible de dresser une comparaison de ces indicateurs de qualité entre différentes institutions. Ce rapport final présente l'évaluation des données à un niveau national.

## 1.1 Contexte

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

Le plan de mesure 2012 prévoit une mesure nationale de la prévalence des indicateurs de la qualité chutes et escarres selon la méthode International Prevalence Measurement of Care Problems (LPZ International) de l'université de Maastricht, Pays-Bas. Pour la collecte des données en Suisse romande, la BFH collabore avec la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR) et la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI).

La mesure nationale de la prévalence inclut les indicateurs sensibles des soins chute et escarres (Kuster, 2009 ; The American Nurses Association, 2011). Ceux-ci permettent d'évaluer les aspects de la qualité des soins et de la prise en charge. En Suisse, jusqu'à la mesure de 2011, seules des données de la prévalence relatives aux structures concernant les indicateurs sensibles des soins, tels que les chutes et les escarres, étaient disponibles ou avaient été estimées sur la base de taux de complications signalés par le personnel soignant (Schubert, Clarke, Glass, Schaffert-Witvliet, & De Geest, 2009).

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

---

<sup>1</sup> Vous trouverez une liste des abréviations en annexe.

## 1.2 Définitions

### 1.2.1 Mesure de la prévalence

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

La mesure nationale de la prévalence permet de calculer les taux de prévalence globaux et les taux de prévalence nosocomiaux (escarres acquises à l'hôpital). Les taux de prévalence globaux donnent des informations sur la prévalence générale des indicateurs de mesure, c'est-à-dire indépendamment de la survenue d'un événement avant ou après l'hospitalisation. 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. Par conséquent, ces taux de prévalence nosocomiaux donnent des informations en rapport avec les complications potentielles évitables (« *adverse events* ») des escarres et chutes survenues au cours de l'hospitalisation (White, McGillis Hall, & Lalonde, 2011).

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

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

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

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

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

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

### 1.2.2 Escarres

Pour le terme « escarre », la définition internationale suivante de l'escarre dans la mesure LPZ a été utilisée à partir de la mesure de 2012 (European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009a). Dans le questionnaire LPZ, le terme « catégorie » est utilisé, également préféré par l'Association Suisse pour les soins de plaies (SAfW) (Von Siebenthal & Baum, 2012).

**Tableau 2: classification des escarres selon NPUAP/EPUAP (2009)**

#### **Définition internationale NPUAP-EPUAP de l'escarre**

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

#### **Catégorie I : érythème persistant ou qui ne blanchit pas**

Peau intacte avec un érythème qui ne blanchit pas à la pression, généralement situé au niveau d'une saillie osseuse. Pour les peaux à pigmentation foncée, le blanchiment pourrait ne pas être visible ; sa couleur peut différer des zones environnantes. La zone peut être algique, dure, molle, plus chaude ou plus froide par rapport aux tissus adjacents. Il est possible que chez les sujets à peau foncée, la Catégorie I soit difficile à détecter. Ces personnes devraient être signalées comme étant « à risque ».

#### **Catégorie/Stade II : atteinte partielle**

Perte tissulaire partielle du derme qui se présente sous la forme d'une ulcération peu profonde avec un lit de plaie rouge rosé, sans fibrine. Elle peut également se présenter comme une phlyctène fermée ou ouverte, remplie d'un liquide séreux clair ou séro-sanguinolent. Elle se présente comme une ulcération peu profonde sèche ou humide/brillante, sans fibrine ni ecchymose\*.

Cette catégorie ne devrait pas être utilisée pour décrire les dermabrasions, brûlures, dermatites du siège associées à l'incontinence, la macération ou l'excoriation.

\*L'ecchymose indique une atteinte profonde des tissus.

#### **Catégorie/Stade III : perte complète de tissu cutané**

Perte complète de tissu cutané. Le tissu adipeux de l'hypoderme peut être visible, mais l'os, les tendons ou les muscles ne sont pas exposés. Il peut y avoir la présence de fibrine mais sans que celle-ci cache la profondeur de la perte tissulaire. Elle peut inclure du sous-minage ou des tunnellisations. La profondeur de l'escarre de Catégorie/Stade III dépend de sa localisation anatomique. Pour les ailes du nez, l'oreille, l'occiput et la malléole qui sont dépourvus de tissus sous-cutanés (adipeux), les escarres de Catégorie/Stade III peuvent être superficielles. Au contraire, les zones avec un tissu adipeux important peuvent développer des escarres de Catégorie/Stade III extrêmement profondes. L'os et les tendons ne sont pas visibles ou directement palpables.

#### **Catégorie/Stade IV : perte tissulaire complète**

Perte tissulaire complète avec exposition osseuse, tendineuse ou musculaire. De la fibrine ou de la nécrose peut être présente. Souvent, elle présente des sous-minages et tunnellisations. La profondeur

de l'escarre de Catégorie/Stade IV dépend de sa localisation anatomique. Pour les ailes du nez, l'oreille, l'occiput et la malléole qui sont dépourvus de tissus sous-cutanés (adipeux), les escarres de Catégorie/Stade IV peuvent être superficielles. L'escarre de Catégorie/Stade IV peut s'étendre au muscle et/ou aux structures de soutien (comme le fascia, les tendons ou les capsules articulaires) ce qui rend possible la survenue d'une ostéomyélite ou d'une ostéite.

L'os et les muscles sont exposés, visibles ou directement palpables.

Les spécifications suivantes relatives à la définition, ainsi que la classification des catégories d'escarres ont été utilisées en concertation avec LPZ Maastricht :

- **Les phlyctènes de tension** : elles sont considérées comme des escarres (catégorie 2 selon définition) car elles sont causées par une pression et par l'effort de cisaillement. Les phlyctènes de tension résultent de la séparation des couches de l'épiderme et du derme au niveau de la jonction dermo-épidermique. Elles sont surtout dues aux forces de cisaillement qui s'appliquent justement au niveau de cette jonction, ainsi qu'à une détérioration de la vascularisation de cette région en période postopératoire. Les forces de frottement y jouent également un rôle (Fondation pour la Sécurité des Patients, 2011).
- **Blessures causées par des pansements (écorchure)** : celles-ci ne sont pas considérées comme des escarres. Elles sont engendrées par friction et non par pression et effort de cisaillement.
- **Nécrose** : Selon les directives internationales, cette forme de nécrose fait partie de la catégorie 4. Selon la classification internationale NPUAP, la catégorie 4 est définie comme suit : « Perte tissulaire complète avec exposition osseuse, tendineuse ou musculaire. De la fibrine ou de la nécrose peut être présente. Souvent, elle présente des sous-minages et tunnélisations ». L'os et les muscles sont exposés, visibles ou directement palpables.
- **Attribution des escarres à une peau intacte, mais démontrant une coloration bleuâtre ou noire**, on ne sait pas s'il s'agit d'un os par exemple qui est impliqué : Selon les lignes directrices (guideline) de l'EPUAP, il existe en Europe un consensus qui mentionne que de telles lésions sont considérées comme lésions impossibles de classer, mais en général à classer sous la catégorie « 4 » (R. Halfens, LPZ).

### 1.2.3 Chutes

Pour la mesure de prévalence de 2012, la définition suivante de la chute, recommandée par la Fondation sécurité des patients suisse a été utilisée : « Événement conduisant une personne à se retrouver de façon non intentionnelle au sol ou à tout autre niveau inférieur » (Victorian Government Department of Human Services (2004) cité par Frank & Schwendimann 2008).

Les spécifications suivantes relatives à la définition ont été utilisées en concertation avec LPZ Maastricht :

- Le fait de **chuter lorsque l'on glisse d'une chaise** répond à la définition de chute (« niveau inférieur »).
- **Se rouler en dehors d'un matelas** se trouvant au sol répond à la définition de chute (« niveau inférieur »).
- « **Événements de chutes « contrôlés** » (« assisted falls ») : le fait que le/la patient-e soit accompagné-e dans sa chute au sol ou à tout autre niveau par la personne présente lors de cet événement est inclus dans la définition.

- **Les accidents (par ex. ceux liés à la pratique du sport etc.)** ne sont pas considérés comme des chutes selon la définition des événements de chute, mais ceux-ci sont plutôt considérés comme « accident de chute » et ne seront pas mesurés.

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

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

Aucun instrument d'analyse du risque n'est intégré à la mesure LPZ pour l'estimation du risque de chute.

## 2. Etat actuel des connaissances

---

Les informations relatives aux dernières connaissances en matière d'indicateurs escarres et chutes (taux de prévalence internationaux, indicateurs de structure au niveau des hôpitaux et unités de soins) sont résumées dans le rapport final 2011 de la mesure nationale de la prévalence chutes et escarres (Vangelooven, Richter, & Hahn, 2012, p. 7 ff).

<http://www.anq.ch/akutsomatik/akutsomatik-anq-hplus/>

### 3. Buts visés et problématique

---

La mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres de 2012 a pour objectif d'étudier de façon globale les indicateurs de qualité des soins « Chutes » et « Escarres » en tant qu'indicateurs de résultat dans les hôpitaux suisses.

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

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

Les taux de prévalence globaux (précédant et durant l'hospitalisation) des chutes et escarres sont décrits de manière détaillée dans le chapitre des résultats.

Il est possible d'avoir des résultats par hôpital et sur le plan national. Ce rapport présente les résultats nationaux.

## 4. Méthode

---

### 4.1 Contexte

La méthode de collecte de données est une procédure établie, diffusée à l'échelon international et éprouvée qui a été conçue par l'université de Maastricht, Pays-Bas (Bours, Halfens, & Haalboom, 1999 ; Halfens et al., 2011). Depuis quinze ans, l'institut chargé des mesures « International Prevalence Measurement of Care Problems, LPZ International » (LPZ) collecte chaque année les taux de prévalence des phénomènes de soins aux Pays-Bas. Entre-temps, d'autres pays européens se sont impliqués dans cette procédure.

### 4.2 Échantillon et participant-e-s

La participation des hôpitaux de soins aigus, qui se sont liés au contrat de qualité national, à la mesure de la prévalence des chutes et escarres est obligatoire selon le plan de mesure ANQ 2012. Les autres hôpitaux ou établissements peuvent participer à cette mesure à titre volontaire et contre paiement. Les données saisies de cette façon dans les services longue durée, psychiatrique et de réadaptation sont exclues du rapport national à l'attention de l'ANQ.

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

En règle générale, tous les patient-e-s de plus de 18 ans hospitalisé-e-s le jour de la mesure dans des hôpitaux de soins aigus de la Suisse et du Liechtenstein (y compris les soins intensifs, intermédiaires et les patientes de l'unité de soins post-partum) ont été inclu-e-s dans la mesure. La condition de la participation était un consentement oral de la patiente ou du patient, ou de son représentant. Les salles de réveil, cliniques de jour, services des urgences et ambulatoires, la pédiatrie et les nourrissons des unités de soins post-partum en étaient exclus, tout comme les patient-e-s stationnaires n'ayant pas donné leur consentement.

#### 4.2.1 Outils pour la collecte des données

Les instruments LPZ, permettant de réaliser la mesure de la prévalence, ont été développés par l'institut chargé de la mesure LPZ de l'université de Maastricht. Leur version originale se compose de six indicateurs des soins : Escarres, Chutes (impliquant des mesures de contention MdC), Incontinence, Malnutrition et Intertrigo. Le module de l'indicateur « Escarres » a été jugé fiable et valide (Bours, et al., 1999 ; Halfens, et al., 2011). Le module « Chute » repose sur les avis des expert-e-s et obtient ainsi la *Face Validity*, c'est-à-dire la *validité apparente* (Halfens, et al., 2011 ; Halfens, Meijers, Neyens, & Schols, 2009). Les instruments LPZ sont actualisés et remaniés au moins une fois par an lors de la réunion du groupe de recherche international LPZ.

L'instrument LPZ pour la mesure nationale de la prévalence chutes et escarres intègre l'échelle de Braden, permettant de relever (au moment de la mesure) les risques d'escarres spécifiques aux patient-e-s (Bergstrom, Braden, Kemp, Champagne, & Ruby, 1998 ; Halfens, Van Achterberg, & Bal, 2000) et l'échelle de dépendance aux soins (EDS). Elle est composée de 15 catégories (par ex. manger et boire, continence, mobilité), évaluées à l'aide de cinq catégories de réponses, de dépendance complète à indépendance complète (Dassen et al., 2001 ; Dijkstra, Tiesinga, Plantinga, Veltman, & Dassen, 2005 ; Lohrmann, Dijkstra, & Dassen, 2003).

Les instruments LPZ conçus à l'université de Maastricht ont déjà été préparés pour la mesure 2011 dans les langues nationales allemand, français et italien. Comme l'année précédente, les échelles utilisées (Braden, échelle de dépendance aux soins) ont été utilisées dans des traductions validées, à l'exception de la version française de l'échelle de dépendance aux soins.

Pour la mesure 2012, le groupe de recherche international du LPZ Maastricht a divisé les indicateurs de mesure chutes et MdC en deux différents modules. Pour les questions de structure, le contenu et l'ordre ont été harmonisés pour chaque indicateur de mesure. Les résultats d'évaluation (suggestions sur la formulation, le contenu et les catégories manquantes) de la première mesure ont constitué la base pour développer les questionnaires du point de vue de la langue et du contenu, en accord avec LPZ Maastricht.

Le processus de traduction en plusieurs étapes (doubles traductions *forward/backward*, groupes de pair-e-s et *Cognitive Debriefing*) des nouvelles questions/catégories de la mesure 2012 était ciblé sur des processus issus du milieu de la pratique et reconnus au niveau international, selon l'*International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* (ISPOR) (Peters & Passchier, 2006 ; Prüfer & Rexroth, 2000 ; Wang, Lee, & Fetzer, 2006 ; Wild et al., 2005). Dans le cadre du *Cognitive Debriefing*, des entretiens cognitifs ont été réalisés (huit en allemand et en français ainsi que deux en italien) dans le milieu de la pratique avec 10 infirmier-ière-s ainsi que 8 coordinateur-trice-s.

L'instrument de collecte LPZ 2012 comprenait des questionnaires portant sur les trois niveaux suivants :

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

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

Lors de la mesure 2012 et selon la décision d'ANQ, l'application de l'échelle de dépendance aux soins (EDS) a été rendue obligatoire pour tous/toutes les patient-e-s âgé-e-s de 18 ans et plus, contrairement à l'année précédente 2011, où l'EDS n'avait été appliquée que sur la base du volontariat. L'EDS s'était avérée particulièrement pertinente pour l'analyse des échantillons d'hôpitaux qui avaient utilisé l'EDS 2011 volontairement.

#### **4.2.2 Collecte de données**

La mesure a été réalisée le premier mardi de novembre (jour de référence) dans tous les établissements participants. Dans chaque hôpital, une coordinatrice ou un coordinateur fut nommé-e et formé-e par la BFH et ses partenaires. La responsable BFH du projet a participé à toutes les réunions de formation dans le but d'assurer une coordination optimale et les contenus des formations ont été uniformisés pour toutes les régions linguistiques.

Le/la coordinateur-trice de l'hôpital était responsable de l'organisation de la mesure au sein de son institution (recrutement et formation de l'équipe en charge de la mesure au sein de l'hôpital, garantie de la gestion et de la qualité des données). Dans chaque unité de soins participant à la mesure, deux membres du personnel soignant (une personne appartenant à ladite unité de soins et une deuxième ne

faisant pas partie de ladite unité de soins) étaient chargé-e-s de récolter les données le jour de la mesure. A l'exception des indications administratives, les données ont été directement récoltées auprès des patient-e-s (Goldstandard) ou, s'il n'était pas possible de le faire, à l'aide de l'évaluation clinique de la part de l'infirmier-ère de référence et/ou à partir du dossier patient-e. Conformément au protocole de mesure LPZ, les meilleures sources d'informations possibles furent toujours utilisées. Toutes les données relatives aux patient-e-s ont été collectées de manière anonyme. Seuls les hôpitaux pouvaient savoir à quelles personnes se rapportaient les pseudonymes.

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

Si des patient-e-s ne participaient pas à la mesure, les raisons de cette non-participation étaient consignées (refus de participation, patient-e non joignable au moment de la mesure, état cognitif trop mauvais, comateux - état trop grave, phase terminale ou autres).

#### **4.2.4 Uniformisation du processus de mesure**

La personne chargée de la coordination des hôpitaux était responsable du contrôle de la qualité de la mesure et des données sur place. Cette personne garantissait l'exactitude des données. Le dossier d'informations/manuel suisse devait favoriser l'homogénéité et la fiabilité de la mesure. La méthode et les questionnaires ont été transmis de la même manière aux infirmier-ère-s de référence par les coordinateur-trice-s des hôpitaux selon la procédure « Train the Trainer ». Les sources de données et les modes opératoires, le dossier d'informations/manuel suisse pour remplir les questionnaires ainsi que les documents d'aide aux équipes en charge de la mesure (liste du matériel pour les escarres, liste des unités de soin, consentement de la participation à la mesure, etc.) étaient décrits dans le dossier d'informations/manuel suisse. Les documents idoines ont été mis à disposition des coordinateur-trice-s responsables des formations internes.

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

LPZ Maastricht a contrôlé la cohérence des données saisies par rapport aux profils des données. Les recherches ont été effectuées selon des configurations d'erreurs systématiques, par ex. en fonction des valeurs qui ne devaient pas apparaître, des données qui étaient suspectes ou manquantes.

### **4.3 Aspects éthiques**

Dans la mesure de la prévalence, seules des données enregistrées au quotidien dans les activités soignantes ont été collectées. Aucune intervention supplémentaire n'a eu lieu. Lors de la collecte de données 2011, aucun effet indésirable n'est apparu chez les patient-e-s ayant participé.

Les expériences de la première mesure de la prévalence 2011 ont clairement montré qu'en Suisse il y a différentes pratiques d'autorisation concernant les aspects éthiques des enquêtes relatives à la qualité. Sur la base de ces expériences, ANQ et la BFH se sont engagés auprès des commissions d'éthique pour l'acceptation de la mesure en tant que mesure de la qualité. Swissethics et les commissions d'éthique cantonales ont classé la mesure de prévalence chutes et escarres comme une mesure de la qualité pour laquelle le consentement écrit des patient-e-s n'est pas nécessaire. Cependant, les patient-e-s doivent obtenir une information écrite à propos de la mesure et donner leur consentement oral pour la mesure (ANQ, HESB et Commission cantonale d'éthique Berne, 2012).

Lors de la mesure 2012, les patient-e-s ont donné leur consentement oral pour leur participation à la mesure. Les équipes de mesure ont informé par écrit les patient-e-s de la collecte de données et de ses objectifs avant la mesure. Dans le cas des patient-e-s qui n'étaient pas en mesure de comprendre par eux/elles-mêmes les informations et de donner leur consentement, l'accord oral de leur représentant-e était requis. L'information pour les patient-e-s était disponible en quatre langues (allemand, français, italien et anglais). Les patient-e-s qui ne souhaitaient pas participer à la mesure n'ont pas été pris en considération et leur souhait a été respecté. L'intégrité des patient-e-s n'a en aucun cas été affectée par la collecte des données et le refus de participer n'a pas porté préjudice.

## 4.4 Analyse des données

Les données ont été analysées et présentées de manière descriptive et multivariée à l'aide d'une modélisation hiérarchique.

### 4.4.1 Analyse descriptive

Les indicateurs outcome évalués de façon descriptive donnent des informations concernant la prévalence des indicateurs « Chutes » et « Escarres ». Les indicateurs de processus décrivent les caractéristiques des patient-e-s concerné-e-s, les caractéristiques des escarres ou des chutes, ainsi que les informations concernant les mesures préventives et le traitement, etc. Les indicateurs de structure donnent des informations sur les éléments structurels de l'assurance qualité portant sur les indicateurs « Chutes » et « Escarres » au niveau de l'hôpital et des unités de soins. Les données sont présentées sous forme de valeurs absolues (nombre) et relatives (fréquences), ainsi que de moyennes et d'écart-types (où elles sont informatives). Les analyses statistiques descriptives ont été réalisées à l'aide du programme IBM SPSS Statistics 20.

### 4.4.2 Ajustement au risque :

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

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

Telle est la raison pour laquelle des modèles à « effets mixtes », qui ne présentent pas un tel inconvénient, ont été utilisés. Le procédé était le suivant : une régression logistique a été calculée avant tout pour chaque variable de résultat (chute ou escarre à l'hôpital). Les facteurs à risque ont ensuite été définis sur la

base de cette régression. Les analyses de régression se rapportaient à l'ensemble de l'échantillon de tous les patient-e-s participant-e-s. Diverses analyses pour chaque type d'hôpital (hôpitaux universitaires, hôpitaux centraux, etc.) ont été réalisées en amont avant que ce type de procédure ne soit choisi. Malheureusement, les échantillons étaient parfois si petits que peu de variables, voire aucune, ne subsistaient pour le choix du modèle. Voilà pourquoi il a fallu se baser sur l'ensemble de l'échantillon.

L'« *Akaike Information Criterium* » (AIC) a été utilisé en tant que critère de sélection pour les variables de risque (Akaike, 1974). L'AIC s'appuie sur la méthode d'estimation du maximum de vraisemblance. Cette procédure est, dans certains domaines spécialisés, préférée à d'autres procédures traditionnelles (Müller, 2011). De manière concrète, une procédure inverse par étapes (« *backward selection* ») a été appliquée après qu'un modèle complet qui intègre toutes les variables significatifs lors de l'enregistrement avec les effets d'interaction entre le type d'hôpital et certaines variables socio-démographiques et variables de maladie a été mis en place.

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

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

## 5. Résultats

---

Dans ce chapitre sont présentés les résultats pour l'hôpital, l'unité de soins et le/la patient-e. Au niveau de l'hôpital, les données sont, conformément à la typologie des hôpitaux définie par l'Office fédéral de la statistique, (2006) réparties selon les types d'hôpitaux suivants : hôpitaux universitaires (prise en charge centralisée hôpital universitaire), hôpitaux de soins généraux pour la prise en charge spécialisée (prise en charge spécialisée, hôpitaux de soins généraux), hôpitaux de soins généraux pour les soins de base et cliniques spécialisées. Les données seront présentées selon le type d'unité de soins dans des tableaux et graphiques. Contrairement au rapport au niveau des groupes hospitaliers dans le cycle de mesure 2011, les résultats du cycle de mesure 2012 sont évalués et présentés au niveau de chaque site hospitalier sur demande de l'ANQ, c'est pourquoi le nombre d'hôpitaux participants a augmenté en 2012.

Cinq cas ont été exclus de l'analyse en raison de données non crédibles, c'est-à-dire que des données isolées étaient présentes malgré un refus de participation. De plus, certaines des réponses contenaient des informations incomplètes (*missing answers*), c'est pourquoi les chiffres totaux sont légèrement différents dans chaque représentation du résultat. La conclusion tirée sur la base des résultats totaux n'est pas falsifiée puisque le nombre de réponses incomplètes est relativement bas. Des chiffres comparatifs sont représentés pour les années de mesure 2011 et 2012 pour les tableaux relatifs aux questions principales de la mesure.

### 5.1 Hôpitaux participants

Au total, 132 hôpitaux et groupes hospitaliers ont participé à la deuxième mesure nationale de la prévalence (répartis sur 186 sites hospitaliers). 112 hôpitaux et groupes hospitaliers avaient participé à la première mesure en 2011 (répartis sur 159 sites hospitaliers).

Le jour de la mesure, 18 105 patient-e-s de plus de 18 ans étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux participants ; 13 651 personnes (taux de réponse = 75,4 %) ont participé à la mesure. En 2011, le nombre de patient-e-s hospitalisé-e-s était de 15 566 et 10 606 d'entre eux/elles avaient participé à la mesure (taux de réponse = 68,1 %). En 2012, la participation était de nouveau équilibrée dans les types d'hôpitaux : prise en charge spécialisée (hôpitaux universitaires) et cliniques spécialisées avec chacun 75,8 % des patient-e-s ; prise en charge spécialisée (hôpitaux généraux) et soins de base (hôpitaux généraux) avec chacun 75,3 % des patient-e-s. Les raisons de la non-participation sont diverses, la plus fréquente étant, pour tous les types d'hôpitaux, le refus des patient-e-s (cf. tableau 3). La catégorie « non accessible » signifie que les patient-e-s étaient absent-e-s au moment de la mesure, p. ex. en raison d'un examen. Pour l'année de mesure 2012, la nouveauté était aussi l'option « limitations cognitives », introduite comme catégorie de réponse sous « Raisons de la non-participation ».

**Tableau 3: hôpitaux et patient-e-s participants, et motifs de non-participation**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Sites/groupes hospitaliers</b>					
<b>2012 (sites)</b>	<b>5 (2.7)</b>	<b>50 (26.9)</b>	<b>95 (51.0)</b>	<b>36 (19.4)</b>	<b>186 (100)</b>
2011 (groupes)	4 (3.5)	24 (21.4)	64 (57.1)	20 (17.9)	112 (100)
<b>Patient-e-s</b>					
<b>2012</b>	<b>3224 (17.8)</b>	<b>7244 (40.0)</b>	<b>6313 (34.9)</b>	<b>1324 (7.3)</b>	<b>18105 (100)</b>
2011	2314 (14.9)	6177 (39.7)	6145 (39.4)	930 (6.0)	15566 (100)
<b>Participation</b>					
<b>2012</b>	<b>2445 (75.8)</b>	<b>5452 (75.3)</b>	<b>4751 (75.3)</b>	<b>1003 (75.8)</b>	<b>13651 (75.4)</b>
2011	1462 (63.2)	4360 (70.6)	4247 (69.1)	537 (57.7)	10606 (68.1)
<b>Raison de non-participation</b>	%	%	%	%	%
<b>Refus de participer</b>					
<b>2012</b>	<b>46.9</b>	<b>45.8</b>	<b>51.3</b>	<b>43.0</b>	<b>47.7</b>
2011	52.2	61.1	56.8	69.6	58.5
<b>Non accessible</b>					
<b>2012</b>	<b>19.3</b>	<b>17.9</b>	<b>17.9</b>	<b>25.9</b>	<b>18.7</b>
2011	13.4	16.7	19.3	15.5	17.0
<b>État cognitif trop mauvais</b>					
<b>2012</b>	<b>10.5</b>	<b>12.5</b>	<b>11.4</b>	<b>16.5</b>	<b>12.1</b>
2011	-	-	-	-	-
<b>Coma ou état critique</b>					
<b>2012</b>	<b>5.3</b>	<b>5.7</b>	<b>5.8</b>	<b>2.2</b>	<b>5.4</b>
2011	10.1	4.6	6.5	1.3	6.0
<b>Phase terminale</b>					
<b>2012</b>	<b>2.3</b>	<b>1.8</b>	<b>2.2</b>	<b>2.5</b>	<b>2.1</b>
2011	2.3	1.4	1.5	0.7	1.6
<b>Autre raison</b>					
<b>2012</b>	<b>15.8</b>	<b>16.2</b>	<b>11.5</b>	<b>10.0</b>	<b>14.0</b>
2011	22.0	16.3	15.8	12.9	16.9

\* 2011 hôpitaux et groupes hospitaliers, 2012 sites hospitaliers

Le tableau 4 montre combien d'hôpitaux, par type et par canton, et combien de patient-e-s par canton ont participé à la mesure. Un hôpital de la Principauté du Liechtenstein a également participé. Étant donné que l'évaluation a été effectuée au niveau des sites hospitaliers en 2012, les chiffres dans le tableau 4 correspondent au nombre de sites hospitaliers par canton et type d'hôpital. Le canton d'Obwald (participation de 84,4 % des patient-e-s) et la principauté du Liechtenstein (87 %) ont donné le taux de réponse le plus élevé, suivis du canton du Jura (83,6 %) et du canton du Tessin (82,7 %). En moyenne, le taux de réponse de tous les cantons était de 75,4 % (plus 7,3 % par rapport à l'année précédente).

Si le taux de réponse est évalué au niveau des hôpitaux, la fourchette des taux de réponse se situe entre 33,3 % et 100 %. Les taux de réponse de chaque site hospitalier sont visibles en annexe (tableau 52).

**Tableau 4: hôpitaux et patient-e-s participants par canton \***

Canton	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux	Nombre des patient-e-s hospitalisé-e-s	Participation des patient-e-s %
<b>AG</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>1237</b>	<b>68.3</b>
2011	0	2	5	1	8	1106	64.6
<b>AI</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>22</b>	<b>77.3</b>
2011	0	0	1	0	1	14	85.7
<b>AR</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>189</b>	<b>82.0</b>
2011	0	0	1	2	3	185	64.9
<b>BE</b>							
<b>2012</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>25</b>	<b>2567</b>	<b>76.5</b>
2011	1	4	7	1	13	2461	64.4
<b>BL</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>667</b>	<b>75.9</b>
2011	0	2	2	2	6	757	65.3
<b>BS</b>							
<b>2012</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>1343</b>	<b>73.9</b>
2011	1	1	2	2	6	1263	65.5
<b>FL</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>23</b>	<b>87.0</b>
2011	0	0	1	0	1	42	38.1
<b>FR</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>364</b>	<b>82.4</b>
2011	0	1	2	0	3	346	72.8
<b>GE</b>							
<b>2012</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>964</b>	<b>70.7</b>
2011	0	0	1	1	2	130	71.5
<b>GL</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>76</b>	<b>80.3</b>
2011	0	0	1	0	1	66	83.3
<b>GR</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>430</b>	<b>74.4</b>
2011	0	1	6	1	8	370	68.4

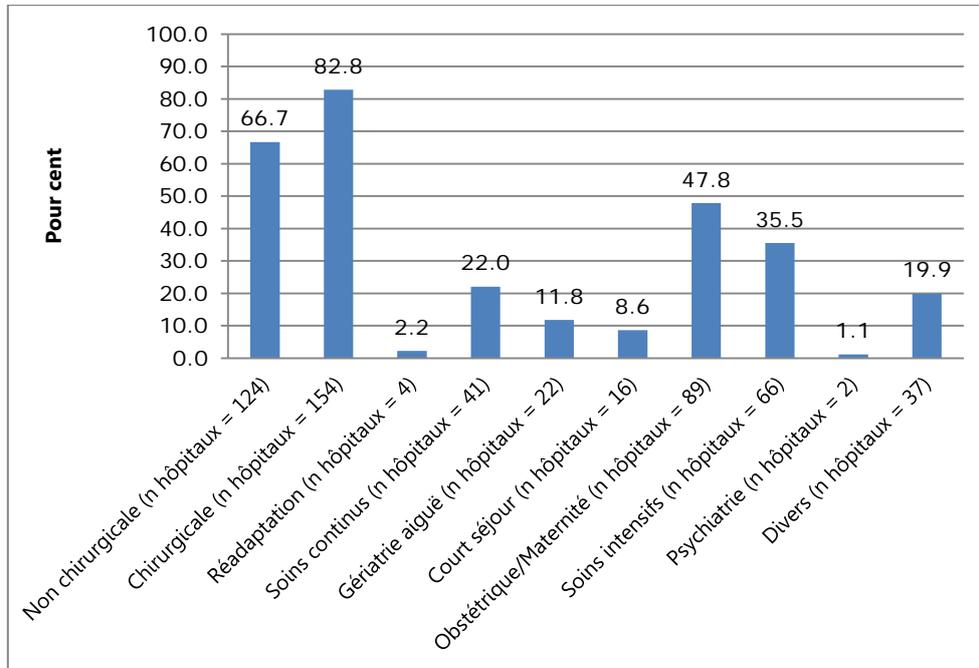
Canton	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux	Nombre des patient-e-s hospitalisé-e-s	Participation des patient-e-s %
<b>JU</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>152</b>	<b>83.6</b>
2011	0	1	0	0	1	113	86.7
<b>LU</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>710</b>	<b>71.3</b>
2011	0	1	1	1	3	664	72.7
<b>NE</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>301</b>	<b>83.1</b>
2011	0	1	1	1	3	302	76.5
<b>NW</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>57</b>	<b>73.7</b>
2011	0	0	1	0	1	47	66.0
<b>OW</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>32</b>	<b>84.4</b>
2011	0	0	1	0	1	44	72.7
<b>SG</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>1033</b>	<b>75.4</b>
2011	0	1	4	0	5	1109	61.1
<b>SH</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>140</b>	<b>69.3</b>
2011	0	0	2	0	2	128	64.1
<b>SO</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>376</b>	<b>69.7</b>
2011	0	0	1	1	2	276	94.9
<b>SZ</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>231</b>	<b>71.0</b>
2011	0	0	4	0	4	204	62.7
<b>TG</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>472</b>	<b>73.1</b>
2011	0	2	1	1	4	486	61.5
<b>TI</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>1025</b>	<b>82.7</b>
2011	0	1	5	0	6	1004	88.8
<b>UR</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>72</b>	<b>79.2</b>
2011	0	0	1	0	1	72	77.8
<b>VD/VS</b>							
<b>2012</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
2011	0	0	1	0	1	121	66.1
<b>VD</b>							
<b>2012</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>22</b>	<b>1571</b>	<b>79.4</b>
2011	1	2	5	4	12	1376	70.7
<b>VS</b>							
<b>2012</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>661</b>	<b>78.7</b>

Canton	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux	Nombre des patient-e-s hospitalisé-e-s	Participation des patient-e-s %
<b>2012</b> 2011	0	0	1	1	2	579	74.3
<b>ZG</b>							
<b>2012</b> 2011	0 0	0 0	2 2	0 0	2 2	206 184	70.9 56.5
<b>ZH</b>							
<b>2012</b> 2011	1 1	5 4	11 4	3 1	20 10	3184 2117	74.5 62.5
<b>Total</b>							
<b>2012</b> 2011	5 4	50 24	95 64	36 20	186 112	18105 15566	100 100
<b>Tot. %</b>							
<b>2012</b> 2011	2.7 3.6	26.9 21.4	51.1 57.1	19.4 17.9	100 100	100 100	75.4 68.1

\* 2011 hôpitaux/groupes hospitaliers 2012 sites hospitaliers

La figure 1 montre les types d'unités de soin qui ont participé et le nombre d'hôpitaux/cliniques pour chacune d'entre elles (chaque hôpital comprend plusieurs types d'unités de soins et sera donc comptabilisé plusieurs fois). Il en ressort que 154 hôpitaux disposent d'unités de chirurgie, soit plus des deux tiers. Dans ce contexte, le terme d'unité chirurgicale signifie que les patient-e-s bénéficient d'un suivi stationnaire dans cette unité de soins après des interventions chirurgicales. Les unités de réadaptation se trouvent dans les cliniques spécialisées dans les soins somatiques aigus.

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



\* Le pourcentage se rapporte au nombre total d'hôpitaux ou sites hospitaliers participants (n = 186).

Le tableau 5 indique combien d'unités de soins par type d'hôpital participent à la mesure. Au total, 1 263 unités de soin ont participé à la mesure. Les unités de soins les plus représentées concernaient la chirurgie avec 526 unités (41,6 %) suivies des unités de soin non chirurgicales avec 364 unités (28,8 %).

**Tableau 5: types d'unités de soins selon le type d'hôpital**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
Type d'unité de soins	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Non chirurgicale	68 (31.3)	148 (30.9)	146 (29.9)	2 (2.5)	364 (28.8)
Chirurgicale	88 (40.6)	203 (42.4)	194 (39.8)	41 (51.9)	526 (41.6)
Soins intensifs	13 (6.0)	32 (6.7)	30 (6.1)	0 (0.0)	75 (5.9)
Soins continus/soins continus de la chirurgie cardiaque	16 (7.4)	13 (2.7)	22 (4.5)	1 (1.3)	52 (4.1)
Gériatrie aiguë	2 (0.9)	24 (5.0)	9 (1.8)	10 (12.7)	45 (3.6)
Court séjour	7 (3.2)	4 (0.8)	8 (1.6)	0 (0.0)	19 (1.5)
Obstétrique/Maternité	13 (6.0)	38 (7.9)	59 (12.1)	1 (1.3)	111 (8.8)
Psychiatrie	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.2)	0 (0.0)	2 (0.2)
Réadaptation	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (13.9)	11 (0.9)
Divers	10 (4.6)	16 (3.3)	19 (3.9)	13 (16.5)	58 (4.6)
<b>Total</b>	<b>217 (100)</b>	<b>479 (100)</b>	<b>488 (100)</b>	<b>79 (100)</b>	<b>1263 (100)</b>

## 5.2 Patient-e-s participant-e-s

Comme indiqué au chapitre 5.1, 18 105 patient-e-s âgé-e-s d'au moins 18 ans étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux participants au moment de la mesure. Parmi eux/elles, 75,4 % (n = 13 651) ont participé à la mesure. Leurs caractéristiques sont décrites ci-dessous.

### 5.2.1 Sexe

Le sexe est indiqué pour 13 651 participant-e-s. On compte 45,8 % d'hommes et 54,2 % de femmes. Le tableau 6 montre que la répartition par sexe des participant-e-s à la mesure est différente au sein des différents types d'hôpitaux : dans les hôpitaux généraux de prise en charge spécialisée (53,8 %), dans ceux des soins de base (57,1 %) et dans les cliniques spécialisées (54,7 %), les femmes hospitalisées sont plus représentées que dans les autres types d'hôpitaux.

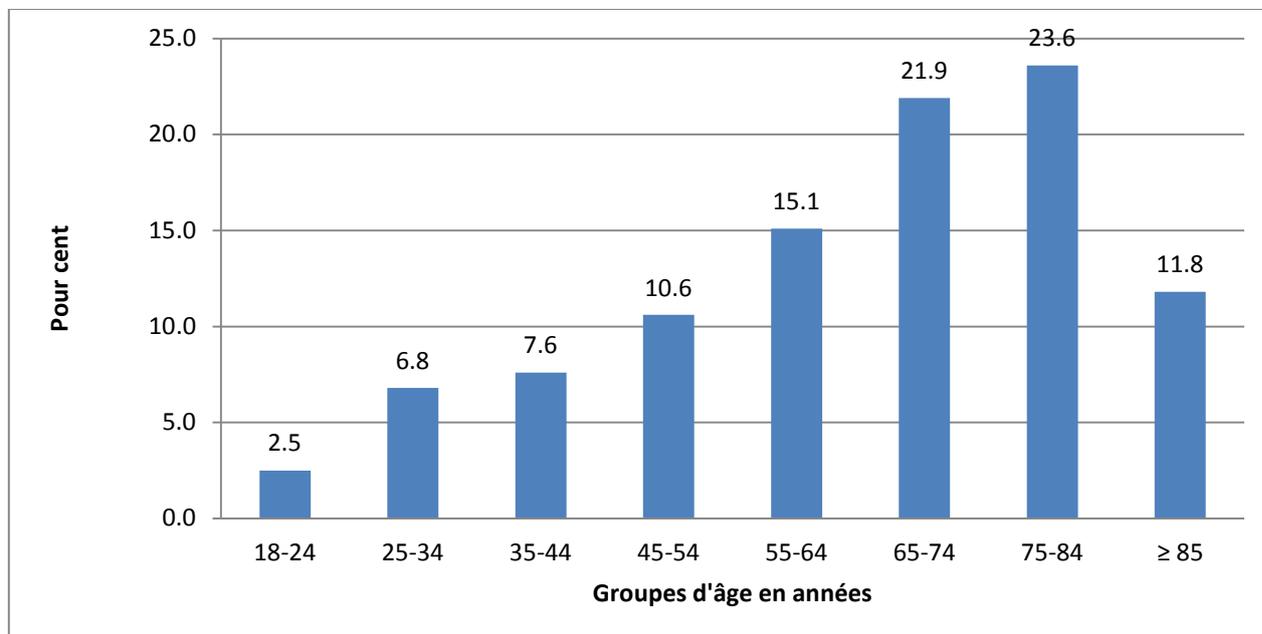
**Tableau 6: répartition par sexe des participants dans les différents types d'hôpitaux**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
Sexe	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
masculin	1240 (50.7)	2518 (46.2)	2036 (42.9)	454 (45.3)	6248 (45.8)
féminin	1205 (49.3)	2934 (53.8)	2715 (57.1)	549 (54.7)	7403 (54.2)
<b>Total</b>	<b>2445 (100)</b>	<b>5452 (100)</b>	<b>4751 (100)</b>	<b>1003 (100)</b>	<b>13651 (100)</b>

## 5.2.2 Âge

Les participant-e-s avaient entre 18 et 103 ans. L'âge moyen était 64,4 ans, avec un écart type de +/- 18,4 ans. Autrement dit, la majorité des personnes participant à la mesure avaient entre 46 et 82,8 ans, comme le montre la figure 2.

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



La comparaison des groupes d'âge entre les hôpitaux fait ressortir des différences. Par exemple, il y a moins de participant-e-s appartenant au groupe d'âge « 75 ans et plus » dans les hôpitaux universitaires que dans les autres types d'hôpitaux (cf. tableau 7).

Tableau 7: âge des participant-e-s par type d'hôpital

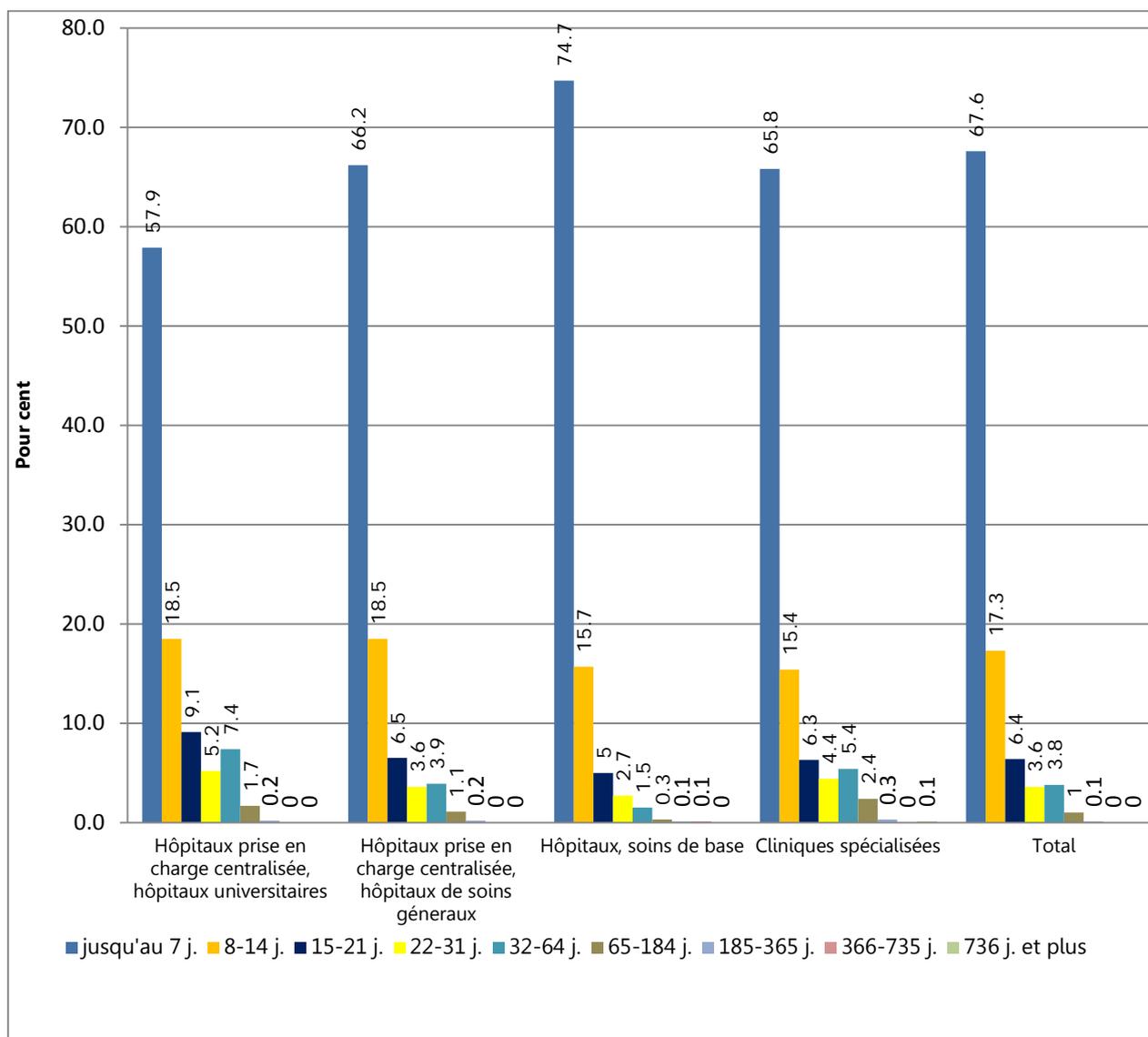
	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
Groupe d'âge (ans)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
18 à 24	77 (3.1)	121 (2.2)	116 (2.4)	26 (2.6)	340 (2.5)
25 à 34	201 (8.2)	313 (5.7)	377 (7.9)	36 (3.6)	927 (6.8)
35 à 44	215 (8.8)	352 (6.5)	414 (8.7)	62 (6.2)	1043 (7.6)
45 à 54	318 (13.0)	528 (9.7)	485 (10.2)	116 (11.6)	1447 (10.6)
55 à 64	421 (17.2)	786 (14.4)	683 (14.4)	177 (17.6)	2067 (15.1)
65 à 74	531 (21.7)	1240 (22.7)	975 (20.5)	246 (24.5)	2992 (21.9)
75 à 84	470 (19.2)	1381 (25.3)	1141 (24.0)	236 (23.5)	3228 (23.6)
≥ 85	212 (8.7)	731 (13.4)	560 (11.8)	104 (10.4)	1607 (11.8)
<b>Total</b>	<b>2445 (100)</b>	<b>5452 (100)</b>	<b>4751 (100)</b>	<b>1003 (100)</b>	<b>13651 (100)</b>

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

La durée de l'hospitalisation jusqu'au moment de la mesure était mentionnée pour 13 648 participant-e-s.

La durée moyenne de l'hospitalisation est de 9,1 jours, avec un minimum de 0 jour et un maximum de 1 040. L'écart type est de +/- 19,8 jours. La médiane est de 5 jours. La durée d'hospitalisation indiquée lors de la collecte des données a été contrôlée au cours de la phase d'ajustement des données pour détecter les éventuelles réponses non plausibles. Si une durée d'hospitalisation supérieure à 365 jours était indiquée, une confirmation ou le cas échéant une correction des données indiquées était demandée aux coordinatrices/coordonateurs des hôpitaux. Comme le montre la figure 3, la durée de l'hospitalisation jusqu'au moment de la mesure la plus fréquente dans tous les types d'hôpitaux est de 7 jours.

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



## 5.2.4 Interventions chirurgicales

Le tableau 8 indique que 39,4 % des patient-e-s participant-e-s ont subi une intervention chirurgicale dans les deux semaines précédant la mesure. Cela montre que la part des opérations effectuées dans les soins de base administrés dans les hôpitaux de soins généraux et dans les cliniques spécialisées est supérieure à celle dans les autres types d'hôpitaux.

**Tableau 8: intervention chirurgicale dans les deux semaines précédant la mesure**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
<b>Intervention chirurgicale durant les 2 dernières semaines</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Non	1530 (62.6)	3580 (65.7)	2725 (57.4)	432 (43.1)	8267 (60.6)
Oui	915 (37.4)	1872 (34.3)	2026 (42.6)	571 (56.9)	5384 (39.4)
<b>Total</b>	<b>2445 (100)</b>	<b>5452 (100)</b>	<b>4751 (100)</b>	<b>1003 (100)</b>	<b>13651 (100)</b>

La durée moyenne des opérations effectuées était de 126,1 minutes (minimum 2 minutes et maximum 1210 minutes, avec un écart-type de +/- 100,6 minutes).

La comparaison des types d'hôpitaux fait ressortir des différences notables au niveau de la durée des opérations (tableau 9).

**Tableau 9: comparaison de la durée des opérations selon les types d'hôpitaux**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées
<b>Durée intervention chirurgicale</b>	<b>en minutes (min.)</b>	min.	min.	min.
Durée minimum en minutes	5.0	3.0	2.0	10.0
Durée maximum en minutes	780.0	960.0	856.0	1210.0
Valeur moyenne en minutes	176.3	126.7	108.2	110.3
Écart type	129.9	99.3	80.8	90.2

### 5.2.5 Signes cliniques et besoin d'aide

Le tableau 10 décrit l'état de santé des patient-e-s participant-e-s, réparti par type d'hôpital. Plusieurs réponses étaient possibles. Des différences s'observent en fonction du type de soins administrés et des spécialisations. Les plus fréquents concernaient des maladies cardiovasculaires (47,6 %) suivies des troubles de l'appareil locomoteur (32,0 %).

**Tableau 10: pathologies par type d'hôpital**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
Signes cliniques	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Maladie (Mal.) infectieuse	352 (14.4)	745 (13.7)	535 (11.3)	73 (7.3)	1705 (12.5)
Cancer	540 (22.1)	983 (18.1)	619 (13.0)	90 (9.0)	2232 (16.4)
Maladie endocrinienne, nutritionnel, métabol.	314 (12.8)	910 (16.7)	665 (14.0)	167 (16.7)	2056 (15.1)
Diabète	294 (12.0)	802 (14.7)	565 (11.9)	106 (10.6)	1767 (13.0)
Maladie du sang ou d'un organe hématopoïétique	223 (9.1)	486 (8.9)	362 (7.6)	43 (4.3)	1114 (8.2)
Troubles psychiques	245 (10.0)	614 (11.3)	509 (10.7)	97 (9.7)	1465 (10.7)
Démence	77 (3.2)	355 (6.5)	230 (4.8)	65 (6.5)	727 (5.3)
Maladie du système nerveux, sans AVC	270 (11.0)	471 (8.7)	333 (7.0)	58 (5.8)	1132 (8.3)
Maladie yeux/oreilles	143 (5.8)	312 (5.7)	237 (5.0)	68 (6.8)	760 (5.6)
Lésion par section médullaire	9 (0.4)	17 (0.3)	11 (0.2)	5 (0.5)	42 (0.3)
Maladie cardiaque ou vasculaire	1084 (44.4)	2775 (51.0)	2157 (45.4)	477 (47.6)	6493 (47.6)
Accident vasculaires cérébral/hémiplégie	187 (7.7)	376 (6.9)	222 (4.7)	45 (4.5)	830 (6.1)
Mal. des voies resp., nez/amygdales	469 (19.2)	1153 (21.2)	852 (17.9)	182 (18.1)	2656 (19.5)
Mal. du système digestif	496 (20.3)	1438 (26.4)	1149 (24.2)	156 (15.6)	3239 (23.7)
Mal. reins, voies urinaires, org. sexuels	539 (22.1)	1622 (29.8)	1211 (25.5)	217 (21.6)	3589 (26.3)
Maladies de la peau	148 (6.1)	245 (4.5)	181 (3.8)	40 (4.0)	614 (4.5)
Maladies de l'appareil locomoteur	467 (19.1)	1594 (29.3)	1725 (36.3)	583 (58.1)	4369 (32.0)
Anomalie congénitale	17 (0.7)	29 (0.5)	23 (0.5)	4 (0.4)	73 (0.5)
Traumatisme ou séquelles d'accident	245 (10.0)	548 (10.1)	341 (7.2)	86 (8.6)	1220 (8.9)
Prothèse totale de la hanche	85 (3.5)	254 (4.7)	272 (5.7)	127 (12.7)	738 (5.4)
Impossibilité d'établir un diagnostic précis	7 (0.3)	12 (0.2)	18 (0.4)	1 (0.1)	38 (0.3)
Autres	323 (13.2)	853 (15.7)	796 (16.8)	95 (9.5)	2067 (15.2)
<b>Total</b>	<b>2444 (100)</b>	<b>5444 (100)</b>	<b>4750 (100)</b>	<b>1003 (100)</b>	<b>13641 (100)</b>

\*Plusieurs mentions

En moyenne, 20 % des participant-e-s avaient besoin d'aide. Les participant-e-s dans les hôpitaux universitaires et les cliniques spécialisées semblent avoir un besoin d'aide moindre concernant les activités de la vie quotidienne (ADL) et l'aide pour les tâches ménagères (HDL) par rapport aux patient-e-s participant-e-s dans les autres types d'hôpitaux (tableau 11).

**Tableau 11 : besoin d'aide par type d'hôpital**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
<b>Soins nécessaires*</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (ADL)	379 (15.5)	1487 (27.3)	1040 (21.9)	161 (16.1)	3067 (22.5)
Besoin d'aide pour les tâches ménagères (HDL)	293 (12.0)	1413 (25.9)	941 (19.8)	131 (13.1)	2778 (20.4)
<b>Total</b>	<b>2445 (100)</b>	<b>5452 (100)</b>	<b>4751 (100)</b>	<b>1003 (100)</b>	<b>13651 (100)</b>

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

Le tableau 12 montre que plus de la moitié des patient-e-s évalués à l'aide de l'EDS participant à la mesure sont, dans tous les hôpitaux, totalement indépendant-e-s des soins le jour de la mesure. 2,4 %, c'est-à-dire très peu de patient-e-s évalué-e-s à l'aide de l'EDS, sont entièrement dépendant-e-s le jour de la mesure.

**Tableau 12: dépendance aux soins selon le type d'hôpital**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
<b>Dépendance aux soins</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Dépendance complète	113 (4.6)	127 (2.3)	68 (1.4)	13 (1.3)	321 (2.4)
Dépendance prépondérante	179 (7.3)	447 (8.2)	239 (5.0)	57 (5.7)	922 (6.8)
Dépendance partielle	367 (15.0)	787 (14.4)	581 (12.2)	151 (15.1)	1886 (13.8)
Indépendance prépondérante	497 (20.3)	1150 (21.1)	1064 (22.4)	219 (21.8)	2930 (21.5)
Indépendance complète	1287 (52.7)	2941 (53.9)	2798 (58.9)	563 (56.1)	7589 (55.6)
<b>Total</b>	<b>2443 (100)</b>	<b>5452 (100)</b>	<b>4750 (100)</b>	<b>1003 (100)</b>	<b>13648 (100)</b>

## 5.3 Résultats pour l'indicateur « Escarres »

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

### 5.3.1 Caractéristiques des patient-e-s souffrant d'escarres

Au total, des escarres ont été relevées chez 6,9 % des 13 651 participant-e-s (contre 9,4 % l'année précédente). Le tableau 13 montre les caractéristiques des patient-e-s concerné-e-s pour les types d'hôpitaux inclus. Environ autant d'hommes que de femmes sont concernés dans l'ensemble. L'âge moyen des patient-e-s concerné-e-s est de 74,6 ans et 38,0 % d'entre eux ont subi une opération dans les deux semaines précédant la mesure (augmentation de 4,7 % par rapport à l'année précédente).

**Tableau 13: description de tous/toutes les participant-e-s avec une escarre de catégorie 1 à 4**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires n = 2445	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux n = 5452	Hôpitaux soins de base n = 4751	Cliniques spécialisées n = 1003	Total hôpitaux n = 13651
<b>Nombre de patient-e-s</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Nombre total des patient-e-s avec escarre</b>	<b>226 (9.2)</b>	<b>378 (6.9)</b>	<b>282 (5.9)</b>	<b>59 (5.9)</b>	<b>945 (6.9)</b>
<b>Nombres d'escarres</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexe féminin	102 (45.1)	188 (49.7)	151 (53.3)	31 (52.5)	472 (49.9)
Âge moyen (SD)	70.1 (15.2)	76.0 (12.3)	75.8 (13.2)	76.1 (10.9)	74.6 (13.5)
Intervention chirurgicale dans les deux dernières semaines	93 (41.2)	124 (32.8)	112 (39.7)	30 (50.8)	359 (38.0)

### 5.3.2 Risque d'escarre

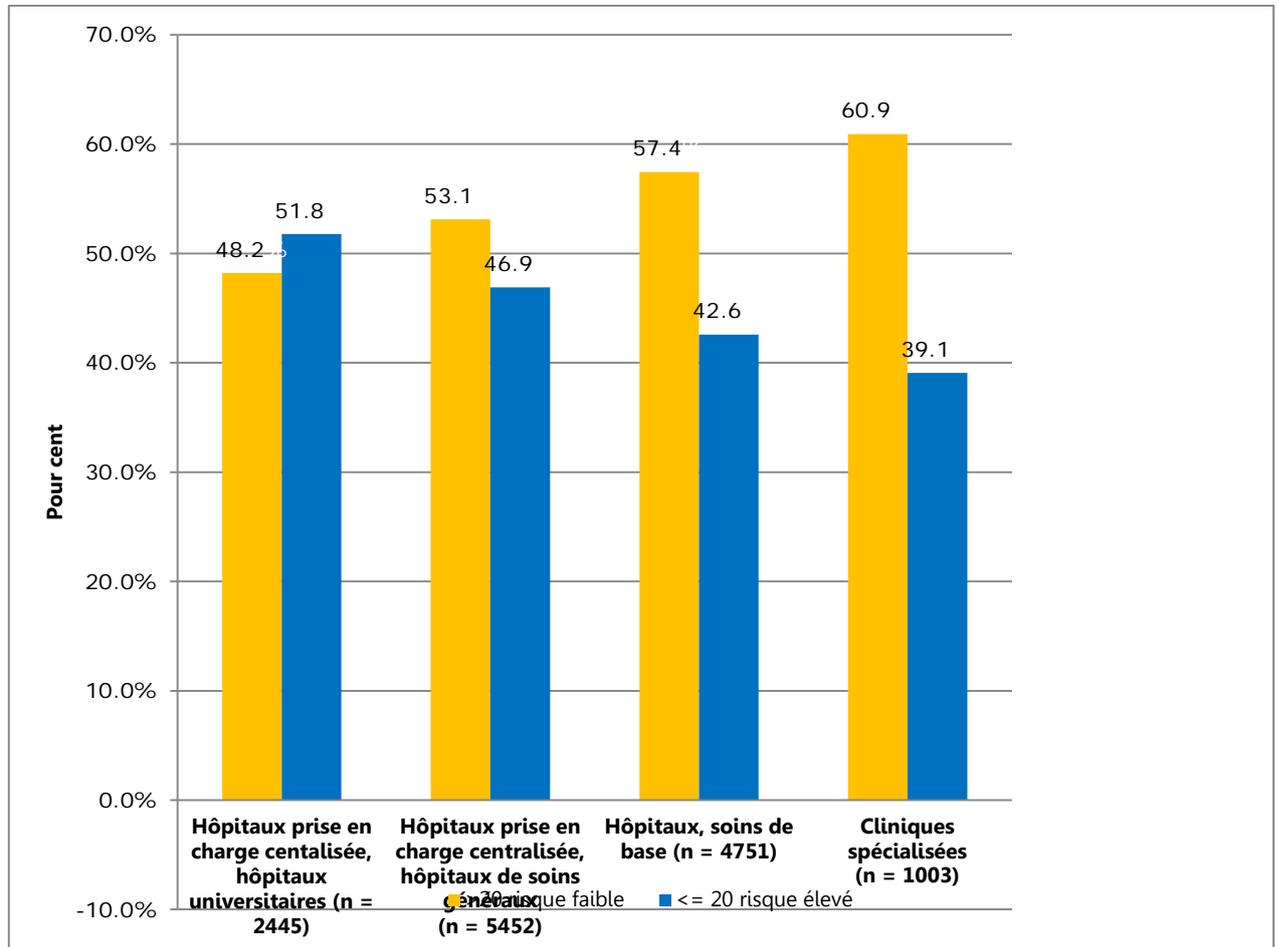
Le tableau 14 montre la répartition du risque d'escarres pour tous les patient-e-s participant-e-s par types d'hôpitaux selon l'échelle de Braden. Les patient-e-s sont divisé-e-s en trois groupes : les patient-e-s à haut risque (échelle de Braden : < 15 points), à faible risque (échelle de Braden : de 15 à 20 points) et les patient-e-s qui ne présentent aucun risque (échelle de Braden : > 20 points). Aucune différence marquante n'a pu être relevée en général dans les divers types d'hôpitaux par rapport aux groupes de risque. Seuls dans les hôpitaux universitaires, la part de patient-e-s ayant un risque élevé est plus importante que dans les autres types d'hôpitaux. La répartition en pourcentage des patient-e-s à risque dans tous les hôpitaux était pratiquement identique pour les années 2011 et 2012.

**Tableau 14: risque d'escarre selon l'échelle de Braden pour tous les patient-e-s**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
Patient-e-s à risque	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Risque élevé	304 (12.4)	404 (7.4)	252 (5.3)	53 (5.3)	1013 (7.4)
Risque faible	962 (39.3)	2152 (39.5)	1771 (37.3)	339 (33.8)	5224 (38.3)
Pas de risque	1179 (48.2)	2896 (53.1)	2728 (57.4)	611 (60.9)	7414 (54.3)
<b>Total</b>	<b>2454 (100)</b>	<b>5452 (100)</b>	<b>4751 (100)</b>	<b>1003 (100)</b>	<b>13651 (100)</b>

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

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



Le tableau 15 montre les différentes formes de prévalence des escarres pour tous les types d'hôpitaux. Il en ressort de légères différences entre les divers taux de prévalence, en particulier dans le domaine de la prévalence nosocomiale, à l'exception de la catégorie 1, entre les types d'hôpitaux.

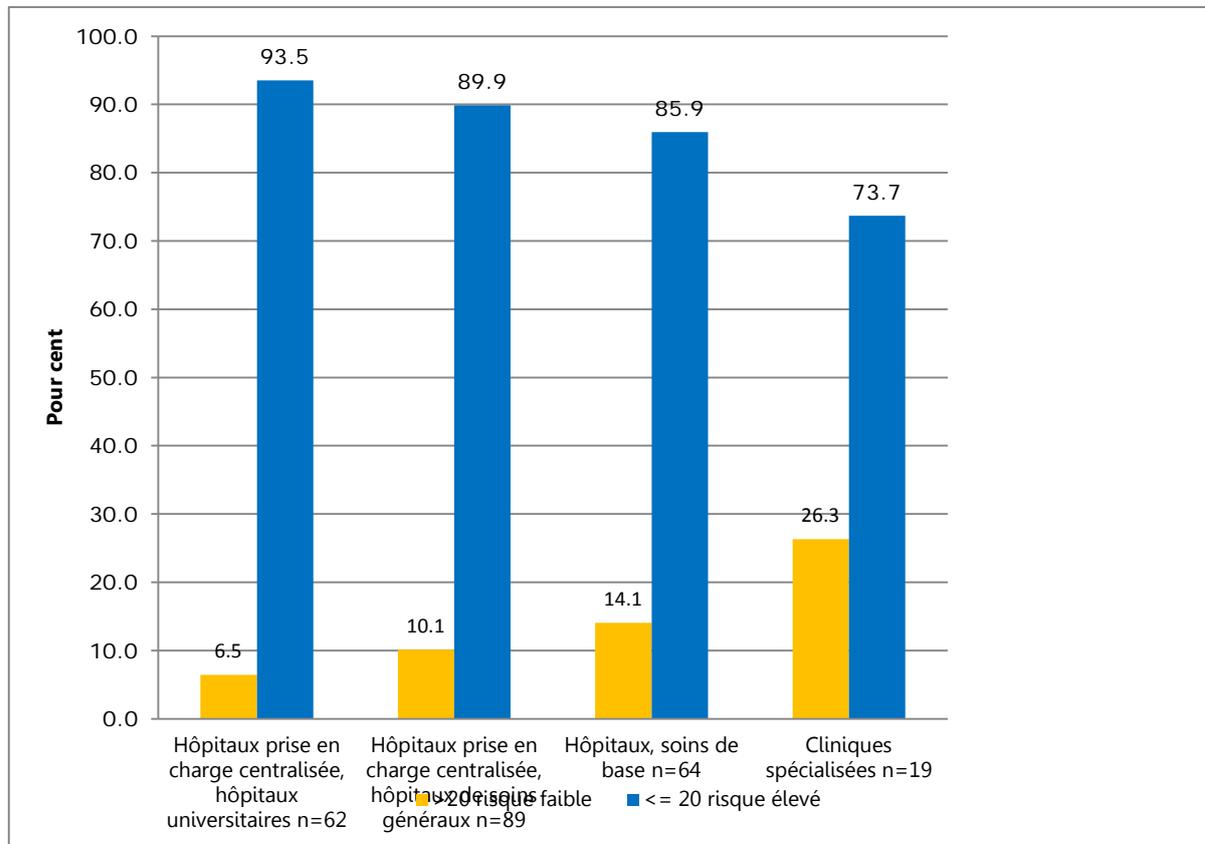
Par rapport à l'année précédente, la prévalence des escarres nosocomiales sur tous les types d'hôpitaux a diminué de 1,4 %. Dans les hôpitaux de prise en charge spécialisée, la diminution est de 0,2 %–1,6 %, tandis qu'une diminution plus importante entre 1,9 % et 3,5 % est visible dans les hôpitaux de soins de base et les cliniques spécialisées. Si la catégorie d'escarre 1 est exclue du taux de prévalence nosocomial, une légère augmentation (0,2 % et 0,4 %) du taux de prévalence est constatée dans les hôpitaux universitaires et les cliniques spécialisées. Le taux de prévalence d'escarres nosocomiales hors catégorie 1 chez les patient-e-s à risque est plus élevé de 1–1,9 % dans les hôpitaux universitaires que dans les autres types d'hôpitaux. De plus, avec une répartition similaire entre les types d'hôpitaux, il s'est avéré que la grande majorité (89 %) des participant-e-s présentant des escarres nosocomiales hors catégorie 1 appartenaient au groupe des patient-e-s à risque élevé.

**Tableau 15: différentes formes de prévalence des escarres**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
Prévalence des escarres	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Prévalence totale					
<b>2012</b>	<b>226 (9.2)</b>	<b>378 (6.9)</b>	<b>282 (5.9)</b>	<b>59 (5.9)</b>	<b>945 (6.9)</b>
2011	156 (10.7)	408 (9.4)	377 (8.6)	56 (10.4)	997 (9.4)
Prévalence sans catégorie 1					
<b>2012</b>	<b>97 (4.0)</b>	<b>183 (3.4)</b>	<b>140 (2.9)</b>	<b>33 (3.3)</b>	<b>453 (3.3)</b>
2011	61 (4.2)	176 (4.0)	178 (4.2)	12 (2.2)	427 (4.0)
Prévalence nosocomiale					
<b>2012</b>	<b>161 (6.6)</b>	<b>234 (4.3)</b>	<b>163 (3.4)</b>	<b>34 (3.4)</b>	<b>592 (4.4)</b>
2011	99 (6.8)	258 (5.9)	225 (5.3)	37 (6.9)	619 (5.8)
Prévalence nosocomiale sans catégorie 1					
<b>2012</b>	<b>62 (2.5)</b>	<b>89 (1.6)</b>	<b>64 (1.3)</b>	<b>19 (1.9)</b>	<b>234 (1.7)</b>
2011	34 (2.3)	93 (2.1)	85 (2.0)	8 (1.5)	220 (2.1)
<b>Total</b>					
<b>2012</b>	<b>2445 (100)</b>	<b>5452 (100)</b>	<b>4751 (100)</b>	<b>1003 (100)</b>	<b>13651 (100)</b>
2011	1461 (100)	4357 (100)	4246 (100)	536 (100)	10600 (100)
Prévalence sans catégorie 1 patient-e-s à risque s					
<b>2012</b>	<b>91 (7.2)</b>	<b>164 (6.4)</b>	<b>121 (6.0)</b>	<b>25 (6.4)</b>	<b>401 (6.4)</b>
2011	53 (7.0)	161 (8.1)	153 (8.1)	11 (4.5)	378 (7.7)
Prévalence nosocomiale sans catégorie 1 patient-e-s à risques					
<b>2012</b>	<b>58 (4.6)</b>	<b>80 (3.1)</b>	<b>55 (2.7)</b>	<b>14 (3.6)</b>	<b>208 (3.3)</b>
2011	30 (4.0)	85 (4.3)	72 (3.8)	8 (3.2)	195 (4.0)
Total patient-e-s à risques					
<b>2012</b>	<b>1265 (100)</b>	<b>2556 (100)</b>	<b>2022 (100)</b>	<b>392 (100)</b>	<b>6235 (100)</b>
2011	754 (100)	1999 (100)	1882 (100)	247 (100)	4882 (100)

La figure 5 indique le nombre et la répartition en pourcentage des participant-e-s avec une escarre nosocomiale hors catégorie 1, selon les catégories de risque correspondant à la répartition des risques LPZ par type d'hôpital. Parmi les divers types d'hôpitaux, de faibles différences sont remarquées entre les patient-e-s avec une escarre nosocomiale hors catégorie 1, selon les catégories de risque correspondant à la répartition des risques LPZ. La part de patient-e-s à risque dans la prise en charge spécialisée, les hôpitaux généraux et les soins de base était de 4 % à 8 % plus basse que dans les hôpitaux universitaires. Par rapport à l'année précédente, la part de participant-e-s dans les cliniques spécialisées présentant un risque élevé a diminué de 26,3 %, ce qui peut néanmoins être lié au faible taux de chutes dans ce type d'hôpitaux. De plus, avec une répartition similaire entre les types d'hôpitaux, il s'est avéré que la grande majorité des participant-e-s présentant des escarres nosocomiales hors catégorie 1 appartiennent au groupe des personnes à risque élevé.

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



\*n = Nombre de patient-e-s concerné-e-s avec une escarre nosocomiale hors catégorie 1 par type d'hôpital

Dans le tableau 16 sont représentées les valeurs relatives aux personnes avec une escarre de catégorie 1 à 4 selon l'estimation des risques à l'aide de l'échelle de Braden. Les participant-e-s sont divisé-e-s en trois groupes : patient-e-s à haut risque (score Braden : < 15 points), à faible risque (score Braden : de 15 à 20 points) et les patient-e-s qui ne présentent aucun risque (score Braden : > 20 points). Là encore, il n'y avait généralement pas de grandes différences entre les résultats des différents types d'hôpitaux. La part des patient-e-s sans risque était plus faible dans les hôpitaux universitaires que dans les autres types d'hôpitaux. Ici aussi, la répartition en pourcentage des participant-e-s avec un risque d'escarre élevé sur les catégories d'escarres était pratiquement identique à l'année précédente.

**Tableau 16 : degré d'escarre le plus élevé indiqué selon le risque d'escarre d'après Braden\***

		Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
Escarres	Patient-e-s à risque	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Pas d'escarre</b>	Pas de risque	1156 (47.6)	2857 (52.6)	2672 (56.6)	597 (59.8)	7282 (53.6)
	Risque faible	854 (35.2)	1938 (35.7)	1606 (34.0)	305 (30.6)	4703 (34.6)
	Risque élevé	193 (7.9)	261 (4.8)	164 (3.5)	38 (3.8)	656 (4.8)
<b>Catégorie 1</b>	Pas de risque	16 (0.7)	15 (0.3)	22 (0.5)	4 (0.)	57(0.4)
	Risque faible	73 (3.0)	128 (2.4)	89 (1.9)	15 (1.5)	305 (2.2)
	Risque élevé	53 (2.2)	59 (1.1)	36 (0.8)	7 (0.7)	155 (1.1)
<b>Catégorie 2</b>	Pas de risque	4 (0.2)	15 (0.3)	12 (0.3)	6 (0.6)	37 (0.3)
	Risque faible	13 (0.5)	50 (0.9)	52 (1.1)	13 (1.3)	128 (0.9)
	Risque élevé	34 (1.4)	46 (0.8)	30 (0.6)	5 (0.5)	115 (0.8)
<b>Catégorie 3</b>	Pas de risque	0 (0.0)	1 (0.0)	4 (0.1)	1 (0.1)	6 (0.0)
	Risque faible	4 (0.2)	18 (0.3)	9 (0.2)	2 (0.2)	33 (0.2)
	Risque élevé	8 (0.3)	20 (0.4)	8 (0.2)	1 (0.1)	37 (0.3)
<b>Catégorie 4</b>	Pas de risque	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.0)	1 (0.1)	3 (0.0)
	Risque faible	8 (0.3)	9 (0.2)	6 (0.1)	1 (0.1)	24 (0.2)
	Risque élevé	12 (0.5)	15 (0.3)	12 (0.3)	2 (0.2)	41 (0.3)
	<b>Total</b>	<b>2428 (100)</b>	<b>5432 (100)</b>	<b>4724 (100)</b>	<b>998 (100)</b>	<b>13582* (100)</b>

\* Pour 69 patient-e-s, il n'y a aucune donnée sur la catégorie d'escarre la plus élevée donnée

Comme l'indique le tableau 17, les taux de prévalence nosocomiale hors escarres de catégorie 1 présentait des valeurs tout aussi faibles dans les différents types d'unités de soins.

**Tableau 17: prévalence nosocomiale, hors catégorie 1, par unité de soins dans les types d'hôpitaux**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires n = 2445	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux n = 5452	Hôpitaux soins de base n = 4751	Cliniques spécialisées n = 1003	Total hôpitaux n = 13651
Type d'unité de soins n	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Non chirurgicale <b>2012</b>	<b>16 (0.7)</b>	<b>31 (0.6)</b>	<b>22 (0.5)</b>	<b>2 (0.2)</b>	<b>71 (0.5)</b>
2011	5 (0.9)	41 (2.4)	21 (1.5)	0 (0)	67 (1.8)
Chirurgicale <b>2012</b>	<b>28 (1.2)</b>	<b>36 (0.7)</b>	<b>34 (0.7)</b>	<b>7 (0.7)</b>	<b>105 (0.8)</b>
2011	19 (2.8)	34 (1.6)	38 (1.8)	1 (0.4)	92 (1.8)
Soins intensifs <b>2012</b>	<b>14 (0.6)</b>	<b>10 (0.2)</b>	<b>4 (0.1)</b>	<b>0 (0.0)</b>	<b>28 (0.2)</b>
2011	7 (9.2)	9 (10.2)	6 (9.4)	0 (0)	22 (9.4)
Soins continus/soins continus de la chirurgie cardiaque <b>2012</b>	<b>3 (0.1)</b>	<b>1 (0.02)</b>	<b>0 (0.0)</b>	<b>0 (0.0)</b>	<b>4 (1.7)</b>
2011	3 (9.7)	1 (6.7)	2 (2.5)	0 (0.0)	6 (4.7)
Gériatrie aiguë <b>2012</b>	<b>1 (0.04)</b>	<b>6 (0.1)</b>	<b>1 (0.02)</b>	<b>3 (0.3)</b>	<b>11 (0.1)</b>
2011	0 (0.0)	4 (3.7)	11 (4.0)	3 (4.3)	18 (3.8)
Réadaptation <b>2012</b>	<b>0 (0.0)</b>	<b>0 (0.0)</b>	<b>0 (0.0)</b>	<b>3 (0.3)</b>	<b>3 (0.02)</b>
2011	0 (0.0)	1 (3.4)	0 (0.0)	1 (2.7)	2 (3.0)
Divers <b>2012</b>	<b>0 (0.0)</b>	<b>4 (0.1)</b>	<b>2 (0.04)</b>	<b>4 (0.4)</b>	<b>10 (0.07)</b>
2011	0 (0.0)	3 (2.8)	7 (4.8)	3 (2.0)	13 (3.0)
Obstétrique/ Maternité <b>2012</b>	<b>0 (0.0)</b>	<b>1 (0.02)</b>	<b>1 (0.02)</b>	<b>0 (0.0)</b>	<b>2 (0.1.)</b>
2011	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>62 (2.5)</b> 34 (2.3)	<b>89 (1.6)</b> 93 (2.1)	<b>64 (1.4)</b> 85 (2.0)	<b>19 (1.9)</b> 8 (1.5)	<b>234 (1.7)</b> 220 (2.1)

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

Au total, 234 personnes ont contracté une escarre hors catégorie 1 à l'hôpital, 52,6 % (n = 123) d'entre elles étaient des hommes. L'âge moyen était de 72,9 ans (minimum 27, maximum 99, écart-type +/- 14,3). Avec 73,7 ans (écart-type +/- 15,7), l'âge moyen des femmes concernées était moins élevé que celui des hommes (72,1 ans, écart-type +/- 13,0). Parmi les personnes concernées avec une escarre nosocomiale hors catégorie 1, 53,2 % (n = 59) des femmes et 45,5 % (n = 56) des hommes ont été opérés au cours des deux semaines précédant la mesure. Par rapport à l'année précédente, on constate de légers décalages relatifs à l'âge moyen (plus 1,5 an) et une opération dans les deux semaines précédentes (augmentation de 3,2 % chez les femmes et de 6,5 % pour les hommes).

Le tableau 18 décrit l'état de santé des patient-e-s participant-e-s avec une escarre nosocomiale hors catégorie 1 par types d'hôpitaux. Plusieurs réponses étaient possibles. Les plus fréquentes étaient les maladies cardiovasculaires (67,1 %) suivies des maladies de l'appareil moteur (42,7 %). Tout juste la moitié des participant-e-s présentait un besoin d'aide.

**Tableau 18 : pathologies et besoin d'aide des patient-e-s avec une escarre nosocomiale, hors catégorie 1**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires n = 2445	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux n = 5452	Hôpitaux soins de base n = 4751	Cliniques spécialisées n = 1003	Total hôpitaux n = 13651
<b>Maladies</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Total prévalence nosocomiale des escarres hors catégorie 1</b>	62 (26.5)	89 (38.0)	64 (27.4)	19 (8.1)	234 (100)
<b>Signes cliniques</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Maladie infectieuse	20 (32.3)	30 (33.7)	13 (20.3)	2 (10.5)	65 (27.8)
Cancer	15 (24.2)	24 (27.0)	14 (21.9)	5 (26.3)	58 (24.8)
Maladie endocrinienne, nutritionnel, métabol.	16 (25.8)	22 (24.7)	8 (12.5)	6 (31.6)	52 (22.2)
Diabète	9 (14.5)	34 (38.2)	11 (17.2)	2 (10.5)	56 (23.9)
Mal. du sang ou d'un organe hématopoïétique	10 (16.1)	15 (16.9)	6 (9.4)	7 (36.8)	38 (16.2)
Troubles psychiques	14 (22.6)	19 (21.3)	13 (20.3)	4 (21.1)	50 (21.4)
Démence	6 (9.7)	11 (12.4)	6 (9.4)	1 (5.3)	24 (10.3)
Maladie du système nerveux, sans AVC	7 (11.3)	14 (15.7)	4 (6.2)	1 (5.3)	26 (11.1)
Maladie yeux/oreilles	1 (1.6)	12 (13.5)	5 (7.8)	2 (10.5)	20 (8.5)
Lésion médullaire	1 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)
Maladie cardiaque ou vasculaire	36 (58.1)	63 (70.8)	45 (70.3)	13 (68.4)	157 (67.1)
Accident vasculaires cérébral/hémiplégie	6 (9.7)	11 (12.4)	11 (17.2)	0 (0.0)	28 (12.0)
Mal. des voies resp., nez/amygdales	26 (41.9)	29 (32.6)	15 (23.4)	3 (15.8)	73 (31.2)
Mal. du système digestif	16 (25.8)	37 (41.6)	14 (21.9)	3 (15.8)	70 (29.9)
Mal. reins, voies urinaires, org. sexuels	23 (37.1)	39 (43.8)	19 (29.7)	7 (36.8)	88 (37.6)

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires n = 2445	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux n = 5452	Hôpitaux soins de base n = 4751	Cliniques spécialisées n = 1003	Total hôpitaux n = 13651
<b>Maladies</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Maladies de la peau	4 (6.5)	11 (12.4)	6 (9.4)	3 (15.8)	24 (10.3)
Maladies de l'appareil locomoteur	19 (30.6)	34 (38.2)	33 (51.6)	14 (73.7)	100 (42.7)
Anomalie congénitale	1 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)
Traumatisme ou séquelles d'accident	11 (17.7)	15 (16.9)	13 (20.3)	3 (15.8)	42 (17.9)
Prothèse totale de la hanche	4 (6.5)	7 (7.9)	12 (18.8)	4 (21.1)	27 (11.5)
Impossibilité d'établir un diagnostic précis	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Autres	7 (11.3)	16 (18.0)	8 (12.5)	2 (10.5)	33 (14.1)

\* Plusieurs mentions

<b>Soins nécessaires</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Dépendance d'une aide pour les activités de la vie quotidienne (ADL)	27 (43.5)	51 (57.3)	32 (50.0)	5 (26.3)	115 (49.1)
Dépendance d'une aide pour les tâches ménagères (HDL)	17 (27.4)	43 (48.3)	26 (40.6)	4 (21.1)	90 (38.5)

Le tableau 19 fournit des informations sur la catégorie de dépendance aux soins des patient-e-s participant-e-s avec une escarre nosocomiale hors catégorie 1. Dans l'ensemble, on voit que les patient-e-s participant-e-s avec une escarre nosocomiale de catégorie 2 à 4 ont été le plus souvent évalué-e-s comme étant dépendant-e-s de manière prépondérante (26,1 %) ou partiellement dépendant-e-s (27,8 %). La catégorie complètement dépendant-e-s a été nettement plus souvent indiquée dans les types d'hôpitaux de prise en charge spécialisée que dans les soins de base ou les cliniques spécialisées.

**Tableau 19: dépendance aux soins des patient-e-s avec une escarre nosocomiale, hors catégorie 1**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires n = 2445	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux n = 5452	Hôpitaux soins de base n = 4751	Cliniques spécialisées n = 1003	Total hôpitaux n = 13651
Dépendance aux soins	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Dépendance complète	11 (17.7)	16 (18.0)	3 (4.7)	0 (0.0)	30 (12.8)
Dépendance prépondérante	17 (27.4)	27 (30.3)	13 (20.3)	4 (21.1)	61 (26.1)
Dépendance partielle	19 (30.6)	25 (28.1)	19 (29.7)	2 (10.5)	65 (27.8)
Indépendance prépondérante	9 (14.5)	12 (13.5)	24 (37.5)	5 (26.3)	50 (21.4)
Indépendance complète	6 (9.7)	9 (10.1)	5 (7.8)	8 (42.1)	28 (12.0)
<b>Total prévalence nosocomiale des escarres hors catégorie 1</b>	<b>62 (100)</b>	<b>89 (100)</b>	<b>64 (100)</b>	<b>19 (100)</b>	<b>234 (100)</b>

### 5.3.4 Fréquence des escarres

Le tableau 20 indique le nombre d'escarres par catégorie et type d'hôpital. On peut remarquer des différences entre les pourcentages relatifs aux escarres (à l'exception des cliniques spécialisées) dans les diverses unités de soins. La plupart des escarres de catégorie 1 ont été relevées dans les hôpitaux universitaires (en 2011, c'était le cas des cliniques spécialisées). Les escarres de catégories 2 et 3 ont été mesurées le plus souvent dans les soins de base. La plupart des escarres de catégorie 4 ont été mesurées dans la prise en charge spécialisée des hôpitaux universitaires et dans les soins de base (l'année précédente dans la prise en charge spécialisée des hôpitaux généraux et dans les soins de base).

**Tableau 20 : nombre total d'escarres selon la catégorie d'escarre la plus élevée et le type d'hôpital**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
Escarres	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Catégorie 1	129 (57.1)	195 (51.6)	142 (50.4)	26 (44.1)	492 (52.1)
Catégorie 2	64 (28.3)	117 (31.0)	98 (34.8)	25 (42.4)	304 (32.2)
Catégorie 3	14 (6.2)	41 (10.8)	20 (7.1)	4 (6.8)	79 (8.4)
Catégorie 4	19 (8.4)	25 (6.6)	22 (7.8)	4 (6.8)	70 (7.4)
<b>Total</b>	<b>226 (100)</b>	<b>378 (100)</b>	<b>282 (100)</b>	<b>59 (100)</b>	<b>945 (100)</b>

Le tableau 21 indique le nombre d'escarres nosocomiales selon la catégorie la plus élevée et le type d'hôpital. On peut remarquer des différences entre les pourcentages relatifs aux escarres dans les diverses unités de soins. La plupart des escarres nosocomiales de catégorie 1 ont été relevées dans les hôpitaux de prise en charge spécialisée (hôpitaux universitaires et hôpitaux généraux). L'année précédente, il s'agissait des cliniques spécialisées. Les escarres de catégorie 2 ont été mesurées le plus souvent dans les cliniques spécialisées (2011 soins de base et prise en charge spécialisée, hôpitaux généraux) et celles de catégorie 3 dans la prise en charge spécialisée des hôpitaux généraux. Tout comme l'année précédente, la catégorie 4 a été relevée le plus souvent dans les cliniques universitaires.

**Tableau 21 : escarres nosocomiales selon la catégorie d'escarre la plus élevée et le type d'hôpital**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
Escarres	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Catégorie 1	108 (67.5)	147 (63.1)	101 (62.0)	15 (44.1)	371 (62.9)
Catégorie 2	38 (23.8)	65 (27.9)	52 (31.9)	18 (52.9)	173 (29.3)
Catégorie 3	5 (3.1)	14 (6.0)	7 (4.3)	1 (2.9)	27 (4.6)
Catégorie 4	9 (5.6)	7 (3.0)	3 (1.8)	0 (0.0)	19 (3.2)
<b>Total</b>	<b>160 (100)</b>	<b>233 (100)</b>	<b>163 (100)</b>	<b>34 (100)</b>	<b>590* (100)</b>

\* Pour 2 patient-e-s, il n'y a aucune donnée sur la catégorie d'escarre la plus élevée donnée

Le tableau 22 décrit la localisation sur le corps des escarres. Au total, 1431 blessures ont été constatées sur les 945 participant-e-s. Une escarre a été constatée chez 64,6 % des participant-e-s et deux blessures chez 24,8 % des participant-e-s. 6,2 % des personnes concernées présentaient 3 blessures. Chez les autres participant-e-s ayant des escarres, entre 4 et 7 blessures ont été diagnostiquées. La partie du corps la plus fréquemment touchée par les escarres est le talon avec 41,9 % des cas, suivi du sacrum (31,7 %) et du siège (32,4 %). En dehors du talon (baisse de 6,7 %), la localisation était pratiquement similaire à l'année de mesure 2011.

**Tableau 22: localisation des plaies sur le corps selon le type d'hôpital**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
Localisation des parties du corps	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Occiput	2 (0.9)	2 (0.5)	2 (0.7)	1 (1.7)	7 (0.7)
Visage	4 (1.8)	11 (2.9)	1 (0.4)	0 (0.0)	16 (1.7)
Oreille ga (gauche)	7 (3.1)	15 (4.0)	3 (1.1)	0 (0.0)	25 (2.6)
Oreille dr (droit-e)	6 (2.7)	16 (4.2)	4 (1.4)	0 (0.0)	26 (2.8)
Coude ga	13 (5.8)	20 (5.3)	13 (4.6)	3 (5.1)	49 (5.2)
Coude dr	13 (5.8)	15 (4.0)	14 (5.0)	3 (5.1)	45 (4.8)
Sacrum	72 (31.9)	117 (31.0)	88 (31.2)	23 (39.0)	300 (31.7)
Siège ga	43 (19.0)	65 (17.2)	41 (14.5)	6 (10.2)	155 (16.4)
Siège dr	40 (17.7)	61 (16.1)	44 (15.6)	6 (10.2)	151 (16.0)
Hanche ga	0 (0.0)	10 (2.6)	2 (0.7)	2 (3.4)	14 (1.5)
Hanche dr	1 (0.4)	5 (1.3)	5 (1.8)	1 (1.7)	12 (1.3)
Cheville ga	5 (2.2)	8 (2.1)	5 (1.8)	1 (1.7)	19 (2.0)
Cheville dr	4 (1.8)	13 (3.4)	7 (2.5)	2 (3.4)	26 (2.8)
Talon ga	48 (21.2)	70 (18.5)	60 (21.3)	12 (20.3)	190 (20.1)
Talon dr	61 (27.0)	77 (20.4)	59 (20.9)	9 (15.3)	206 (21.8)
Autre localisation ga	20 (8.8)	47 (12.4)	35 (12.4)	5 (8.5)	107 (11.3)
Autre localisation dr	18 (8.0)	35 (9.2)	28 (9.9)	2 (3.4)	83 (8.8)
<b>Total lésions</b>	<b>357</b>	<b>587</b>	<b>411</b>	<b>76</b>	<b>1431</b>
<b>Total patient-e-s</b>	<b>226 (100)</b>	<b>378 (100)</b>	<b>282 (100)</b>	<b>59 (100)</b>	<b>945 (100)</b>

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

Pratiquement comme l'année précédente, 60,5 % des escarres dataient de moins de deux semaines, un bon tiers des escarres avaient entre 2 semaines et 3 mois et seul un petit nombre d'entre elles étaient présentes depuis plus longtemps (tableau 23). Les données concernaient la période allant jusqu'au jour du relevé.

**Tableau 23: durée de l'escarre**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires n = 2445	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux n = 5452	Hôpitaux soins de base n = 4751	Cliniques spécialisées n = 1003	Total hôpitaux n = 13651
<b>Durée des escarres</b>	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Escarres depuis ≤ 2 semaines	143 (63.3)	224 (59.1)	175 (62.1)	30 (50.8)	572 (60.5)
Escarres depuis > 2 semaines et ≤ 3 mois	68 (30.1)	133 (35.2)	80 (28.4)	25 (42.4)	306 (32.3)
Escarres depuis > 3 mois et ≤ 6 mois	9 (4.0)	12 (3.2)	13 (4.6)	0 (0.0)	34 (3.6)
Escarres depuis > 6 mois et ≤ 12 mois	7 (3.1)	4 (4.1)	8 (2.8)	1 (1.7)	20 (2.1)
Escarres depuis > 1 année	8 (3.5)	19 (5.0)	15 (5.3)	2 (3.4)	44 (4.7)
<b>Total patient-e-s avec des escarres</b>	<b>226 (100)</b>	<b>378 (100)</b>	<b>282 (100)</b>	<b>59 (100)</b>	<b>945 (100)</b>

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

### 5.3.5 Douleurs

Dans l'ensemble, 233 participant-e-s souffraient de douleurs dues à des escarres. L'intensité des douleurs la plus fréquente était de 7 et plus, sur une échelle de 0 à 10, dans les soins de base. Cela signifie que ces personnes souffraient de douleurs aiguës. Dans ce secteur de soins, un total de 28,0 % des personnes ayant des escarres souffraient de douleurs. Parmi ces personnes, 16,5 % souffraient de douleurs d'une intensité de 7 points ou plus. Les participant-e-s souffrant le plus rarement de douleurs étaient ceux des hôpitaux universitaires (17,7 %), dont 12,5 % ont indiqué une intensité des douleurs de 7 et plus (voir tableau 24). Par rapport à l'année précédente, on note que la douleur moyenne sur tous les types d'hôpitaux présente un niveau semblable et que l'intensité dans tous les types d'hôpitaux a diminué d'env. 2 points. La part totale de participant-e-s avec une intensité des douleurs > 7 est stable.

**Tableau 24: patient-e-s avec des douleurs dues à une escarre par type d'hôpital**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires n = 2445	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux n = 5452	Hôpitaux soins de base n = 4751	Cliniques spécialisées n = 1003	Total hôpitaux n = 13651
<b>Nombres de patient-e-s</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Total des patient-e-s avec escarres</b>	226 (100)	378 (100)	282 (100)	59 (100)	945 (100)
<b>Douleurs (oui)</b>	40 (17.7)	96 (25.4)	79 (28.0)	18 (30.5)	233 (24.7)
<b>Valeur moyenne relative aux douleurs (SD+/-)</b>	4.0 (2.1)	3.9 (2.0)	4.0 (2.3)	3.8 (2.2)	3.95 (2.1)
<b>Intensité des douleurs ≥ 7 patient-e-s avec douleurs</b>	5 (12.5)	14 (14.6)	13 (16.5)	2 (11.1)	34 (14.6)

### 5.3.6 Mesures de prévention

Cette partie décrit les mesures de prévention appliquées (c'est-à-dire les mesures de prévention générales, les matelas ou surmatelas de prévention des escarres, les moyens auxiliaires pour la position assise) pour les patient-e-s à risque et pour les patient-e-s avec des escarres.

Différentes autres mesures de prévention générale ont été prises pour les patient-e-s à risque. Le tableau 25 les résume. Plusieurs réponses étaient possibles. Les patient-e-s à risque participant-e-s ont indiqué le plus souvent qu'aucune mesure de prévention générale n'était appliquée dans les hôpitaux universitaires. Dans le cadre des interventions, la promotion de l'activité physique (nouvelle catégorie 2012) et les soins de la peau étaient au premier plan dans tous les types d'hôpitaux.

**Tableau 25 : mesures de prévention et moyens auxiliaires chez les patient-e-s ayant un risque d'escarre par type d'hôpital**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées
<b>Mesures de prévention</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Reposit. selon. horaire indiv. préétabli	345 (27.3)	805 (31.5)	540 (26.7)	72 (18.4)
Stimuler la mobilisation	692 (54.7)	1640 (64.2)	1288 (63.7)	275 (70.2)
Prév./correct. déficits nutrition ou liquid	341 (27.0)	729 (28.5)	416 (20.6)	108 (27.6)
Info patient-e/proches assumant des soins	293 (23.2)	827 (32.4)	570 (28.2)	172 (43.9)
Réduction de la pression sur d'autres emplacements du corps à risque	158 (12.5)	391 (15.3)	271 (13.4)	61 (15.6)
Réduction de la pression sur les talons	333 (26.3)	801 (31.3)	592 (29.3)	154 (39.3)
Pommades ou crèmes pour la protection de la peau	563 (44.5)	1318 (51.6)	1007 (49.8)	214 (54.6)
Autre mesure	56 (4.4)	174 (6.8)	111 (5.5)	28 (7.1)
Aucune mesure	289 (22.8)	422 (16.5)	373 (18.4)	37 (9.4)
<b>Autres moyens auxiliaires</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Protection du coude	33 (2.6)	8 (0.3)	14 (0.7)	4 (1.0)
Protection des talons	43 (3.4)	84 (3.3)	69 (3.4)	50 (12.8)
Peaux de mouton et similaires	6 (0.5)	13 (0.5)	14 (0.7)	5 (1.3)
Autre moyen	76 (6.0)	206 (8.1)	142 (7.0)	28 (7.1)
Aucun	1122 (88.7)	2269 (88.8)	1804 (89.2)	308 (78.6)
<b>Total (n=6235)</b>	<b>1265 (100)</b>	<b>2556 (100)</b>	<b>2022 (100)</b>	<b>392 (100)</b>

Les divers matelas anti-escarres utilisés pour les patient-e-s à risque sont représentés dans le tableau 26 par type d'hôpital. Si des matelas anti-escarres ont été utilisés, ce sont les matelas en mousse visco-élastique qui ont été utilisés le plus souvent.

**Tableau 26 : matelas/surmatelas de prévention des escarres comme mesure de prévention chez les patient-e-s ayant un risque d'escarre par type d'hôpital**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées
<b>Matelas/Surmatelas</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Matelas dynamique à basse pression alternée	101 (8.0)	113 (4.4)	94 (4.6)	6 (1.5)
Lit à air	57 (4.5)	23 (0.9)	19 (0.9)	2 (0.5)
Matelas en mousse latex refroidie	39 (3.1)	218 (8.5)	199 (9.8)	36 (9.2)
Matelas en mousse visco-élastique	648 (51.2)	683 (26.7)	472 (23.3)	73 (18.6)
Autres	20 (1.6)	456 (17.8)	306 (15.1)	47 (12.0)
Pas de matelas ou surmatelas de prévention des escarres	400 (31.6)	1063 (41.6)	932 (46.1)	228 (58.2)
<b>Total (n=6235)</b>	<b>1265 (100)</b>	<b>2556 (100)</b>	<b>2022 (100)</b>	<b>392 (100)</b>

Le tableau 27 indique les mesures préventives pour la position assise chez les patient-e-s à risque. S'il y a eu recours à des coussins, alors ils sont le plus souvent en mousse. Environ un tiers de patient-e-s à risque participant-e-s n'a bénéficié d'aucune mesure de prévention en position assise. Parmi les réponses proposées, la réponse « non approprié » a souvent été sélectionnée, c.-à-d. que les patient-e-s n'ont pas pu être mobilisé-e-s.

**Tableau 27 : mesures de prévention en position assise chez les patient-e-s ayant un risque d'escarre par type d'hôpital**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées
<b>Coussins</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Coussin de gel	28 (2.2)	27 (1.1)	31 (1.5)	6 (1.5)
Coussin d'air	5 (0.4)	15 (0.6)	13 (0.6)	3 (0.8)
Coussin à picots	4 (0.3)	8 (0.3)	5 (0.2)	0 (0.0)
Coussin à mousse	83 (6.6)	162 (6.3)	161 (8.0)	64 (16.3)
Autre coussin	45 (3.6)	154 (6.0)	120 (5.9)	20 (5.1)
Pas de coussin de prévention des escarres	596 (47.1)	1524 (59.6)	1207 (59.7)	169 (43.1)
Non pertinent	504 (39.8)	666 (26.1)	485 (24.0)	130 (33.2)
<b>Total (n=6235)</b>	<b>1265 (100)</b>	<b>2556 (100)</b>	<b>2022 (100)</b>	<b>392 (100)</b>

Les mesures de prévention générales et les moyens auxiliaires utilisés chez les participant-e-s ayant des escarres sont résumés dans le tableau 28. Plusieurs réponses étaient possibles. Chez les personnes concernées avec escarres dans les hôpitaux de prise en charge spécialisée ainsi que les soins de base, 4,8-10,6 % des personnes ont indiqué qu'aucune mesure de prévention générale n'avait été prise et dans le cadre des interventions, la promotion de l'activité physique (nouvelle catégorie 2012) et les soins de la peau sont de nouveau au premier plan. Dans ces types d'hôpitaux le recours à d'autres moyens auxiliaires n'était pas considéré dans environ les deux tiers des cas.

**Tableau 28 : mesures préventives générales et moyens auxiliaires chez les patient-e-s avec escarres par type d'hôpital**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées
Mesures	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Reposit. selon. horaire indiv. préétabli	97 (42.9)	219 (57.9)	129 (45.7)	19 (32.2)
Stimuler la mobilisation	132 (58.4)	256 (67.7)	204 (72.3)	49 (83.1)
Prév./correct. déficits nutrition ou liquid	94 (41.6)	169 (44.7)	81 (28.7)	24 (40.7)
Info patient-e/proches assumant des soins	63 (27.9)	143 (37.8)	95 (33.7)	25 (42.4)
Réduction de la pression sur d'autres emplacements du corps à risque	56 (24.8)	129 (34.1)	74 (26.2)	15 (25.4)
Réduction de la pression sur les talons	109 (48.2)	214 (56.6)	140 (49.6)	38 (64.4)
Pommades ou crèmes pour la protection de la peau	137 (60.6)	265 (70.1)	187 (66.3)	32 (54.2)
Autre mesure	21 (9.3)	37 (9.8)	30 (10.6)	6 (10.2)
Aucune mesure	24 (10.6)	18 (4.8)	19 (6.7)	1 (1.7)
Autres moyens auxiliaires	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Protection du coude	19 (8.4)	4 (1.1)	2 (0.7)	0 (0.0)
Protection des talons	22 (9.7)	41 (10.8)	25 (8.9)	5 (8.5)
Peaux de mouton et similaires	4 (1.8)	4 (1.1)	4 (1.4)	1 (1.7)
Autre moyen	24 (10.6)	55 (14.6)	36 (12.8)	7 (11.9)
Aucun	166 (73.5)	290 (76.7)	221 (78.4)	47 (79.7)
<b>Total</b>	<b>226 (100)</b>	<b>378 (100)</b>	<b>282 (100)</b>	<b>59 (100)</b>

Comme indiqué dans le tableau 29, des matelas en mousse visco-élastique étaient également utilisés le plus souvent pour les participant-e-s avec escarre. Tout comme pour les patient-e-s à risque, 40,7 % des personnes concernées avec escarre ont indiqué qu'aucun matelas ou surmatelas n'était utilisé. Des matelas à pression alternée étaient plus souvent utilisés dans les hôpitaux universitaires que dans les autres types d'hôpitaux.

**Tableau 29 : matelas et surmatelas de prévention des escarres comme mesure préventive chez les patient-e-s avec escarre par type d'hôpital**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées
<b>Matelas/Surmatelas</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Matelas dynamique à basse pression alternée	50 (22.1)	53 (14.0)	35 (12.4)	5 (8.5)
Lit à air	29 (12.8)	14 (3.7)	10 (3.5)	1 (1.7)
Matelas en mousse latex refroidie	9 (4.0)	34 (9.0)	26 (9.2)	5 (8.5)
Matelas en mousse visco-élastique	84 (37.2)	95 (25.1)	83 (29.4)	12 (20.3)
Autres	4 (1.8)	56 (14.8)	41 (14.5)	12 (20.3)
Pas de matelas ou surmatelas de prévention des escarres	50 (22.1)	126 (33.3)	86 (30.5)	24 (40.7)
<b>Total (n=945)</b>	<b>226 (100)</b>	<b>378 (100)</b>	<b>282 (100)</b>	<b>59 (100)</b>

Le tableau 30 indique les mesures préventives pour la position assise chez les participant-e-s avec escarre. S'il y a eu recours à des coussins, alors ils sont le plus souvent en mousse. Un peu plus de 40 % des personnes concernées avec escarre n'ont bénéficié d'aucune mesure préventive pour la position assise. Parmi les réponses proposées, la réponse « non approprié » a souvent été sélectionnée, c.-à-d. que les patient-e-s n'ont pas pu prendre de position assise.

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

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées
<b>Coussins</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Coussin de gel	6 (2.7)	10 (2.6)	10 (3.5)	4 (6.8)
Coussin d'air	2 (0.9)	12 (3.2)	6 (2.1)	0 (00)
Coussin à picots	1 (0.4)	2 (0.5)	2 (0.7)	1 (1.7)
Coussin à mousse	28 (12.4)	43 (11.4)	27 (9.6)	10 (16.9)
Autre coussin	16 (7.1)	41 (10.8)	36 (12.8)	3 (5.1)
Pas de coussin de prévention des escarres	98 (43.4)	187 (49.5)	140 (49.6)	25 (42.4)
Non pertinent	75 (33.2)	83 (22.0)	61 (21.6)	16 (27.1)
<b>Total (n=945)</b>	<b>226 (100)</b>	<b>378 (100)</b>	<b>282 (100)</b>	<b>59 (100)</b>

### 5.3.7 Traitement des escarres

Les tableaux 31 à 34 représentent le traitement de l'escarre des catégories 1 à 4, où le produit utilisé ou la méthode appliquée sont indiqués, dès lors que ces derniers touchent le fond de la plaie. Étant donné qu'une personne peut avoir plusieurs escarres, le nombre de plaies traitées peut être supérieur au nombre de patient-e-s concerné-e-s. Le tableau 35 indique que des pansements sont utilisés également pour les escarres de catégorie 1.

**Tableau 31 : pansements pour escarres de catégorie 1 par type d'hôpital**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées
<b>Matériel de pansement</b>	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Alginate	0 (0.0)	1 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
Pansement sec	7 (5.4)	8 (4.1)	3 (2.1)	0 (0.0)
Film protecteur	25 (19.4)	3 (1.6)	4 (2.8)	0 (0.0)
Compresses pommadées et pommades antibactériennes	7 (5.4)	11 (5.7)	19 (13.4)	3 (12.0)
Pansements antibactériens	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Tulles grasses	0 (0.0)	2 (1.0)	1 (0.7)	0 (0.0)
Hydrocolloïdes	15 (11.6)	22 (11.4)	12 (8.5)	5 (20.0)
Pansement autoadhésif en mousse	3 (2.3)	8 (4.1)	8 (5.6)	1 (4.0)
Hydrogel	0 (0.0)	2 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Hydrofibre	0 (0.0)	1 (0.5)	1 (0.7)	0 (0.0)
Thérapie par pression négative	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.4)	0 (0.0)
Autres traitements des plaies	13 (10.1)	19 (9.8)	11 (7.7)	2 (8.0)
Aucun	126 (97.7)	214 (110.9)	147 (103.5)	26 (104.0)
<b>Total des patient-e-s avec des escarres de catégorie 1</b>	<b>129 (100)</b>	<b>193 (100)</b>	<b>142 (100)</b>	<b>25 (100)</b>

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

Le tableau 32 indique que des pansements sont très peu utilisés pour les escarres de catégorie 2.

**Tableau 32 : traitement des plaies d'escarres de catégorie 2 par type d'hôpital**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées
<b>Matériel de pansement</b>	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Alginates	1 (1.6)	2 (1.7)	1 (1.0)	0 (0.0)
Pansement sec	2 (3.2)	16 (13.7)	11 (11.2)	3 (12.0)
Film protecteur	3 (4.8)	2 (1.7)	1 (1.0)	0 (0.0)
Compresse pommadées et pommades antibactériennes	5 (7.9)	8 (6.8)	6 (6.1)	3 (12.0)
Pansements antibactériens	2 (3.2)	0 (0.0)	1 (1.0)	0 (0.0)
Tulles grasses	7 (11.1)	2 (1.7)	4 (4.1)	2 (8.0)
Hydrocolloïdes	22 (34.9)	49 (41.9)	30 (30.6)	8 (32.0)
Pansement autoadhésif en mousse	6 (9.5)	18 (15.4)	8 (8.2)	2 (8.0)
Hydrogel	3 (4.8)	1 (0.9)	3 (3.1)	0 (0.0)
Hydrofibre	1 (1.6)	7 (6.0)	12 (12.2)	2 (8.0)
Thérapie par pression négative	0 (0.0)	2 (1.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
Autres traitements des plaies	7 (11.1)	17 (14.5)	11 (11.2)	1 (4.0)
Aucun	31 (49.2)	55 (47.0)	41 (41.8)	8 (32.0)
<b>Total des patient-e-s avec des escarres de catégorie 2</b>	<b>63 (100)</b>	<b>117 (100)</b>	<b>98 (100)</b>	<b>25 (100)</b>

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

Le tableau 33 indique que des pansements sont très peu utilisés pour les escarres de catégorie 3.

**Tableau 33 : traitement des plaies d'escarres de catégorie 3 par type d'hôpital**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées
<b>Matériel de pansement</b>	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Alginates	2 (14.3)	4 (9.8)	2 (10.0)	0 (0.0)
Pansement sec	1 (7.1)	8 (19.5)	2 (10.0)	1 (25.0)
Film protecteur	3 (21.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Compresse pommadées et pommades antibactériennes	0 (0.0)	1 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
Pansements antibactériens	2 (14.3)	2 (4.9)	3 (15.0)	2 (50.0)
Tulles grasses	1 (7.1)	3 (7.3)	1 (5.0)	0 (0.0)
Hydrocolloïdes	3 (21.4)	11 (26.8)	5 (25.0)	0 (0.0)
Pansement autoadhésif en mousse	3 (21.4)	7 (17.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
Hydrogel	2 (14.3)	5 (12.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
Hydrofibre	0 (0.0)	4 (9.8)	3 (15.0)	1 (25.0)
Thérapie par pression négative	1 (7.1)	2 (4.9)	2 (10.0)	0 (0.0)
Autres traitements des plaies	5 (35.7)	8 (19.5)	3 (15.0)	0 (0.0)
Aucun	9 (64.3)	15 (36.6)	10 (50.0)	0 (0.0)
<b>Total des patient-e-s avec des escarres de catégorie 3</b>	<b>14 (100)</b>	<b>41 (100)</b>	<b>20 (100)</b>	<b>4 (100)</b>

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

Le tableau 34 indique que des pansements sont peu utilisés même pour les escarres de catégorie 4.

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

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées
<b>Matériel de pansement</b>	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Alginates	4 (21.1)	3 (12.0)	0 (0.0)	1 (25.0)
Pansement sec	5 (26.3)	10 (40.0)	5 (22.7)	0 (0.0)
Film protecteur	3 (15.8)	0 (0.0)	2 (9.1)	0 (0.0)
Compresse pomadées et pommades antibactériennes	1 (5.3)	0 (0.0)	1 (4.5)	0 (0.0)
Pansements antibactériens	5 (26.3)	1 (4.0)	0 (0.0)	2 (50.0)
Tulles grasses	4 (21.1)	0 (0.0)	4 (18.2)	0 (0.0)
Hydrocolloïdes	0 (0.0)	1 (4.0)	1 (4.5)	0 (0.0)
Pansement autoadhésif en mousse	1 (5.3)	5 (20.0)	5 (22.7)	0 (0.0)
Hydrogel	3 (15.8)	1 (4.0)	2 (9.1)	0 (0.0)
Hydrofibre	0 (0.0)	2 (8.0)	2 (9.1)	0 (0.0)
Thérapie par pression négative	2 (10.5)	5 (20.0)	9 (40.9)	1 (25.0)
Autres traitements des plaies	2 (10.5)	4 (16.0)	6 (27.3)	0 (0.0)
Aucun	9 (47.4)	13 (52.0)	3 (13.6)	1 (25.0)
<b>Total des patient-e-s avec des escarres de catégorie 4</b>	<b>19 (100)</b>	<b>25 (100)</b>	<b>22 (100)</b>	<b>4 (100)</b>

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

### 5.3.8 Indicateurs de structure « Escarres »

Les indicateurs de structure ont été mesurés au niveau des hôpitaux (tableau 35) et des unités de soins (tableau 36). Chaque indicateur indique une grande dispersion entre les types d'hôpitaux. De fortes différences ont été notées entre les types d'hôpitaux au sujet de la présence d'indicateurs de structure relatifs aux escarres au niveau des hôpitaux (cf. tableau 35). Au total, il existe avant tout des informations standardisées pour le transfert, un standard ou une directive pour la prévention des escarres, pour le traitement et la gestion du matériel de prévention. La présence d'un spécialiste pour surveiller la mise à jour de la directive a été indiquée dans les trois quarts des hôpitaux. En revanche, le nombre de brochures informatives destinées aux patient-e-s est relativement bas.

**Tableau 35: indicateurs de structure pour les escarres au niveau des hôpitaux**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total Alle Spitäler
<b>Indicateurs de structure « Escarres »</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Informations standardisées lors du transfert	4 (80.0)	42 (84.0)	83 (87.4)	25 (69.4)	155 (82.8)
Standard/directive pour la prévention et le traitement des escarres	5 (100)	44 (88.0)	78 (82.1)	20 (55.6)	147 (79.0)
Personne désignée à vérifier et actualiser le standard	5 (100.0)	46 (92.0)	76 (80.0)	18 (50.0)	145 (78.0)
Standard/directive pour la gestion du matériel de prévention	4 (80.0)	34 (68.0)	63 (66.3)	21 (58.3)	122 (65.6)
Formation continue durant les 2 dernières années	4 (80.0)	33 (66.0)	54 (56.8)	14 (38.9)	105 (56.5)
Groupe multidisciplinaire spécialisé dans le domaine des escarres	3 (60.0)	28 (56.0)	38 (40.0)	9 (25.0)	78 (41.9)
Brochure d'informations	1 (20.0)	2 (4.0)	14 (14.7)	3 (8.3)	20 (10.8)
<b>Total hôpitaux (sites) *</b>	<b>5 (100)</b>	<b>50 (100)</b>	<b>95 (100)</b>	<b>36 (100)</b>	<b>186 (100)</b>

De fortes différences ont été remarquées entre les types d'hôpitaux au sujet de la présence d'indicateurs de structure relatifs aux escarres au niveau des unités de soins (cf. tableau 36). Dans l'ensemble, le matériel de prévention, la documentation des mesures mises en place dans les documents des patient-e-s, les informations standardisées lors du transfert ainsi que le relevé des risques d'escarres sont les plus fréquemment disponibles. Selon les réponses fournies, la proportion de brochures informatives est la plus basse par rapport aux autres éléments.

**Tableau 36: indicateurs de structure pour les escarres au niveau des unités de soins**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
Indicateurs de structure « Escarres	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Mise à disposition du matériel de prévention et traitement (24h)	202 (93.1)	471 (98.3)	483 (99.0)	75 (94.9)	1231 (97.5)
Documentation des mesures appliquées	202 (93.1)	452 (94.4)	465 (95.3)	71 (89.9)	1190 (94.2)
Informations standardisées lors de transfert	198 (91.2)	415 (86.6)	405 (83.0)	58 (73.4)	1076 (85.2)
Saisie et documentation du risque d'escarre..	177 (81.6)	428 (89.4)	429 (87.9)	54 (68.4)	1088 (86.1)
Application du standard vérifié systématiquement	125 (57.6)	338 (70.6)	305 (62.5)	29 (36.7)	797 (63.1)
Personne spécialisée pour la prise en charge des escarres	121 (55.8)	305 (63.7)	231 (47.3)	30 (38.0)	687 (54.4)
Colloques multidisciplinaires	43 (19.8)	289 (60.3)	199 (40.8)	40 (50.6)	571 (45.2)
Brochure d'informations	4 (1.8)	50 (10.4)	52 (10.7)	2 (2.5)	108 (8.6)
<b>Total unités de soins</b>	<b>217 (100)</b>	<b>479 (100)</b>	<b>488 (100)</b>	<b>79 (100)</b>	<b>1263 (100)</b>

Dans l'ensemble, la disponibilité est comparable à celle de l'année précédente à la fois pour les indicateurs de qualité au niveau de l'hôpital et pour les indicateurs au niveau des unités de soins. À l'exception des indicateurs « Spécialiste pour surveiller/mettre à jour la directive » (augmentation de 9 % au niveau des hôpitaux) et « Informations standardisées lors du transfert » (baisse de 13 % au niveau des unités de soins), seuls de petits décalages sont visibles dans la plage des 2 à 6,5 % pour chaque indicateur.

## 5.4 Résultats pour l'indicateur « Chute »

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

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

Au total, 18,2 % (moins 1,6 % par rapport à 2011) des patient-e-s participant-e-s sont tombés au moins une fois durant les 30 jours précédant la mesure, que ce soit avant ou pendant l'hospitalisation. Comme en 2011, env. trois quarts des chutes sont survenues avant l'hospitalisation. La majorité des personnes victimes d'une chute dans les 30 derniers jours était de sexe féminin (58,2 %). L'âge moyen des personnes victimes d'une chute, tous types d'hôpitaux confondus, était de 72,4 ans (écart-type +/- 15,9 ans) et 31,5 % des personnes concernées ont été opérées dans les deux semaines précédant la mesure.

Le tableau 37 présente les caractéristiques Sexe, Âge ainsi qu'une opération dans les deux semaines précédant la mesure chez les patient-e-s tombé-e-s (avant/après l'hospitalisation) selon le type d'hôpital.

**Tableau 37: description des patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital)**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires		Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux		Hôpitaux soins de base		Cliniques spécialisées		Total hôpitaux	
	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée
<b>Nombre de patient-e-s</b>	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
<b>Nombre total de patient-e-s ayant chuté</b>	273 (73.2)	100 (26.8)	839 (78.6)	229 (21.4)	765 (85.0)	135 (15.0)	96 (67.1)	47 (32.9)	1973 (76.0)	511 (24.0)
<b>Nombre des chutes</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexe féminin	150 (75.8)	48 (24.2)	508 (81.8)	113 (18.2)	473 (87.3)	69 (12.7)	56 (65.9)	29 (34.1)	1187 (82.1)	259 (17.9)
Âge moyen en années (SD)	68.7 (17.2)	68.2 (17.3)	73.5 (15.4)	74.3 (14.6)	72.1 (16.4)	74.4 (14.4)	68.4 (15.2)	79.7 (8.1)	72.0 (16.1)	73.6 (14.9)
A subi une intervention chirurgicale dans les 2 dernières semaines	98 (80.3)	24 (19.7)	279 (87.5)	40 (12.5)	249 (89.6)	29 (10.4)	53 (82.8)	11 (17.2)	679 (86.7)	104 (13.3)

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

### 5.4.2 Prévalence « Chute »

Ici, le taux de prévalence global des hôpitaux universitaires est de 15,3 % et ceux des autres types d'hôpitaux de 17,6 % (moyenne). La différence est plus faible qu'en 2011, où la valeur des hôpitaux universitaires était de 14,5 % et celle des autres types d'hôpitaux 20,5 %. Dans l'année de mesure 2012, un plus petit nombre (moins 1 %) de chutes survenues pendant l'hospitalisation a été relevé (moyenne 20,6 %). Pour l'ensemble des participant-e-s, la prévalence moyenne des chutes survenues à l'hôpital est de 3,8 % pour tous les types d'hôpitaux. C'est 0,5 % de moins que l'année précédente.

Le tableau 38 montre que la prévalence des chutes durant l'hospitalisation varie au sein de chaque type d'hôpital (de 2,9 % à 4,7 %). En 2012 aussi, le taux des chutes survenues à l'hôpital est le plus élevé dans les cliniques spécialisées. Mais il a baissé de 2,4 % par rapport à 2011.

**Tableau 38: taux de prévalence des chutes par type d'hôpital**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
Prévalence des chutes	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Chutes avant l'entrée à l'hôpital					
<b>2012</b>	<b>273 (11.2)</b>	<b>839 (15.4)</b>	<b>765 (16.0)</b>	<b>96 (9.6)</b>	<b>1973 (14.4)</b>
2011	162 (11.1)	692 (15.9)	714 (16.8)	70 (13.1)	1638 (15.5)
Chutes après l'entrée à l'hôpital					
<b>2012</b>	<b>100 (4.1)</b>	<b>229 (4.2)</b>	<b>135 (2.9)</b>	<b>47 (4.7)</b>	<b>511 (3.8)</b>
2011	50 (3.4)	197 (4.5)	168 (4.0)	38 (7.1)	453 (4.3)
Pas de chute					
<b>2012</b>	<b>2029 (83.0)</b>	<b>4285 (78.6)</b>	<b>3800 (80.0)</b>	<b>847 (84.5)</b>	<b>10961 (80.3)</b>
2011	1224 (83.8)	3383 (77.6)	3304 (77.8)	423 (78.9)	8334 (78.6)
Inconnu					
<b>2012</b>	<b>42 (1.7)</b>	<b>99 (1.8)</b>	<b>50 (1.1)</b>	<b>12 (1.2)</b>	<b>203 (1.5)</b>
2011	25 (1.7)	85 (1.9)	61 (1.4)	5 (0.9)	176 (1.7)
<b>Total</b>					
<b>2012</b>	<b>2444 (100)</b>	<b>5452 (100)</b>	<b>4750 (100)</b>	<b>1002 (100)</b>	<b>13648 (100)</b>
2011	1462 (100)	4360 (100)	4247 (100)	537 (100)	10606 (100)

\*Le taux des chutes se base sur le nombre de patient-e-s participant à la mesure et NON sur le nombre de patient-e-s hospitalisé-e-s au moment de la mesure. Les indications sont incomplètes pour 3 patient-e-s en 2012.

Au total, des chutes répétées (2x et plus) sont survenues chez 21,5 % des patient-e-s. Comme l'indique le tableau 39, les chutes répétées, sauf pour les cliniques spécialisées, ont été mesurées la plupart du temps en dehors de la période d'hospitalisation.

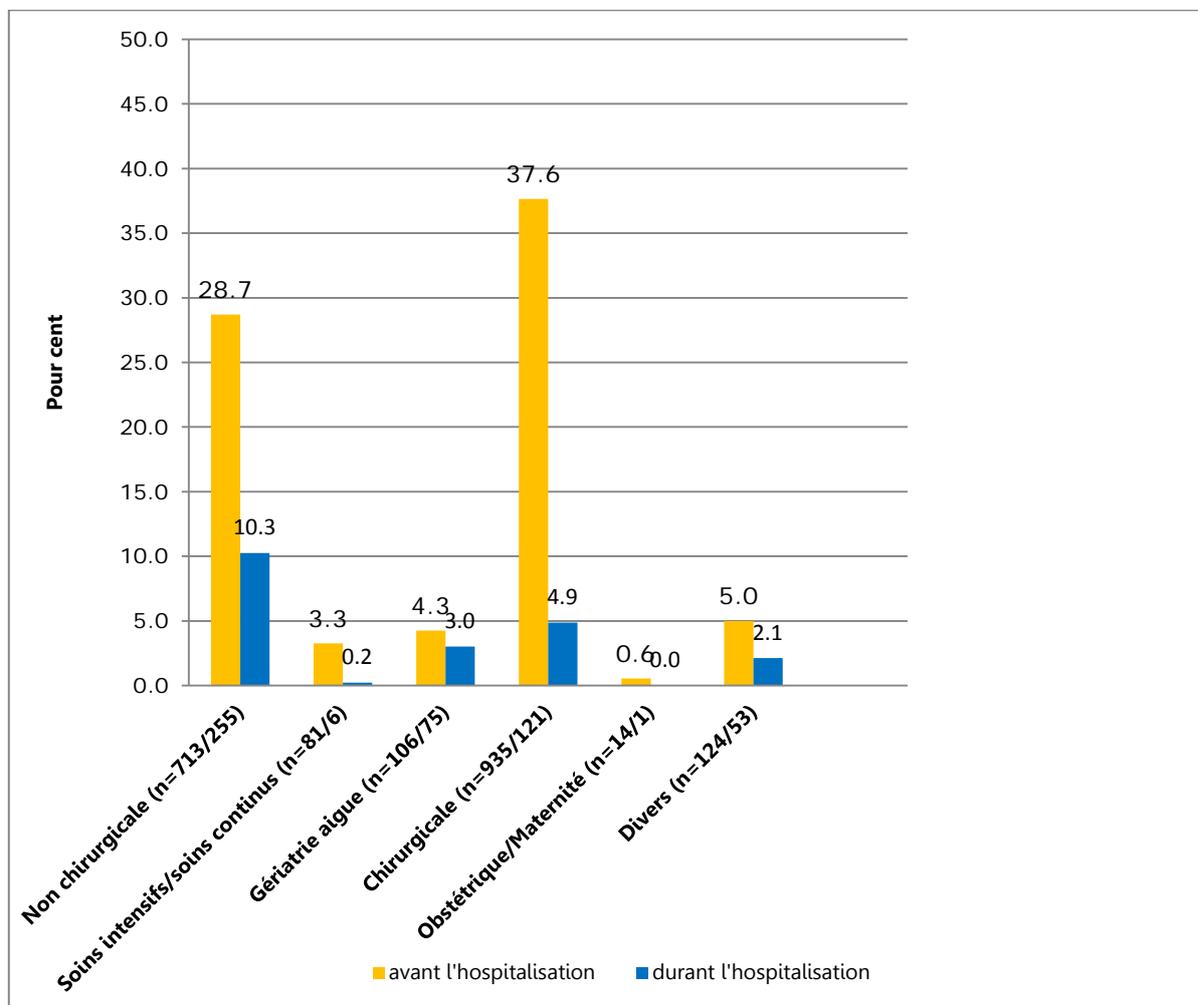
**Tableau 39: chutes répétées par type d'hôpital et lieu de la chute**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires		Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux		Hôpitaux soins de base		Cliniques spécialisées		Total hôpitaux	
	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée
<b>Prévalence des chutes</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1 x	225 (75.5)	73 (24.5)	689 (82.2)	149 (17.8)	610 (87.3)	89 (12.7)	83 (71.6)	33 (28.4)	1607 (82.4)	344 (17.6)
2 x	31 (63.3)	18 (36.7)	73 (54.5)	61 (45.5)	92 (77.3)	27 (22.7)	9 (50.0)	9 (50.0)	205 (64.1)	115 (35.9)
3 x	8 (72.7)	3 (27.3)	29 (82.9)	6 (17.1)	31 (86.1)	5 (13.9)	0 (0.0)	2 (100)	68 (81.0)	16 (19.0)
> 3 x	9 (60.0)	6 (40.0)	48 (78.7)	13 (21.3)	32 (69.6)	14 (30.4)	4 (57.1)	3 (42.9)	93 (72.1)	36 (27.9)
<b>Total des patient-e-s avec une chute (n = 2484)</b>	<b>273 (73.2)</b>	<b>100 (26.8)</b>	<b>839 (78.6)</b>	<b>229 (21.4)</b>	<b>765 (85.0)</b>	<b>135 (15.0)</b>	<b>96 (67.1)</b>	<b>47 (32.9)</b>	<b>1973 (79.4)</b>	<b>511 (20.6)</b>

### 5.4.3 Prévalence par type de service

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

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



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

Le tableau 40 représente la répartition des chutes selon le lieu de la chute (avant/après hospitalisation) et l'unité de soins dans les divers types d'hôpitaux. Ici aussi, on voit que dans tous les types d'hôpitaux, environ deux tiers à quatre cinquièmes des chutes ont eu lieu avant l'hospitalisation et que la majorité des patient-e-s ayant subi une chute étaient hospitalisé-e-s avant d'intégrer un service chirurgical ou non chirurgical. Les services chirurgicaux et non chirurgicaux affichent le résultat le plus élevé au sujet du nombre de chutes survenues après l'hospitalisation, sans compter les cliniques spécialisées. Au sein des cliniques spécialisées, les types de services « Gériatrie aiguë » et « Réadaptation » ont obtenu un résultat considérable.

**Tableau 40: répartition des chutes par type d'unité de soins avant et après l'entrée à l'hôpital et par types d'hôpitaux**

Type d'unité de soins	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires		Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux		Hôpitaux soins de base		Cliniques spécialisées	
	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Non chirurgicale	89 (23.9)	53 (14.2)	327 (30.6)	121 (11.3)	296 (32.9)	81 (9.0)	1 (0.7)	0 (0.0)
Soins intensifs	17 (4.6)	0 (0.0)	20 (1.9)	2 (0.2)	22 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Soins continus/soins continus de la chirurgie cardiaque								
Gériatrie aiguë	6 (1.6)	1 (0.3)	9 (0.8)	0 (0.0)	7 (0.8)	3 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
Psychiatrie	9 (2.4)	3 (0.8)	45 (4.2)	40 (3.7)	43 (4.8)	7 (0.8)	9 (6.3)	25 (17.5)
Chirurgicale	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.1)	7 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Court séjour	138 (37.0)	36 (9.7)	409 (38.3)	45 (4.2)	346 (38.4)	34 (3.8)	42 (29.4)	6 (4.2)
Divers	4 (1.1)	0 (0.0)	1 (0.1)	0 (0.0)	8 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Réadaptation	8 (2.1)	7 (1.9)	22 (2.1)	14 (1.3)	36 (4.0)	9 (1.0)	20 (14.0)	3 (2.1)
Obstétrique/Maternité	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	24 (16.8)	13 (9.1)
Total des patient-e-s avec une chute. (n = 2484)	2 (0.5)	0 (0.0)	5 (0.5)	0 (0.0)	7 (0.8)	1 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
	<b>273 (73.2)</b>	<b>100 (26.8)</b>	<b>839 (78.6)</b>	<b>229 (21.4)</b>	<b>765 (82.0)</b>	<b>135 (15.0)</b>	<b>96 (67.1)</b>	<b>47 (32.9)</b>

#### 5.4.4 Caractéristiques spécifiques des patient-e-s qui sont tombé-e-s

Le tableau 41 décrit les signes cliniques et le besoin d'aide des patient-e-s chez lesquels une chute est survenue dans les 30 jours avant la mesure. Les données sont représentées par types d'hôpitaux et lieu de la chute (avant/après hospitalisation). Plusieurs réponses étaient possibles. Les plus fréquentes étaient les maladies cardio-vasculaires (57,4 %), suivies des maladies de l'appareil moteur (29,8 %) ainsi que les maladies de l'appareil digestif (27,7 %). En moyenne, un peu plus de 30 % des participant-e-s avaient besoin d'aide.

**Tableau 41 maladies/besoin de soins du/de la patient-e qui a chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital par type d'hôpital)**

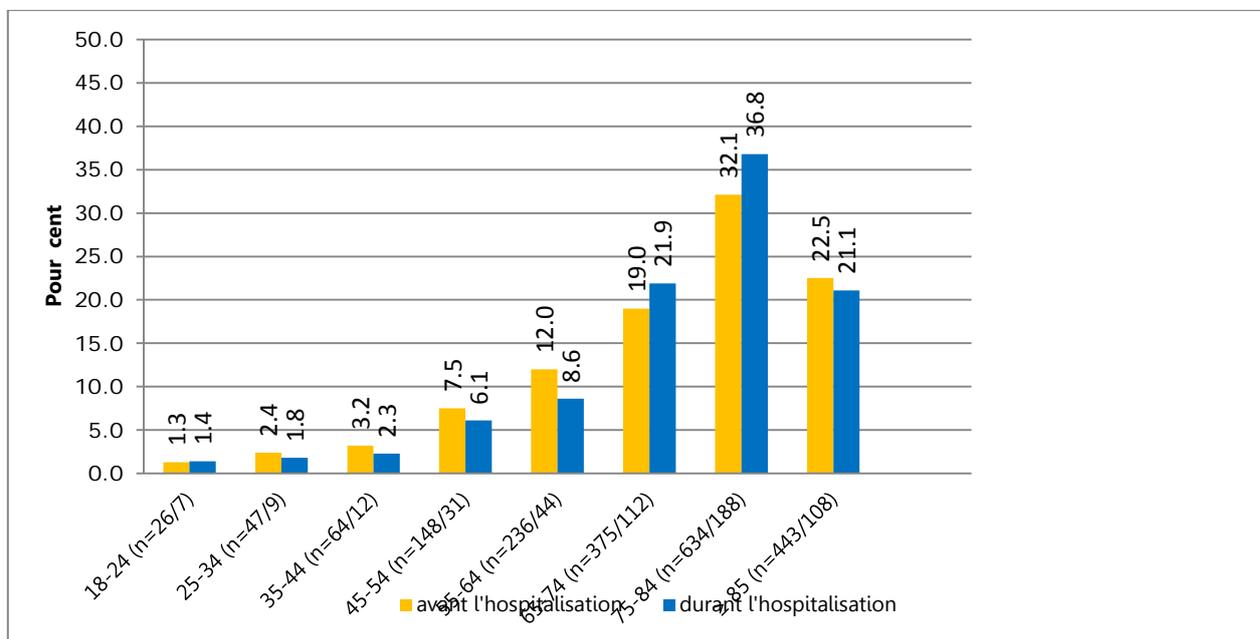
Maladies*	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires n = 373		Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux n = 1068		Hôpitaux soins de base n = 900		Cliniques spécialisées n = 143	
	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée t	avant l'entrée	après l'entrée
<b>Total des patient-e-s avec une chute</b>	<b>273 (73.2)</b>	<b>100 (26.8)</b>	<b>839 (78.6)</b>	<b>229 (21.4)</b>	<b>765 (82.0)</b>	<b>135 (15.0)</b>	<b>96 (67.1)</b>	<b>47 (32.9)</b>
<b>avec maladies</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Maladie (Mal.) infectieuse	38 (13.9)	14 (14.0)	96 (11.4)	47 (20.5)	87 (11.4)	19 (14.1)	5 (5.2)	8 (17.0)
Cancer	40 (14.7)	29 (29.0)	100 (11.9)	67 (29.3)	89 (11.6)	35 (25.9)	9 (9.4)	12 (25.5)
Maladie endocrinienne, nutritionnelle, métabol.	46 (16.8)	15 (15.0)	155 (18.5)	42 (18.3)	119 (15.6)	18 (13.3)	15 (15.6)	6 (12.8)
Diabète	44 (16.1)	13 (13.0)	138 (16.4)	51 (22.3)	112 (14.6)	35 (25.9)	15 (15.6)	10 (21.3)
Démence	23 (8.4)	11 (11.0)	91 (10.8)	44 (19.2)	73 (9.5)	20 (14.8)	3 (3.1)	15 (31.9)
Mal. du sang ou d'un organe hématopoïétique	17 (6.2)	7 (7.0)	84 (10.0)	41 (17.9)	82 (10.7)	18 (13.3)	3 (3.1)	2 (4.3)
Troubles psychiques	31 (11.4)	17 (17.0)	119 (14.2)	49 (21.4)	112 (14.6)	30 (22.2)	7 (7.3)	6 (12.8)
Maladie du système nerveux, sans AVC	49 (17.9)	13 (13.0)	93 (11.1)	40 (17.5)	92 (12.0)	21 (15.6)	4 (4.2)	6 (12.8)
Maladie yeux/oreilles	18 (6.6)	5 (5.0)	53 (6.3)	19 (8.3)	59 (7.7)	7 (5.2)	6 (6.2)	4 (8.5)
Lésion médullaire	2 (0.7)	0 (0.0)	2 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Maladie cardiaque ou vasculaire	145 (53.1)	47 (47.0)	508 (60.5)	148 (64.6)	420 (54.9)	88 (65.2)	49 (51.0)	27 (57.4)
Accident vasculaires cérébral/hémiplégie	26 (9.5)	12 (12.0)	84 (10.0)	21 (9.2)	70 (9.2)	16 (11.9)	3 (3.1)	6 (12.8)
Mal. des voies resp., nez/amygdales	55 (20.1)	18 (18.0)	160 (19.1)	63 (27.5)	133 (17.4)	33 (24.4)	15 (15.6)	6 (12.8)
Mal. du système digestif	59 (21.6)	26 (26.0)	166 (19.8)	77 (33.6)	153 (20.0)	42 (31.1)	8 (8.3)	13 (27.7)
Mal. reins, voies urinaires, org. sexuels	61 (22.3)	24 (24.0)	247 (29.4)	94 (41.0)	216 (28.2)	50 (37.0)	18 (18.8)	16 (34.0)
Maladies de la peau	20 (7.3)	3 (3.0)	21 (2.5)	17 (7.4)	33 (4.3)	5 (3.7)	3 (3.1)	0 (0.0)
Maladies de l'appareil locomoteur	75 (27.5)	16 (16.0)	315 (37.5)	77 (33.6)	341 (44.6)	51 (37.8)	63 (65.6)	14 (29.8)
Anomalie congénitale	0 (0.0)	1 (1.0)	3 (0.4)	2 (0.9)	9 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Traumatisme ou séquelles d'accident	90 (33.0)	8 (8.0)	291 (34.7)	31 (13.5)	192 (25.1)	8 (5.9)	19 (19.8)	8 (17.0)
Prothèse totale de la hanche	18 (6.6)	3 (3.0)	58 (6.9)	15 (6.6)	46 (6.0)	5 (3.7)	12 (12.5)	3 (6.4)
Impossibilité d'établir un diagnostic précis	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.1)	2 (0.9)	1 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Dépendance d'une aide pour les activités de la vie quotidienne (ADL)	32 (11.7)	14 (14.0)	104 (12.4)	32 (14.0)	92 (12.0)	14 (10.4)	8 (8.3)	1 (2.1)

Maladies*	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires n = 373		Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux n = 1068		Hôpitaux soins de base n = 900		Cliniques spécialisées n = 143	
	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée t	avant l'entrée	après l'entrée
<b>Total des patient-e-s avec une chute</b>	<b>273 (73.2)</b>	<b>100 (26.8)</b>	<b>839 (78.6)</b>	<b>229 (21.4)</b>	<b>765 (82.0)</b>	<b>135 (15.0)</b>	<b>96 (67.1)</b>	<b>47 (32.9)</b>
Dépendance d'une aide pour les tâches ménagères (HDL)	72 (26.4)	29 (29.0)	356 (42.4)	109 (47.6)	272 (35.6)	62 (45.9)	15 (15.6)	17 (36.2)
Autres	55 (20.1)	25 (25.0)	319 (38.0)	101 (44.1)	244 (31.9)	54 (40.0)	9 (9.4)	13 (27.7)

\* Plusieurs mentions

La figure 7 montre que parmi les participant-e-s, le groupe d'âge des 75 à 84 ans est le plus touché par les chutes avant et après l'hospitalisation.

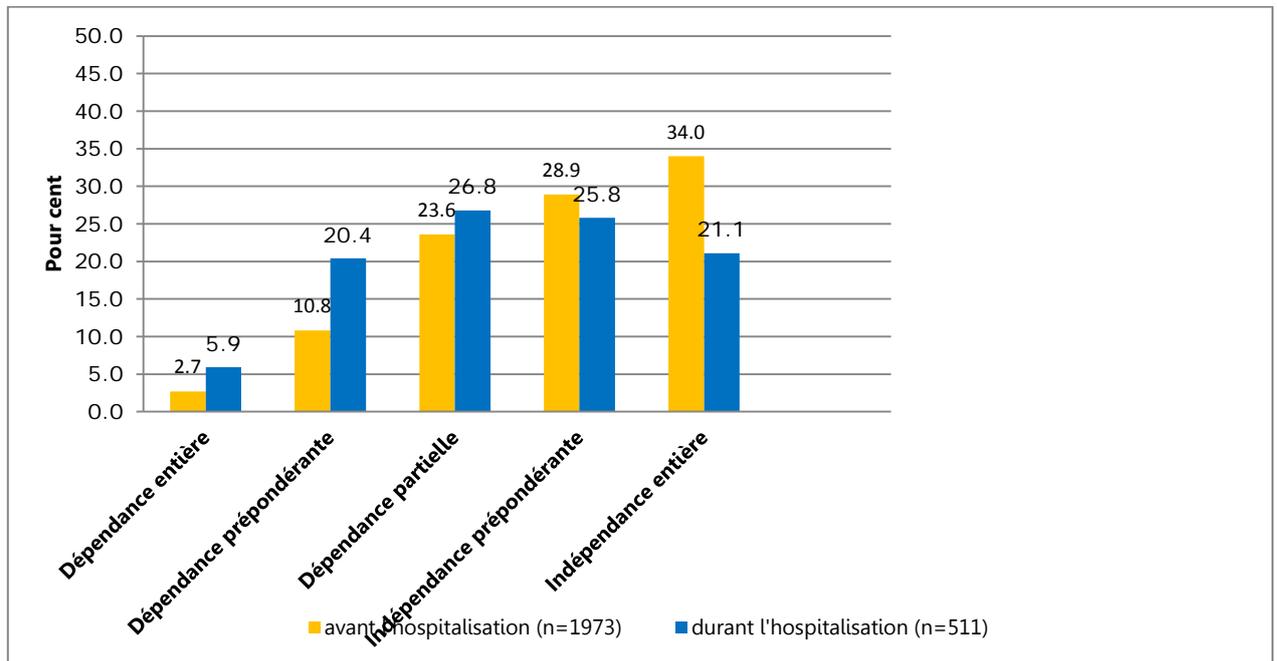
**Figure 7: patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital) par groupe d'âge en années\***



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

La figure 8 montre que le taux de chute augmente plus la dépendance aux soins des participant-e-s est jugée basse.

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



Pour 94,1 % (n = 481) des chutes survenues à l'hôpital, de plus amples informations sont fournies au sujet des conditions de la chute et de ses conséquences. Des informations relatives au moment de la chute ont été fournies pour 1857 cas de chute. Dans 39,4 % des cas, les données montrent que la chute est survenue entre 14h01 et 22h00 et 38,6 % pendant les horaires de l'équipe du matin soit entre 07h01 et 14h00. Les autres chutes ont eu lieu entre 22h01 et 07h00 (22 %).

Au sein de l'hôpital, les lieux de chute les plus fréquents sont : la chambre du patient (68,8 %, n = 331), la salle de bain ou les toilettes (20,8 %, n = 100). Les chutes en dehors de l'hôpital surviennent souvent en extérieur (33,1 %, n = 455) et dans la chambre (15,8 %, n = 217), le salon (13,1 %, n = 180) ou la salle de bain/les toilettes (8,4 %, n = 116).

Le tableau 42 indique que marcher ou se tenir debout sans aucune aide auxiliaire est la cause de chute la plus souvent avancée, ceci vaut pour tous les types d'hôpitaux et que la chute soit survenue avant ou après l'hospitalisation.

**Tableau 42: activité en cas de chute (avant/après l'entrée à l'hôpital) par type d'hôpital**

Activité précédant la chute	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires		Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux		Hôpitaux soins de base		Cliniques spécialisées	
	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Inconnu	15 (5.7)	2 (0.8)	31 (4.1)	9 (1.2)	32 (4.4)	10 (1.4)	4 (3.5)	1(0.9)
Déplacement ou position debout sans moyens auxiliaires /personne d'accompagnement	104 (39.5)	46 (17.5)	349 (45.9)	102 (13.4)	352 (48.9)	60 (8.3)	37 (32.7)	23 (20.4)
Déplacement ou position debout avec moyens auxiliaires / personne d'accompagnement	15 (5.7)	13 (4.9)	52 (6.8)	39 (5.1)	79 (11.0)	24 (3.3)	7 (6.2)	10 (8.8)
Position couchée ou assise au( bord du) lit	5 (1.9)	21 (8.0)	16 (2.1)	34 (4.5)	22 (3.1)	13 (1.8)	1 (0.9)	2 (1.8)
Position assise	15 (5.7)	5 (1.9)	31 (4.1)	19 (2.5)	26 (3.6)	13 (1.8)	1 (0.9)	7 (6.2)
Autre activité	17 (6.5)	5 (1.9)	64 (8.4)	15 (2.0)	83 (11.5)	6 (0.8)	18 (15.9)	2 (1.8)
<b>Nombre des participant-e-s tombé-e-s.* (n = 1857)</b>	<b>171 (65.0)</b>	<b>92 (35.0)</b>	<b>543 (71.4)</b>	<b>218 (28.6)</b>	<b>594 (82.5)</b>	<b>126 (17.5)</b>	<b>68 (60.2)</b>	<b>45 (39.8)</b>

\* basé sur les données à disposition

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

Parmi les causes principales des chutes, les problèmes de santé physique se trouvaient en tête (41,1 %) avec les facteurs liés à l'environnement (35,3 %). Les causes des chutes en dehors de l'hôpital n'étaient souvent pas connues. Les facteurs liés à l'environnement semblaient jouer un rôle majeur pour les chutes survenues en dehors de l'hôpital par rapport à celles survenues au sein de l'hôpital (cf. tableau 43).

**Tableau 43: causes principales pour les chutes (avant/après l'entrée à l'hôpital) par type d'hôpital**

Cause de la chute	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires		Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux		Hôpitaux soins de base		Cliniques spécialisées	
	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Problèmes de santé d'ordre somatique	73 (63.5)	42 (36.5)	210 (64.2)	117 (35.8)	216 (76.9)	65 (23.1)	17 (42.5)	23 (57.5)
Problèmes de santé d'ordre psychique	6 (26.1)	17 (73.9)	7 (17.9)	32 (82.1)	11 (42.3)	15 (57.7)	0 (0.0)	4 (100)
Conditions d'environnement (ou extrinsèques)	69 (76.7)	21 (23.3)	212 (84.8)	38 (15.2)	231 (88.2)	31 (11.8)	42 (79.2)	11 (20.8)
Inconnu	23 (65.7)	12 (34.3)	114 (78.6)	31 (21.4)	136 (90.1)	15 (9.9)	9 (56.2)	7 (43.8)
<b>Nombres des participant-e-s tombé-e-s (n = 1857)*</b>	171 (65.0)	92 (35.0)	543 (71.4)	218 (28.6)	594 (82.5)	126 (17.5)	68 (60.2)	45 (39.8)

\* basé sur les données à disposition

Pour 74,8 % (n = 1 857) des 2 484 chutes enregistrées, il est indiqué que la chute a engendré des blessures. Pour 1248 des cas, les blessures concrètes dues à la chute ont été décrites. Parmi les conséquences de la chute, 31,5 % sont des blessures minimales, 17,3 % des blessures moyennes, 39,9 % des blessures graves et enfin dans 11,3 % des cas une fracture de la hanche a été enregistrée. Pour ce qui est des chutes survenues à l'hôpital, des informations relatives aux conséquences de la chute ont été fournies pour 192 cas (37,6 %). Parmi les conséquences de la chute, 69,8 % sont des blessures minimales, 18,2 % des blessures moyennes et 8,3 % des blessures graves. Dans 3,7 % des cas de chute à l'hôpital, une fracture de la hanche a été engendrée. Selon la logique du formulaire LPZ, une réponse à la question relative aux conséquences de la chute est fournie uniquement s'il a été indiqué au préalable dans la question filtre correspondante que des données sur la dernière chute sont à disposition.

Le tableau 44 indique de grandes divergences dans la répartition des conséquences pour les chutes survenues en dehors et au sein de l'hôpital. Parmi les conséquences des chutes, les fractures de la hanche sont nettement plus fréquentes pour les chutes survenues avant l'hospitalisation. Un tel rapport explique très probablement la raison de l'hospitalisation.

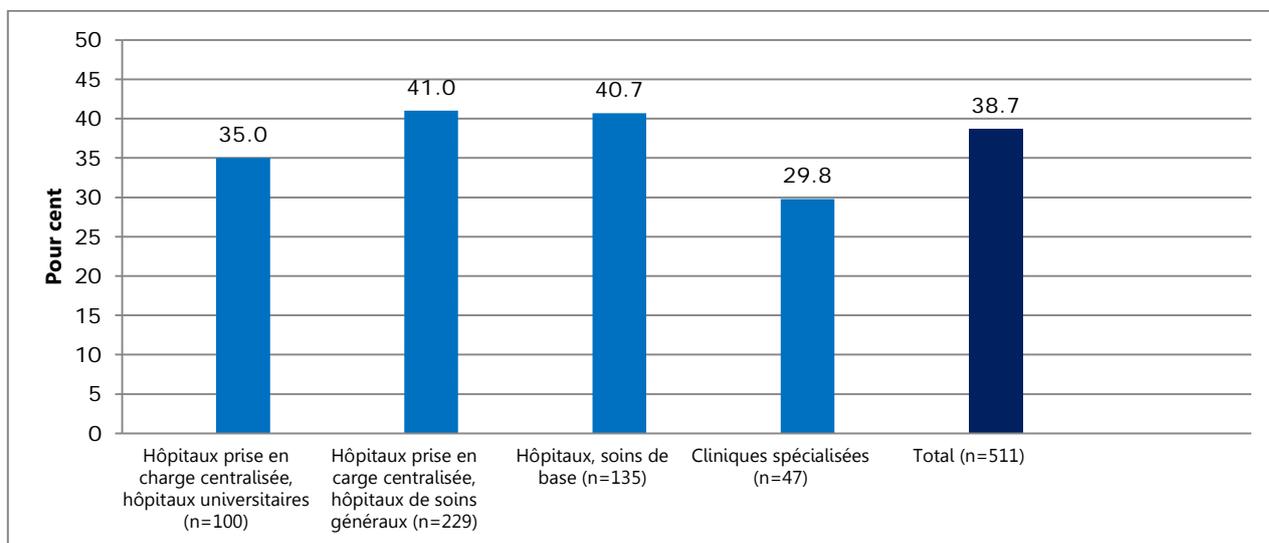
**Tableau 44: conséquences des chutes par degré de lésions et type d'hôpital pour les patient-e-s ayant chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital)**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires		Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux		Hôpitaux soins de base		Cliniques spécialisées		Total Alle Spitäler	
	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée
<b>Lésions occasionées par la chute</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Lésions minimales	29 (17.0)	30 (17.5)	90 (18.2)	59 (11.9)	127 (24.9)	35 (6.8)	13 (18.3)	10 (14.1)	259 (20.8)	134 (10.7)
Blessures de moyenne gravité	23 (13.5)	4 (2.3)	67 (13.5)	17 (3.4)	83 (16.2)	10 (2.0)	8 (11.3)	4 (5.6)	181 (14.5)	35 (2.8)
Blessures graves	66 (38.6)	1 (38.6)	191 (38.6)	7 (1.4)	199 (38.9)	3 (0.6)	26 (36.6)	5 (7.0)	482 (38.6)	16 (1.3)
Fracture de la hanche	17 (9.9)	1 (0.6)	61 (12.3)	3 (0.6)	52 (10.2)	2 (0.4)	4 (5.6)	1 (1.4)	134 (10.7)	7 (0.6)
<b>Nombre de participant-e-s tombé-e-s avec des lésions (n = 1248)</b>	135 (78.9)	36 (21.1)	409 (82.6)	86 (17.4)	461 (90.2)	50 (9.8)	51 (71.8)	20 (28.2)	1056 (84.6)	192 (15.4)

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

Parmi les patient-e-s tombé-e-s à l'hôpital, 38,7 % d'entre eux/elles ont peur de tomber à nouveau. Comme le montre la figure 9, cette valeur varie selon les types d'hôpitaux entre 29,8 % et 41 %.

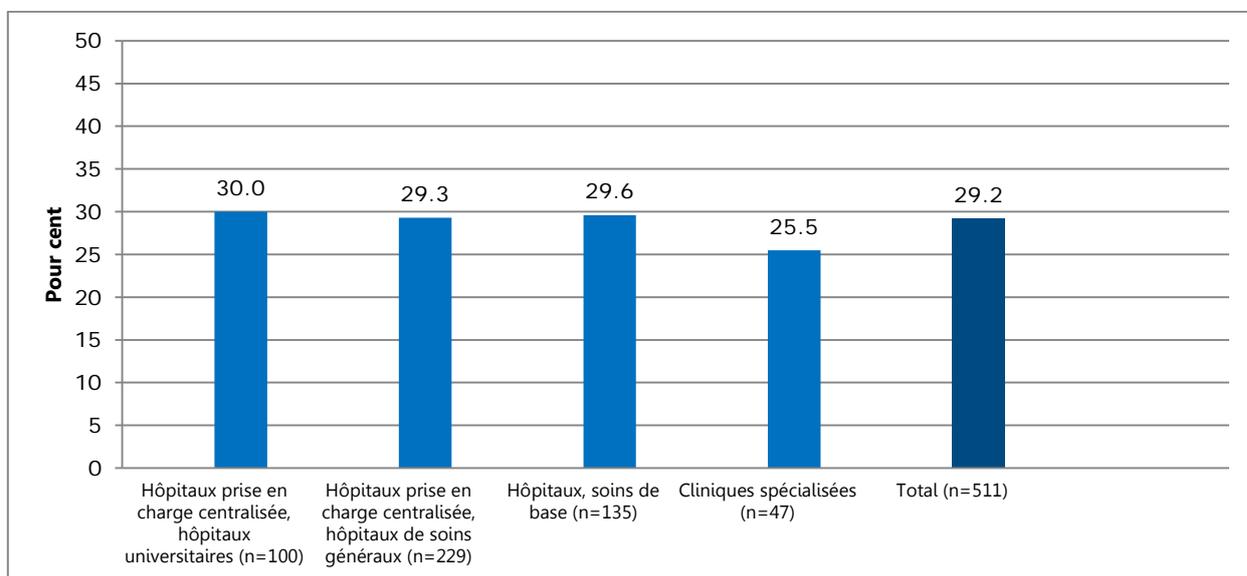
**Figure 9: peur de chuter chez les patient-e-s tombé-e-s à l'hôpital (oui)**



41,1 % de tous les patient-e-s qui ont chuté, quel que soit le lieu de la chute, ont avoué avoir peur de tomber. En comparaison, 23,1 % de tous les patient-e-s participant à la mesure indiquent qu'ils ont peur de chuter.

Parmi les patient-e-s qui sont tombé-e-s à l'hôpital, 29,2 % d'entre eux/elles déclarent éviter la pratique d'activités. Comme l'indique la figure 10, cette valeur varie entre 25,5 % et 30 % selon les types d'hôpitaux.

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



31,2 % de tous les patient-e-s tombé-e-s (avant et après l'hospitalisation) indiquent éviter la pratique d'activités, tous lieux de chute confondus. En comparaison, 17,9 % de tous les patient-e-s participant à la mesure déclarent éviter la pratique d'activités.

### 5.4.5 Mesures de prévention

Le tableau 45 montre quelles mesures ont été prises en prévention de la chute et des blessures auprès des patient-e-s qui ne sont pas tombé-e-s. Les données permettent d'avoir un aperçu de la prévention primaire des chutes, c'est-à-dire des mesures mises en œuvre pour éviter les chutes et blessures relatives auprès des patient-e-s participant à la mesure qui n'ont pas chuté. Il s'avère qu'aucune mesure de prévention des chutes n'a été appliquée chez 2,6 % – 19,8 % et aucune mesure de prévention des blessures chez 6,1 % – 35,1 % des participant-e-s. Cependant, la mesure ne contient aucune donnée relative au risque de chute des patient-e-s. Les mesures les plus fréquentes en prévention des chutes sont : l'information aux patient-e-s, les exercices et entraînements ainsi que l'accompagnement pour se déplacer. Pour ce qui est des autres mesures entreprises, des différences existaient selon les types d'hôpitaux.

**Tableau 45: mesures de prévention des chutes et des blessures chez les patient-e-s qui ne sont pas tombé-e-s par type d'hôpital**

Mesures	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées
<b>Prévention contre les chutes</b>	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Aucune mesure	1137 (10.4)	2167 (19.8)	1891 (17.3)	282 (2.6)
Examen du programme de médication	96 (0.9)	274 (2.5)	258 (2.4)	130 (1.2)
Exercices et training	364 (3.3)	1133 (10.3)	982 (9.0)	366 (3.3)
Examen des moyens auxiliaires utilisés	230 (2.1)	655 (6.0)	572 (5.2)	265 (2.4)
Examen de la vue	15 (0.1)	53 (0.5)	36 (0.3)	10 (0.1)
Examen du déroulement des journées	34 (0.3)	132 (1.2)	90 (0.8)	56 (0.5)
Surveillance	220 (2.0)	599 (5.5)	353 (3.2)	104 (0.9)
Adaptations de l'environnement	203 (1.9)	564 (5.1)	637 (5.8)	215 (2.0)
Autre mesure	46 (0.4)	117 (1.1)	87 (0.8)	26 (0.2)
Système d'alarme	23 (0.2)	96 (0.9)	107 (1.0)	39 (0.4)
Accord individuel avec le/la patient-e et les proches	142 (1.3)	499 (4.6)	390 (3.6)	156 (1.4)
Information au/à la patient-e	417 (3.8)	1168 (10.7)	1100 (10.0)	387 (3.5)
Accompagnement pour se déplacer	460 (4.2)	1117 (10.2)	926 (8.4)	266 (2.4)
Examen des chaussures utilisées	255 (2.3)	875 (8.0)	816 (7.4)	308 (2.8)
Mesures de contention	76 (0.7)	167 (1.5)	105 (1.0)	25 (0.2)
<b>Total de patient-e-s qui n'ont pas chuté</b>	<b>2029 (18.5)</b>	<b>4285 (39.1)</b>	<b>3800 (34.7)</b>	<b>847 (7.7)</b>

Mesures	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées
<b>Prévention des blessures</b>	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Aucune mesure	1859 (17.0)	3842 (35.1)	3473 (31.7)	668 (6.1)
Protection de la tête	4 (0.0)	3 (0.0)	1 (0.0)	0 (0.0)
Attelle/Soutien	29 (0.3)	34 (0.3)	49 (0.4)	55 (0.5)
Protection de la hanche en matériel dur	1 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (0.0)
Protection de la hanche en matériel mou	5 (0.0)	5 (0.0)	6 (0.1)	13 (0.1)
Autre mesure	48 (0.4)	128 (1.2)	61 (0.6)	34 (0.3)
Renforcement de l'ossature	91 (0.8)	302 (2.8)	220 (2.0)	96 (0.9)
<b>Total de patient-e-s qui n'ont pas chuté</b>	<b>2029 (18.5)</b>	<b>4285 (39.1)</b>	<b>3800 (34.7)</b>	<b>847 (7.7)</b>

Le tableau 46 affiche les mesures de prévention contre les chutes et les lésions pour les patient-e-s participant à la mesure qui n'ont pas chuté. Les données fournissent un aperçu de la prévention secondaire contre les chutes. En d'autres termes, elles définissent les mesures qui ont été mises en place afin d'éviter qu'une seconde chute ne survienne. On remarque que plus de mesures de prévention ont été prises pour les patient-e-s qui ont chuté au moins une fois (avant/après l'hospitalisation). Les informations indiquées sous forme de pourcentages et relatives aux patient-e-s permettent de conclure que des mesures complexes sont mises en place pour prévenir les chutes. Le choix ou la combinaison des mesures appliquées semble varier selon les types d'hôpitaux. Les mesures de prévention des blessures étaient plus rares. En effet, aucune mesure de prévention contre les lésions n'a été appliquée pour environ 80 % des patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'hospitalisation).

**Tableau 46: mesures de prévention des chutes et des blessures chez les patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital) par type d'hôpital**

Mesures	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires		Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux		Hôpitaux soins de base		Cliniques spécialisées		Total hôpitaux	
	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée
<b>Prévention contre les chutes</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Aucune mesure	90 (33.0)	10 (10.0)	150 (17.9)	13 (5.7)	130 (17.0)	12 (8.9)	21 (21.9)	1 (2.1)	391 (19.8)	36 (7.0)
Examen du programme de médication	49 (17.9)	18 (18.0)	145 (17.3)	56 (24.5)	134 (17.5)	35 (25.9)	19 (19.8)	18 (38.3)	347 (17.6)	127 (24.9)
Exercices et training	86 (31.5)	37 (37.0)	415 (49.5)	122 (53.3)	366 (47.8)	67 (49.6)	49 (51.0)	35 (74.5)	916 (46.4)	261 (51.1)
Examen des moyens auxiliaires utilisés	60 (22.0)	28 (28.0)	264 (31.5)	76 (33.2)	275 (35.9)	53 (39.3)	38 (39.6)	29 (61.7)	637 (32.3)	186 (36.4)
Examen de la vue	11 (4.0)	0 (0.0)	26 (3.1)	5 (2.2)	19 (2.5)	1 (0.7)	2 (2.1)	4 (8.5)	58 (2.9)	10 (2.0)
Examen du déroulement des journées	8 (2.9)	6 (6.0)	31 (3.7)	12 (5.2)	33 (4.3)	5 (3.7)	9 (9.4)	2 (4.3)	81 (4.1)	25 (4.9)
Surveillance	52 (19.0)	23 (23.0)	212 (25.3)	79 (34.5)	125 (16.3)	38 (28.1)	12 (12.5)	16 (34.0)	401 (20.3)	156 (30.5)

Mesures	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires		Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux		Hôpitaux soins de base		Cliniques spécialisées		Total hôpitaux	
	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée
Adaptations de l'environnement	43 (15.8)	33 (33.0)	194 (23.1)	75 (32.8)	193 (25.2)	45 (33.3)	28 (29.2)	19 (40.4)	458 (23.2)	172 (33.7)
Autre mesure	15 (5.5)	7 (7.0)	55 (6.6)	19 (8.3)	36 (4.7)	10 (7.4)	4 (4.2)	2 (4.3)	110 (5.6)	38 (7.4)
Système d'alarme	7 (2.6)	5 (5.0)	66 (7.9)	52 (22.7)	76 (9.9)	24 (17.8)	1 (1.0)	8 (17.0)	150 (7.6)	89 (17.4)
Accord individuel avec le/la patient-e et les proches	39 (14.3)	27 (27.0)	184 (21.9)	73 (31.9)	175 (22.9)	44 (32.6)	19 (19.8)	13 (27.7)	417 (21.1)	157 (30.7)
Information au/à la patient-e	94 (34.4)	49 (49.0)	346 (41.2)	124 (54.1)	341 (44.6)	71 (52.6)	47 (49.0)	27 (57.4)	828 (42.0)	271 (53.0)
Accompagnement pour se déplacer	110 (40.3)	58 (58.0)	442 (52.7)	148 (64.6)	380 (49.7)	90 (66.7)	38 (39.6)	19 (40.4)	970 (49.2)	315 (61.6)
Examen des chaussures utilisées	47 (17.2)	24 (24.0)	285 (34.0)	87 (38.0)	251 (32.8)	37 (27.4)	42 (43.8)	23 (48.9)	625 (31.7)	171 (33.5)
Mesures de contention	27 (9.9)	25 (25.0)	84 (10.0)	71 (31.0)	72 (9.4)	38 (28.1)	0 (0.0)	12 (25.5)	183 (9.3)	146 (28.6)
<b>Prévention des blessures</b>	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Aucune mesure	224 (82.1)	87 (87.0)	647 (77.1)	174 (76.0)	616 (80.5)	105 (77.8)	69 (71.9)	23 (48.9)	1556 (78.9)	389 (76.1)
Protection de la tête	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.1)	0 (0.0)
Attelle/Soutien	11 (4.0)	2 (2.0)	29 (3.5)	1 (0.4)	25 (3.3)	1 (0.7)	5 (5.2)	0 (0.0)	70 (3.5)	4 (0.8)
Protection de la hanche en matériel dur	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.1)	0 (0.0)	2 (2.1)	1 (2.1)	4 (0.2)	1 (0.2)
Protection de la hanche en matériel mou	1 (0.4)	2 (2.0)	6 (0.7)	4 (1.7)	5 (0.7)	3 (2.2)	1 (1.0)	11 (23.4)	13 (0.7)	20 (3.9)
Autre mesure	12 (4.4)	5 (5.0)	35 (4.2)	11 (4.8)	34 (4.4)	8 (5.9)	8 (7.3)	6 (12.8)	88 (4.5)	30 (5.9)
Renforcement de l'ossature	29 (10.6)	4 (4.0)	134 (16.0)	44 (19.2)	92 (12.0)	20 (14.8)	20 (20.8)	19 (40.4)	275 (13.9)	87 (17.0)

#### 5.4.6 Indicateurs de structure « Chutes »

De fortes différences ont été notées entre les types d'hôpitaux au sujet de la présence d'indicateurs de structure relatifs aux chutes, au niveau des hôpitaux (cf. tableau 47). Au total, les indicateurs suivants étaient les plus représentés : mesure décentralisée et centralisée des chutes, transmission d'informations standardisées pour le transfert, les standards et directives. Les plus rares étaient la brochure d'information aux patient-e-s ainsi que le service pluridisciplinaire s'occupant des chutes.

**Tableau 47: indicateurs de structures pour les chutes au niveau des hôpitaux**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
<b>Indicateurs de structures pour les chutes</b>	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Saisie (dé)centralisée des événements de chute	4 (80.0)	42 (84.0)	85 (88.4)	29 (80.6)	159 (85.5)
Informations standardisées lors de transfert (chutes)	4 (80.0)	40 (80.0)	81 (85.3)	25 (69.4)	150 (80.6)
Standard/directive reconnue concernant les chutes	1 (20.0)	39 (78.0)	58 (61.1)	17 (47.2)	115 (61.8)
Personne responsable de l'actualisation/diffusion de la directive	2 (40.0)	32 (64.0)	53 (55.8)	16 (44.4)	103 (55.4)
Formation thème de la mobilisations (2 dernières années)	3 (60.0)	28 (56.0)	50 (52.6)	20 (55.6)	101 (54.3)
Formation thème risques/prévention des chutes (2 dernières années)	1 (20.0)	29 (58.0)	43 (45.3)	11 (30.6)	84 (45.2)
Colloques multidisciplinaires concernant les chutes	1 (20.0)	19 (38.0)	27 (28.4)	10 (27.8)	57 (30.6)
Brochure d'information	1 (20.0)	22 (44.0)	14 (14.7)	7 (19.4)	44 (23.7)
<b>Total hôpitaux-(sites)*</b>	<b>5 (100)</b>	<b>50 (100)</b>	<b>95 (100)</b>	<b>36 (100)</b>	<b>186 (100)</b>

De fortes différences ont été relevées entre les types d'hôpitaux au sujet de la présence d'indicateurs de structure relatifs aux chutes au niveau des unités de soins (cf. tableau 48). Dans l'ensemble, les indicateurs liés à la disponibilité du matériel de prévention des chutes, la documentation sur les mesures préventives contre les chutes ainsi que la transmission d'informations standardisées lors du transfert étaient les plus fréquents. Les plus rares étaient les brochures d'information sur le thème des chutes.

**Tableau 48: indicateurs de structure « Chute » au niveau de l'unité de soins**

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
Indicateurs de structures pour les chutes	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Matériel pour la prévention des chutes toujours à disposition	175 (80.6)	413 (86.2)	451 (92.4)	74 (93.7)	1113 (88.1)
Documentation des mesures dans le dossier de soins	182 (83.9)	419 (87.5)	434 (88.9)	69 (87.3)	1104 (87.4)
Informations standardisées lors de transfert	171 (78.8) <sup>f</sup>	409 (85.4)	394 (80.7)	55 (69.6)	1029 (81.5)
Matériel pour la prévention de blessures toujours à disposition	99 (45.6)	356 (74.3)	357 (73.2)	64 (81.0)	876 (69.4)
Evaluation du risque de chute lors de l'admission	121 (55.8)	358 (74.7)	341 (69.9)	48 (60.8)	868 (68.7)
Application du standard vérifié systématiquement	107 (49.3)	336 (70.1)	289 (59.2)	36 (45.6)	768 (60.8)
Colloques pluridisciplinaires concernant la prévention des chutes	46 (21.2)	296 (61.8)	210 (43.0)	51 (64.6)	603 (47.7)
Personne spécialisée pour la prévention des chutes	38 (17.5)	251 (52.4)	154 (31.6)	12 (15.2)	455 (36.0)
Brochure d'information	1 (0.5)	103 (21.5)	51 (10.5)	15 (19.0)	170 (13.5)
<b>Total unités de soins</b>	217 (100)	479 (100)	488 (100)	79 (100)	1263 (100)

Dans l'ensemble, par rapport à l'année précédente, la disponibilité s'est améliorée à la fois pour les indicateurs de qualité au niveau des hôpitaux (brochure d'information, formation sur les chutes) et pour les indicateurs individuels au niveau des unités de soins (personne de référence). À l'exception d'une augmentation de la formation sur le thème des chutes (plus 14,9 %) ainsi qu'une augmentation des informations standardisées lors du transfert (plus 10 %) et de l'indicateur spécialiste des chutes au niveau des unités de soins (plus 10,4 %), il ne s'agit là que de décalages entre 1,0 et 8,6 %. Un recul est visible pour les indicateurs Identification des risques à l'hospitalisation et colloque pluridisciplinaire.

## 6. Résultats ajustés aux risques

Les résultats ajustés aux risques pour les trois indicateurs (escarres acquises y compris catégorie 1, escarres nosocomiales acquises hors catégorie 1 et chutes à l'hôpital) sont rapportés ci-dessous. Dans le détail, il s'agit des résultats des modèles logistiques hiérarchiques. Ces résultats sont présentés dans ce chapitre sous forme de graphiques pour l'ensemble des hôpitaux et selon le type d'hôpital. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux en annexe (tableaux 53–55). Les variables de chaque modèle et leurs odds ratios (rapports des cotes) estimés sont également indiqués.

### 6.1 Escarres acquises à l'hôpital

Ce paragraphe présente les résultats ajustés aux risques pour les escarres acquises à l'hôpital toutes catégories (1 à 4). Après sélection du modèle, les variables retenues pour le modèle hiérarchique sont les suivantes (tableau 49) :

**Tableau 49 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs caractéristiques - escarres nosocomiales toutes catégories (1-4) confondues**

	OR	Ecart type	Valeur p	OR - intervalle de confiance à 95%	
Sexe masculin	1.18	0.11	0.073	0.98	1.41
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 0-7 jours	Référence				
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 8-28 jours	1.98	0.19	0.000	1.62	2.41
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 29 jours et plus	3.11	0.44	0.000	2.35	4.11
Jusqu'à 54 ans	Référence				
55-74 ans	1.80	0.32	0.001	1.27	2.55
75 ans et plus	1.96	0.38	0.001	1.32	2.92
EDS Indépendance complète	Référence				
EDS Indépendance prépondérante	2.05	0.32	0.000	1.50	2.79
EDS Dépendance partielle	3.20	0.51	0.000	2.33	4.40
EDS Dépendance prépondérante	4.82	0.85	0.000	3.40	6.82
EDS Dépendance complète	7.37	1.56	0.000	4.86	11.17
Score de Braden ≤20 (1/0)	3.71	0.61	0.000	2.68	5.12
Maladie cardiaque ou vasculaire (1/0)	1.19	0.12	0.090	0.97	1.45
Cancer (1/0)	1.65	0.17	0.000	1.34	2.03
Maladie du sang ou d'un organe hématopoïétique (1/0)	1.24	0.16	0.113	0.95	1.62
Traumatisme ou séquelles d'accident (1/0)	1.47	0.18	0.003	1.14	1.89
Diabète (1/0)	1.20	0.13	0.108	0.96	1.50
Maladie endocrinienne (1/0)	1.22	0.14	0.068	0.98	1.52
Prothèse totale de hanche (1/0)	1.67	0.25	0.001	1.24	2.25
Maladie des voies respiratoires (1/0)	1.18	0.12	0.099	0.96	1.45
Interaction intervention chirurgicale - type d'hôpital	1.26	0.53	0.000	1.16	1.37
Interaction Démence - type d'hôpital	0.89	0.62	0.109	0.77	1.02
Interaction âge - type d'hôpital	0.99	0.01	0.68	0.97	1.01

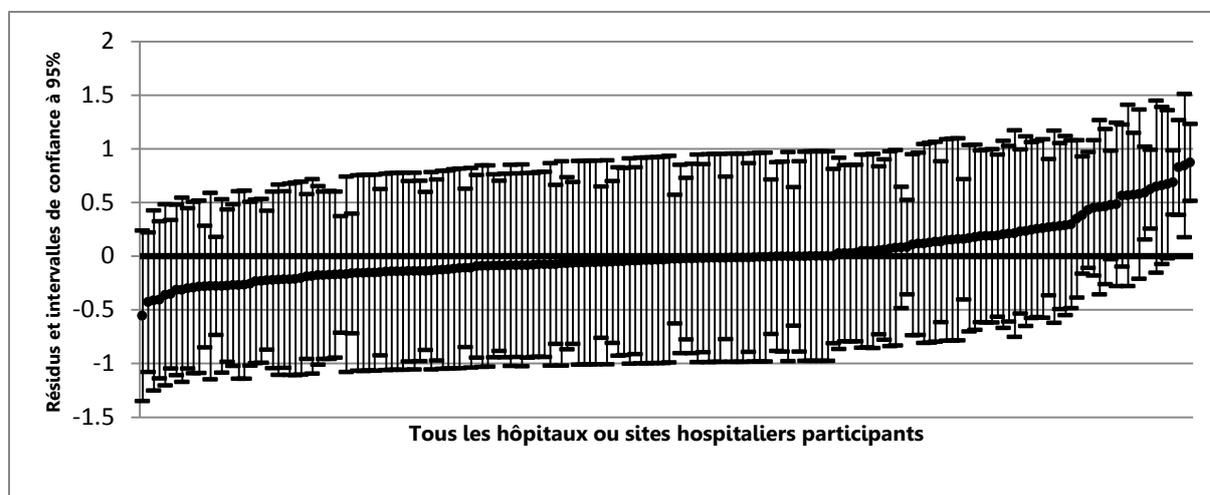
OR : odds-ratios ; valeur p : résultat du test de signification ; EDS : échelle de dépendance aux soins

La principale valeur est l'odds ratio en lien avec la valeur p du test de signification et avec les intervalles de confiance de l'odds ratio. Comme on pouvait s'y attendre, un score de Braden bas (risque élevé) constitue un prédicteur pertinent. Dans la procédure LPZ, la valeur limite est fixée à  $\leq 20$ . Les patient-e-s qui ont un score de 20 ou moins présentent un risque d'escarre trois fois plus élevé que ceux ayant plus de 20. L'échelle de dépendance aux soins montre une croissance presque linéaire du risque d'escarre avec l'augmentation de la dépendance. Par rapport à l'indépendance complète, la catégorie « indépendance prépondérante » est liée à un risque deux fois plus important et pour l'indépendance complète, ce risque est multiplié par plus de 7.

La durée de l'hospitalisation joue également un rôle : le risque augmente parallèlement à la durée d'hospitalisation. Les patient-e-s hospitalisé-e-s depuis plus de 28 jours présentent un risque d'escarre 3,1 fois plus élevé que ceux dont l'hospitalisation est inférieure à 7 jours. L'âge est également un prédicteur indépendant : le risque est plus de 2 fois plus élevé chez les patient-e-s de plus de 75 ans que chez ceux de moins de 55 ans. Divers signes cliniques augmentent également le risque d'escarre indépendamment les uns des autres, notamment les cancers, les blessures dues à des accidents et les prothèses des hanches. D'autres signes cliniques ont été intégrés au modèle, mais ne constituent pas des prédicteurs significatifs dans ce cas. Enfin, il existe un effet d'interaction significatif entre le type d'hôpital et une opération pendant l'hospitalisation. Cela implique qu'en soi, l'opération n'est pas un prédicteur décisif, mais que cela devient le cas si l'on considère le type d'hôpital.

Compte tenu de ces variables de risque, l'évaluation de la prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 à 4) donne pour l'ensemble des hôpitaux les résultats suivants (figure 11). L'axe X des graphiques suivants représente chaque hôpital ou site hospitalier, tandis que l'axe Y représente les résidus correspondants ou l'intervalle de confiance à 95 %.

**Figure 11 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 à 4) confondues**



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

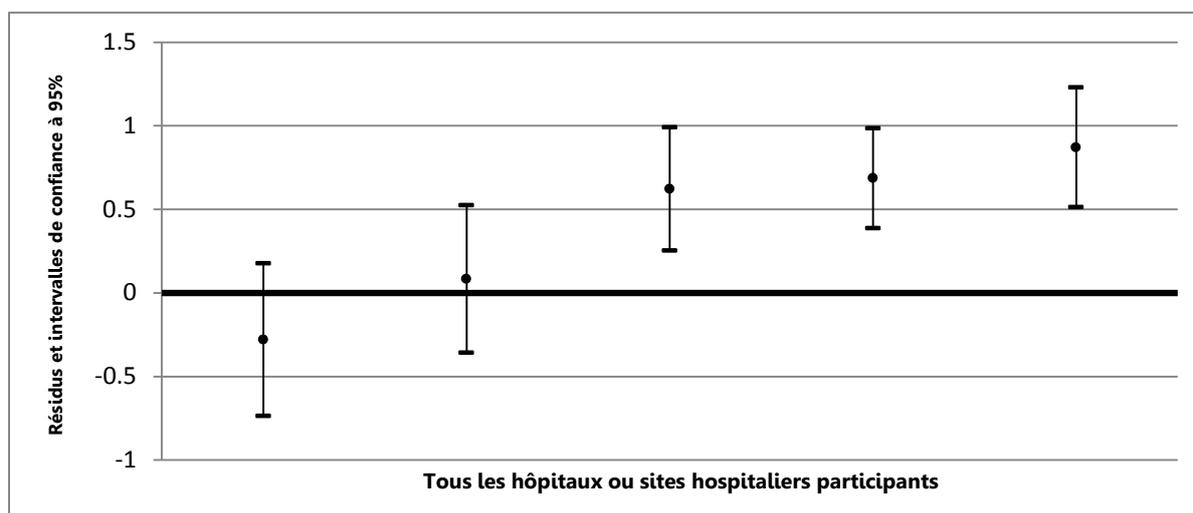
Les chiffres situés dans la zone positive indiquent un écart dans le sens clinique négatif, autrement dit une plus grande fréquence des escarres après ajustement au risque dans l'hôpital en question. Les chiffres situés dans la zone négative indiquent une fréquence des escarres plus faible que la moyenne. On constate cependant que d'un point de vue statistique, seuls six hôpitaux se distinguent significativement de l'ensemble des hôpitaux suisses car 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 chutes dans un grand nombre d'entre eux, ce qui donne des intervalles de confiance très larges. Ceux-ci reflètent la certitude ou l'incertitude statistique avec laquelle il faut interpréter les résultats.

Concrètement, comment lire ce graphique ? si l'on considère les neuf points de données (= résidus) ou hôpitaux situés tout à fait à droite, six hôpitaux se situent au-dessus de la ligne du zéro. La différence est que les intervalles de confiance de ces six hôpitaux ne coupent pas la ligne du zéro, alors que c'est le cas des trois autres hôpitaux. Bien que les escarres soient plus fréquentes que la moyenne globale dans ces neuf hôpitaux, le constat n'est statistiquement significatif que pour les six hôpitaux dont l'intervalle de confiance global est au-dessus de la ligne du zéro. Pour les trois autres hôpitaux, l'incertitude statistique est plus grande, ce qui s'explique essentiellement par le plus petit nombre de patient-e-s participant-e-s.

Les données présentées dans les figures suivantes proviennent de la figure 11, mais sont réparties par type d'hôpital. Les hôpitaux universitaires sont représentés en premier dans la figure 12. Il est important de noter que la référence ne se limite pas aux hôpitaux universitaires.

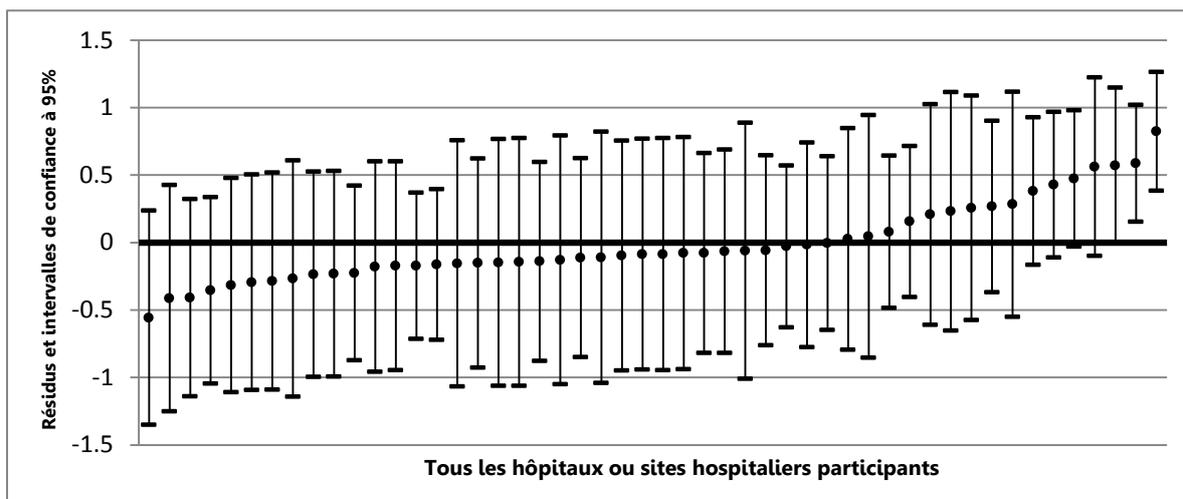
**Figure 12 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux universitaires, prise en charge spécialisée – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 à 4) confondues**



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

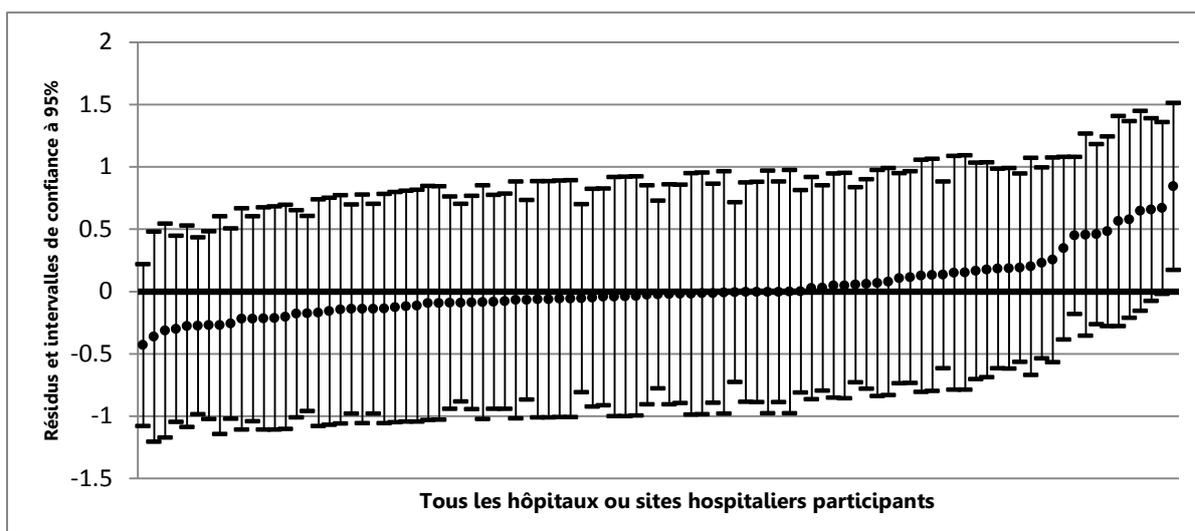
Ils sont représentés en comparaison des hôpitaux de prise en charge spécialisée dans la figure 13.

**Figure 13 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, prise en charge spécialisée – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 à 4) confondues**



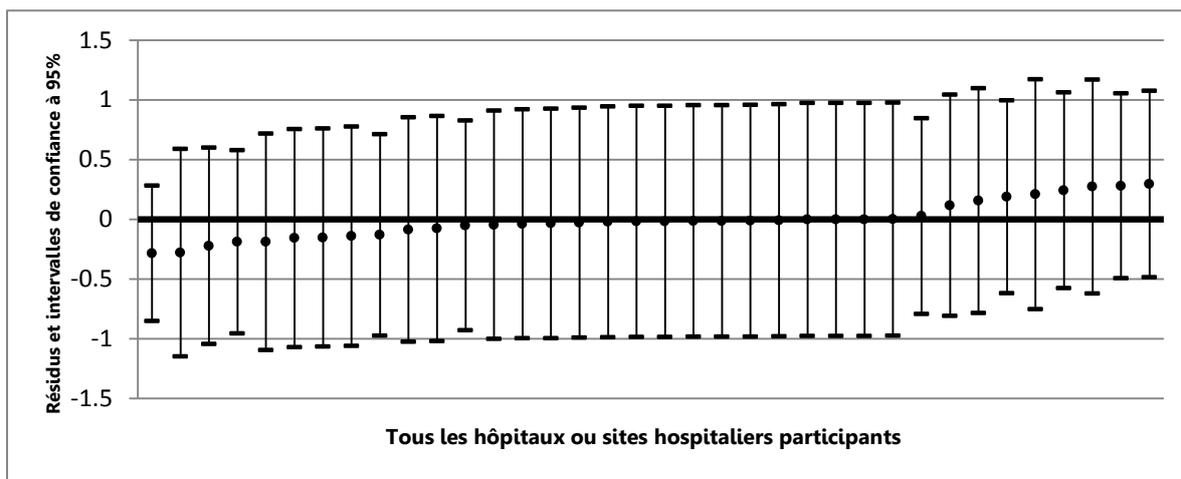
Pour les hôpitaux de prise en charge spécialisée, deux hôpitaux négatifs au sens clinique s'écartent à chaque fois des autres hôpitaux. Les hôpitaux de soins de base sont représentés dans la figure 14.

**Figure 14 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, soins de base – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 à 4) confondues**



Un hôpital de soins de base s'écarte significativement de l'ensemble des hôpitaux. Pour finir, les cliniques spécialisées sont comparées à la figure 15.

Figure 15 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, cliniques spécialisées – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 à 4) confondues



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

## 6.2 Escarres acquises à l'hôpital, hors catégorie 1

Comme décrit ci-dessus (1.2.1), le diagnostic explicite de l'escarre de catégorie 1 est difficile. Une bonne prévention permet pourtant largement d'éviter des lésions cutanées. C'est pourquoi les escarres de catégorie 1 acquises à l'hôpital font l'objet d'une analyse distincte.

Après sélection du modèle, les variables retenues pour le modèle hiérarchique sont les suivantes (tableau 50) :

**Tableau 50: variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs caractéristiques – escarres nosocomiales hors catégorie 1**

	OR	Ecart type	Valeur p	OR - intervalle de confiance à 95%	
Sexe masculin	1.29	0.18	0.065	0.98	1.70
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 0-7 jours	Référence				
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 8-28 jours	2.69	0.44	0.000	1.95	3.71
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 29 jours et plus	5.32	1.09	0.000	3.56	7.95
EDS Indépendance complète					
EDS Indépendance prépondérante	2.21	0.58	0.003	1.32	3.70
EDS Dépendance partielle	3.67	0.99	0.000	2.17	6.23
EDS Dépendance prépondérante	7.19	2.04	0.000	4.12	12.52
EDS Dépendance complète	10.53	3.40	0.000	5.58	19.84
Score de Braden ≤20 (1/0)	2.34	0.59	0.001	1.43	3.84
Maladie infectieuse (1/0)	1.34	0.22	0.083	0.96	1.85
Cancer (1/0)	1.48	0.24	0.017	1.07	2.04
Diabète (1/0)	1.40	0.23	0.042	1.01	1.94
Troubles psychiques (1/0)	1.30	0.23	0.133	0.92	1.84
Maladie endocrinienne (1/0)	1.39	0.21	0.029	1.03	1.87
Maladies de la peau (1/0)	1.47	0.35	0.101	0.93	2.34
Maladie de l'appareil locomoteur (1/0) Erkr. des Bewegungsapparates (1/0)	1.42	0.21	0.016	1.07	1.89
Traumatisme ou séquelles d'accident (1/0)	1.59	0.30	0.012	1.11	2.30
Prothèse totale de hanche (1/0)	1.47	0.33	0.088	0.94	2.29
Interaction intervention chirurgicale – type d'hôpital	1.34	0.08	0.000	1.19	1.50
Interaction Démence - type d'hôpital	0.83	0.09	0.067	0.67	1.01

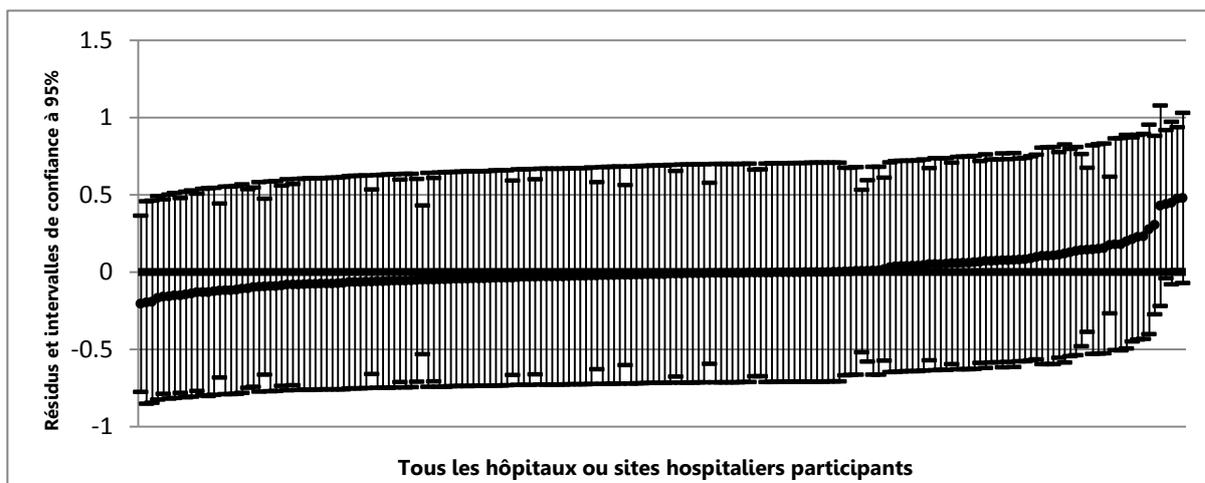
OR : odds-ratios ; valeur p : résultat du test de signification ; EDS : échelle de dépendance aux soins

La différence entre les escarres avec la catégorie 1 et celles sans la catégorie 1 se manifeste aussi par une différence dans la structure des risques. Là encore, un score de Braden ≤ 20 est un prédicteur pertinent. Mais une longue hospitalisation est encore plus importante, car les participant-e-s hospitalisé-e-s plus de 28 jours présentent un risque plus de 5 fois supérieur par rapport à ceux/celles hospitalisé-e-s 7 jours et moins. Cependant, la dépendance aux soins est notable, encore plus que pour les escarres avec la

catégorie 1. Là encore, le risque d'escarre augmente de manière presque linéaire, mais le risque avec une dépendance croissante est encore plus important que pour l'escarre avec la catégorie 1. Par rapport aux patient-e-s complètement indépendant-e-s, ceux/celles qui sont complètement dépendant-e-s présentent un risque plus de 10 fois supérieur. Les signes cliniques présentant un lien significatif avec l'escarre sont le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies de l'appareil moteur ainsi que les maladies dues à un accident. Comme pour l'escarre avec la catégorie 1, on constate ici une interaction significative entre le type d'hôpital et une opération pendant le séjour.

Compte tenu de ces variables, les résultats ajustés aux risques pour les escarres acquises à l'hôpital hors catégorie 1 sont les suivants (figure 16).

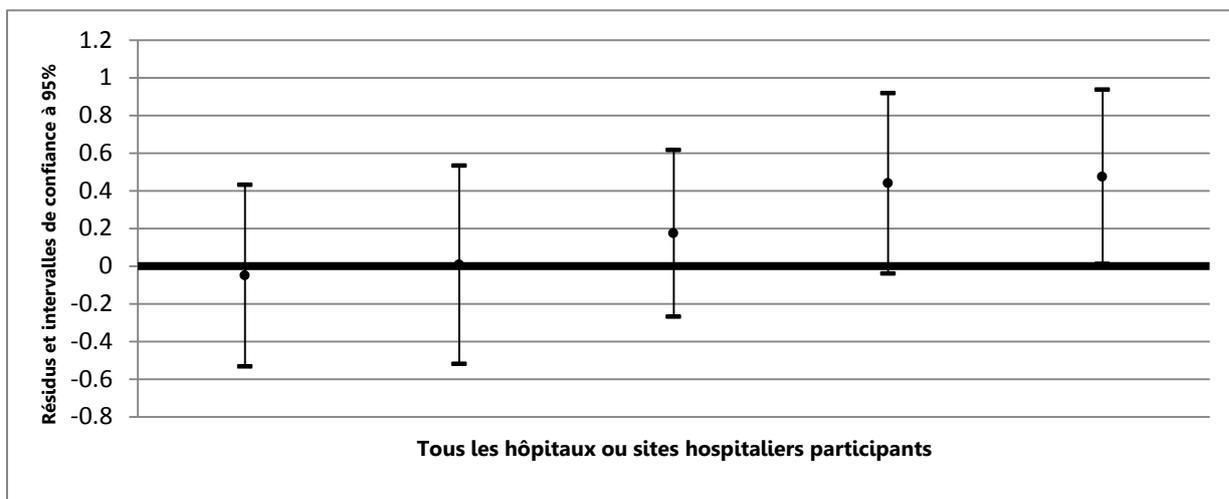
**Figure 16: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants – escarres nosocomiales hors catégorie 1**



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

Cependant, elle s'explique aussi par un nombre de cas encore plus petit par rapport au paragraphe 7.1. Les différentes comparaisons par type d'hôpital suivent toujours après. Les hôpitaux universitaires sont représentés dans la figure 17.

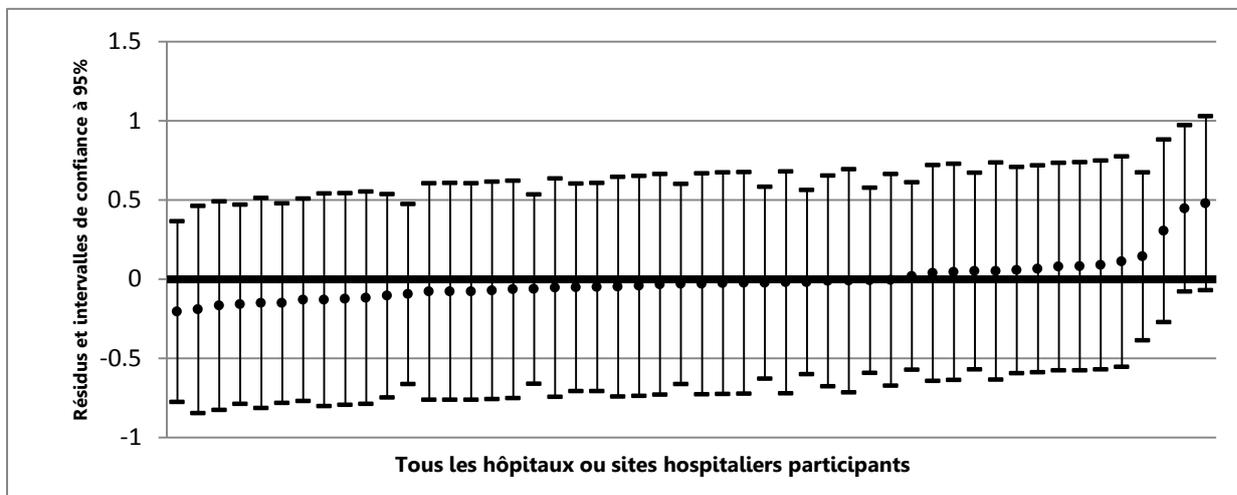
**Figure 17: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux universitaires, prise en charge spécialisée – escarres nosocomiales hors catégorie 1**



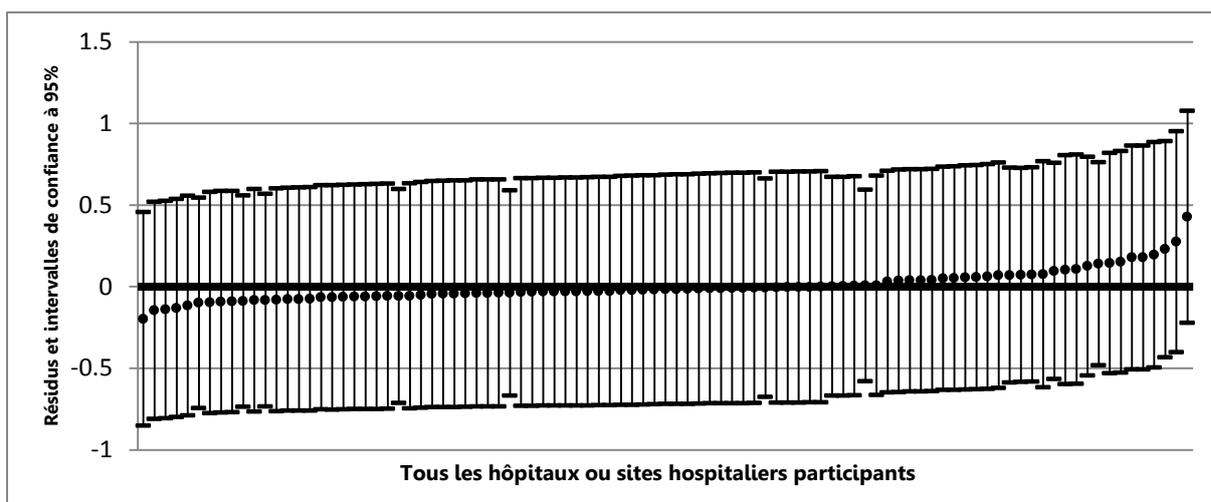
Le seul hôpital qui s'écarte significativement de l'ensemble des hôpitaux est un hôpital universitaire.

Les hôpitaux de prise en charge spécialisée et de soins de base, ainsi que les cliniques spécialisées, sont représentés dans les figures 18 à 20. Aucun de ces types d'hôpitaux ne montre de particularités.

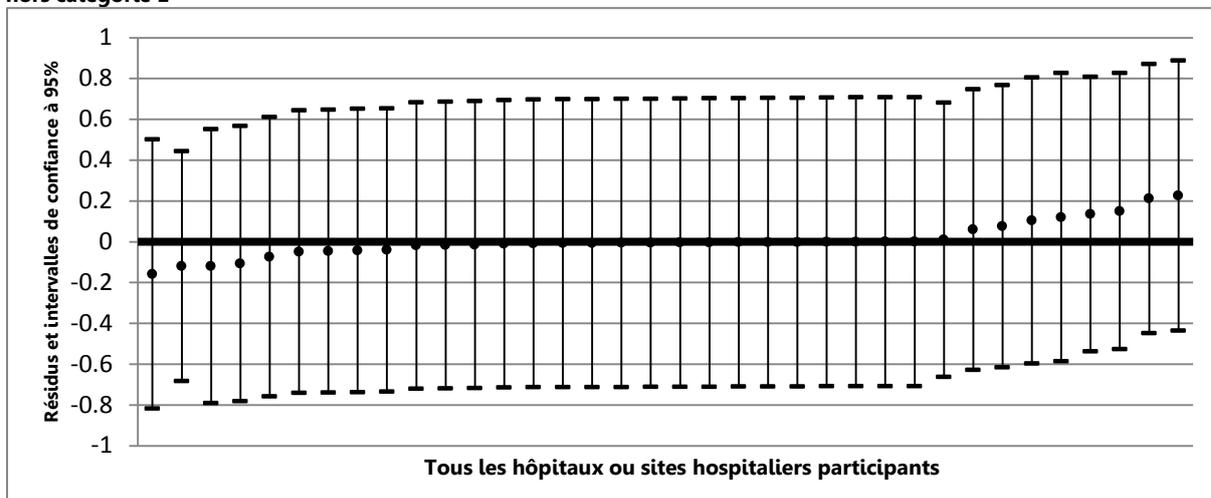
**Figure 18: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux généraux, prise en charge spécialisée – escarres nosocomiales hors catégorie 1**



**Figure 19: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux généraux, soins de base – escarres nosocomiales hors catégorie 1**



**Figure 20: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – cliniques spécialisées – escarres nosocomiales hors catégorie 1**



## 6.3 Chutes survenues en milieu hospitalier

Après sélection du modèle, les variables retenues pour le modèle hiérarchique sont les suivantes (tableau 51) :

**Tableau 51: variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs caractéristiques – chutes à l'hôpital**

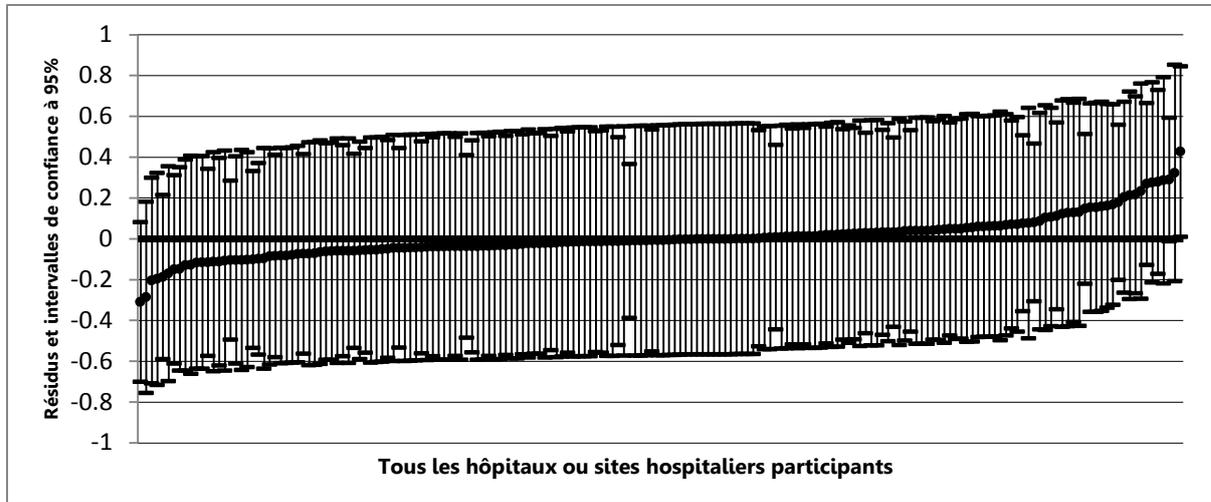
	OR	Ecart type	Valeur p	OR - intervalle de confiance à 95%	
<b>Sexe masculin (1/0)</b>	1.15	1.43	0.152	0.95	1.38
<b>Durée d'hospitalisation jusqu'à la mesure 0-7 jours</b>	Référence				
<b>Durée d'hospitalisation jusqu'à la mesure 8-28 jours</b>	3.81	12.05	0.000	3.06	4.74
<b>Durée d'hospitalisation jusqu'à la mesure 29 jours et plus</b>	4.72	10.23	0.000	3.51	6.36
<b>Jusqu'à 54 ans</b>	Référence				
<b>55-74 ans</b>	1.35	2.83	0.005	1.10	1.66
<b>75 ans et plus</b>	Référence				
<b>EDS Indépendance prépondérante</b>	2.33	6.14	0.000	1.78	3.05
<b>EDS Dépendance partielle</b>	3.17	8.07	0.000	2.39	4.19
<b>EDS Dépendance prépondérante</b>	4.04	8.82	0.000	2.96	5.51
<b>EDS Dépendance complète</b>	3.12	4.86	0.000	1.97	4.95
<b>Intervention chirurgicale (1/0)</b>	0.50	-5.94	0.000	0.39	0.63
<b>Cancer (1/0)</b>	1.71	4.90	0.000	1.38	2.12
<b>Maladie endocrinienne (1/0)</b>	0.77	-1.98	0.047	0.60	1.00
<b>Diabète (1/0)</b>	1.38	2.74	0.006	1.10	1.75
<b>Troubles psychiques (1/0)</b>	1.43	2.88	0.004	1.12	1.82
<b>Démence (1/0)</b>	1.65	3.47	0.001	1.24	2.19
<b>Maladie des yeux/oreilles (1/0)</b>	1.42	2.57	0.010	1.09	1.85
<b>Mal. du système digestif</b>	1.20	1.73	0.084	0.98	1.47
<b>Autres (1/0)</b>	0.70	-1.61	0.107	0.46	1.08
<b>Impossibilité d'établir un diagnostic précis (1/0)</b>	4.06	1.86	0.063	0.93	17.81

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

La valeur déterminante est à nouveau l'odds ratio en lien avec la valeur p significative au niveau 5 % et son intervalle de confiance à 95 %. Pour le formuler plus simplement : le risque augmente aussi nettement avec la durée de l'hospitalisation. Par rapport aux patient-e-s hospitalisé-e-s une semaine ou moins, ceux/celles hospitalisé-e-s entre 8 et 28 jours présentent un risque 3,8 fois supérieur et les patient-e-s hospitalisé-e-s plus de 29 jours même un risque 4,7 fois supérieur. Un risque de chute accru est également observé avec l'augmentation de l'âge, mais uniquement à partir de 75 ans et plus. La dépendance aux soins est également significative. Cependant, contrairement aux escarres, il n'y a pas de croissance progressive avec l'augmentation de la dépendance aux soins. La présence des signes cliniques cités augmente ou diminue le risque de chute de manière indépendante. Les risques les plus importants sont les maladies psychiques et cognitives ainsi que les déficiences des organes des sens, mais également les cancers. Une intervention chirurgicale fait par contre office de « facteur protecteur », car elle réduit le risque de moitié. Enfin, le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne est associé à un risque de chute plus élevé.

Compte tenu des variables influant sur le risque de chute qui sont indiquées ci-dessus, les effets statistiques de chaque hôpital ou site hospitalier sont présentés comme suit à la figure 21.

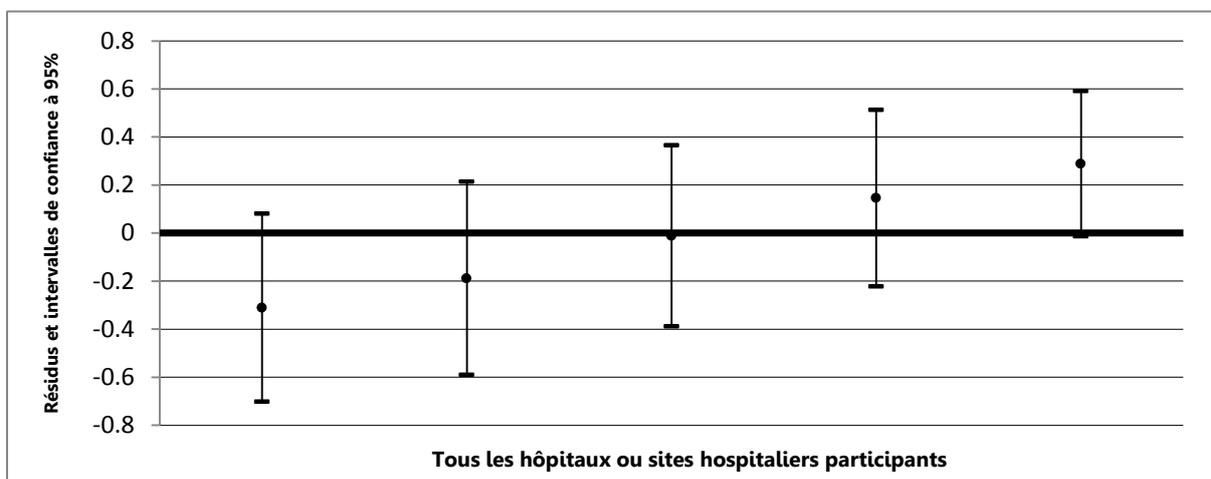
**Figure 21: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants - chutes à l'hôpital**



On constate (voir aussi l'exemple de la page 61) qu'un hôpital s'écarte significativement de la moyenne, dans le sens clinique négatif, du fait que l'intervalle de confiance ne coupe pas la ligne du zéro. Par ailleurs, on note ici aussi une homogénéité relative des hôpitaux ou sites hospitaliers.

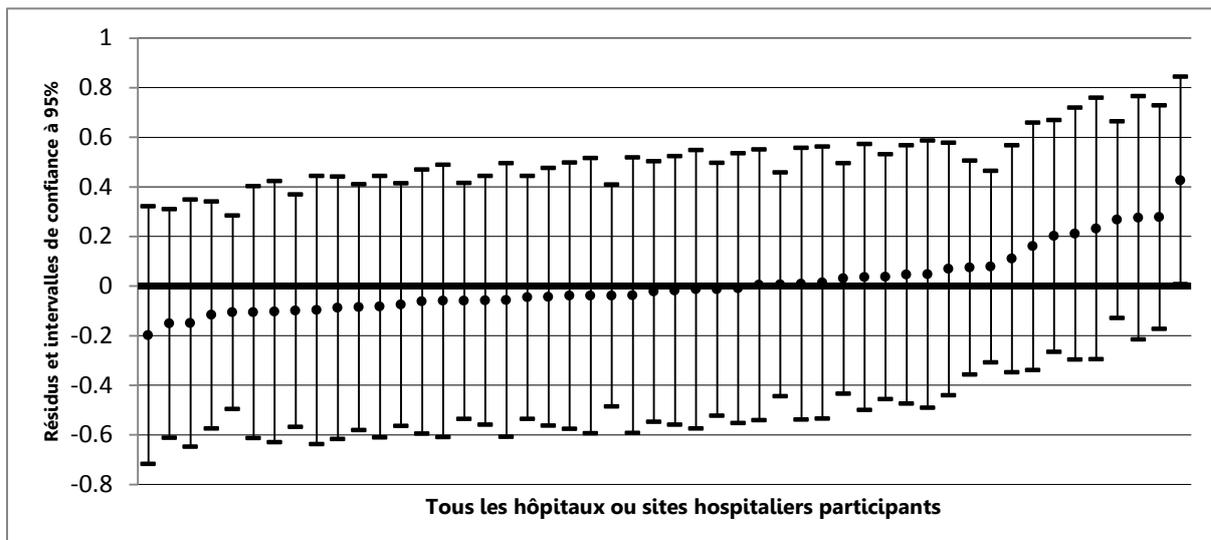
Les figures suivantes permettent une comparaison des différents types d'hôpitaux.

**Figure 22: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux universitaires, prise en charge spécialisée - chutes à l'hôpital**



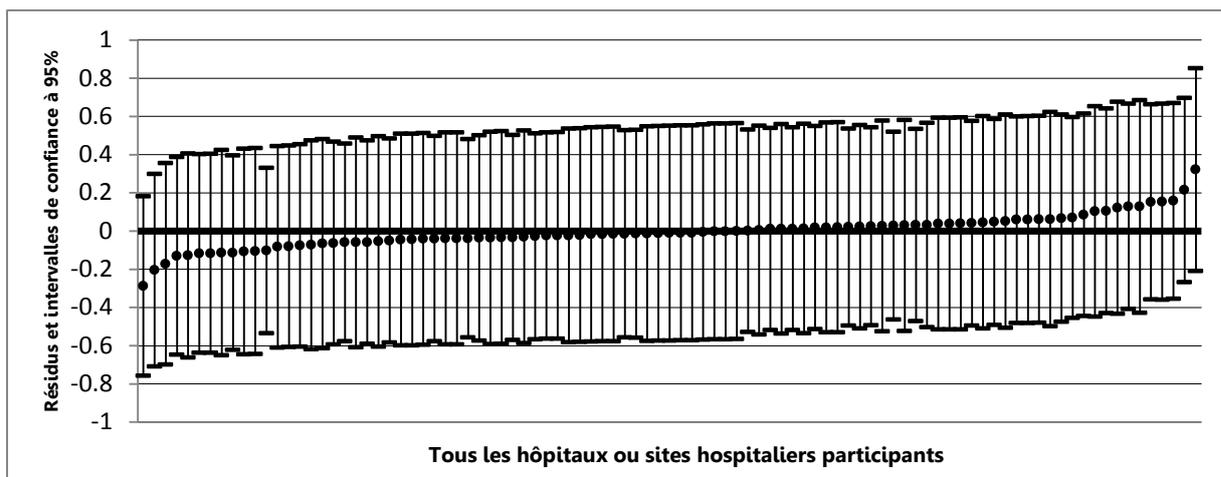
Aucun des quatre hôpitaux universitaires participants ne s'écarte significativement de l'ensemble des hôpitaux.

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



En ce qui concerne les hôpitaux de prise en charge spécialisée, un hôpital négatif au sens clinique s'écarte. Les hôpitaux de soins de base sont représentés dans la figure 24.

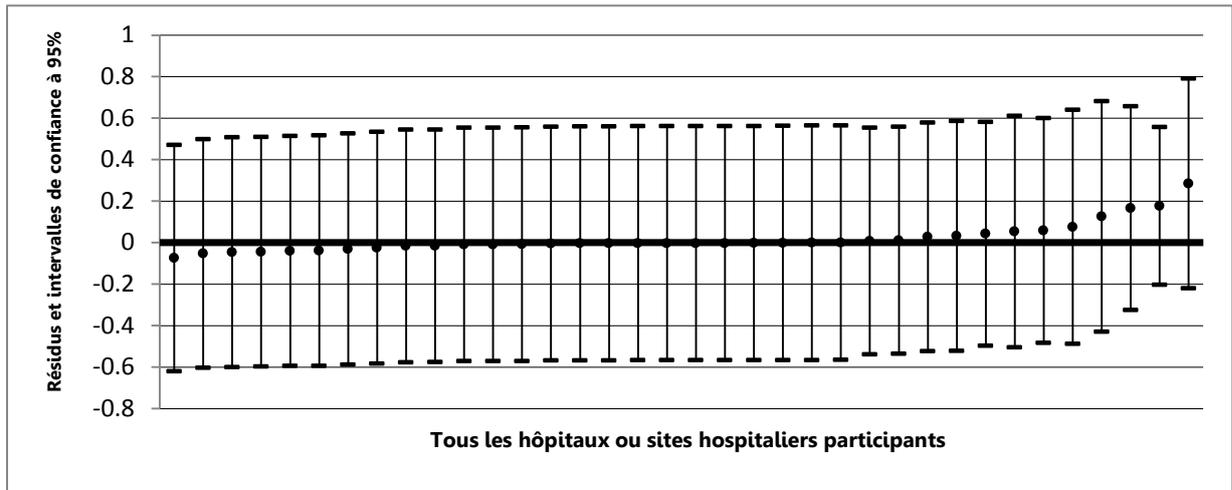
**Figure 24: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, soins de base – chutes à l'hôpital**



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

Les cliniques spécialisées sont les dernières représentées. Elles ne présentent de nouveau aucune particularité.

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



## 7. Discussion et conclusions

---

Avec les résultats de la mesure nationale 2012 de la prévalence des chutes et escarres présentés ici, c'est la deuxième fois que sont présentées des données sur la prévalence des indicateurs relatifs aux soins « Chutes » et « Escarres ». Les résultats peuvent être utilisés pour un benchmarking entre les hôpitaux (Amlung, Miller, & Bosley, 2001). Les résultats présentés par type d'hôpital permettent aux responsables des hôpitaux de comparer les résultats de leur établissement à ceux d'autres hôpitaux du même type. La comparaison doit permettre d'évaluer les structures, processus et résultats internes des établissements qui sont orientés en fonction des indicateurs et de montrer un potentiel d'optimisation. Cela est effectué avec l'objectif d'améliorer les résultats ou la qualité des soins aux patient-e-s (Amlung, et al., 2001 ; Stotts, Brown, Donaldson, Aydin, & Fridman, 2013).

### 7.1 Participant-e-s

Au total, 112 hôpitaux et groupes hospitaliers ont participé en 2011 à la première mesure nationale de la prévalence (répartis sur 159 sites). En 2012, 132 hôpitaux et groupes hospitaliers (répartis sur 186 sites hospitaliers) de Suisse et du Liechtenstein y ont participé. Cela correspond à 81,2 % des hôpitaux de soins aigus de Suisse ou 88,6 % des hôpitaux rattachés au contrat de qualité national de l'ANQ. Tous les cantons sont représentés. On peut donc dire que les unités de soins participantes sont représentatives des unités de soins des hôpitaux de soins aigus de la Suisse. Cette forte participation s'explique par l'engagement à réaliser la mesure à travers un contrat de qualité national.

Les résultats montrent un écart avec les autres pays, avec une participation toujours assez faible des patient-e-s à la mesure (75,4 %). La participation aux trois dernières mesures LPZ (avec consentement oral) aux Pays-Bas est de 93,4 % en moyenne (Halfens, et al., 2011 ; Halfens et al., 2010 ; Halfens et al., 2012). Concernant la mesure en Autriche en 2010, où une déclaration de consentement écrite était nécessaire, la participation a été de 78,2 % (Lohrmann, 2010). Il faut également noter que, comparé à la Suisse, un plus petit nombre d'hôpitaux ont participé volontairement à la mesure en Autriche (18 hôpitaux) et aux Pays-Bas (en moyenne 43 hôpitaux) par rapport à la population totale.

En Suisse, les raisons les plus diverses peuvent expliquer le faible taux de participation. Les différences de procédure entre les établissements pour demander le consentement éclairé des patient-e-s peuvent influencer le taux de participation. L'évaluation du deuxième cycle de mesure indique que la procédure de consentement oral était considérée comme bien plus facile à gérer. Cependant, l'information aux patient-e-s et la demande du consentement oral ne semblent pas faciles. C'est pourquoi la formation des équipes en charge de la mesure est importante. Le scepticisme ou l'ignorance de la population concernant l'objectif de la mesure de la prévalence peuvent aussi avoir une influence négative sur la participation. Concernant le refus de participer, il apparaît donc important de mieux informer le public sur l'obligation des hôpitaux à garantir une prise en charge de qualité. Les patient-e-s peuvent ainsi connaître l'importance que revêt cette mesure pour l'assurance qualité en milieu hospitalier. Les besoins directs des personnes concernées peuvent également être mieux connus.

Dans l'ensemble, il est difficile de déterminer l'influence des facteurs cités et éventuellement d'autres facteurs encore inconnus sur la participation à la mesure. Afin de pouvoir analyser plus en détails le problème de la non-participation, il serait utile pour les prochains cycles de mesure d'obtenir des données plus précises sur les patient-e-s qui ne veulent ou ne peuvent pas participer à la mesure. Des données socio-démographiques ainsi que des indications sur la morbidité, la durée d'hospitalisation et la raison de l'hospitalisation ainsi que les raisons personnelles de la non-participation seraient d'un grand intérêt. Afin qu'aucune donnée personnelle ne puisse être récoltée, des données déjà rassemblées des hôpitaux seraient utiles (par ex. combien de patient-e-s n'ont pas participé et pour quelles raisons).

Les données socio-démographiques des patient-e-s participant-e-s portent sur les patient-e-s hospitalisé-e-s dans les hôpitaux suisses. Il faut cependant veiller à ce que les données de la mesure tiennent compte de la durée de l'hospitalisation jusqu'au jour de la mesure et non de la durée d'hospitalisation complète. Avec 9,1 jours, la durée d'hospitalisation moyenne dans la mesure 2012 est proche de la moyenne suisse de 9,52 jours d'après les statistiques des hôpitaux 2011 (Office fédéral de la statistique, 2013a). Seul-e-s quelques patient-e-s sont hospitalisé-e-s plus longtemps. Près de 40 % des patient-e-s hospitalisé-e-s doivent subir une opération chirurgicale dans un hôpital de soins aigus, ce qui explique le nombre d'unités chirurgicales. En tant que signes cliniques, les maladies cardio-vasculaires, les troubles de l'appareil locomoteur, les maladies des reins et des voies urinaires, les troubles de l'appareil digestif, ainsi que les troubles de l'appareil respiratoire sont les principaux diagnostics dans cette mesure. Dans les statistiques médicales des hôpitaux 2011 (Office fédéral de la statistique, 2013b), les diagnostics blessures, appareil locomoteur, appareil circulatoire, appareil digestif et excroissances sont au premier plan. Ainsi, une correspondance certaine avec nos données, même si elle n'est pas parfaite, peut être observée.

Un bon cinquième des participant-e-s a besoin d'aide dans la vie quotidienne et pour les tâches ménagères. Si l'on compare ces données sur le besoin d'aide, c.-à-d. le besoin d'aide dans la vie quotidienne (ADL) ou pour les tâches ménagères (HDL) aux résultats des trois dernières mesures LPZ aux Pays-Bas, les résultats des hôpitaux universitaires suisses correspondent aux valeurs les plus basses de ceux des Pays-Bas (ADL : 15,5 % contre 17,9–27,8 % pour les Pays-Bas ; HDL : 12,0 % contre 10,7–18,2 % pour les Pays-Bas). Concernant les hôpitaux généraux et les cliniques spécialisées, la différence est plus faible pour les ADL (CH : 16,1–27,3 % contre 18,8–22,9 % pour les Pays-Bas), mais elle est plus élevée pour les HDL (CH 13,1–25,9 % contre 7,1–12,6 % pour les Pays-Bas).

Le besoin d'aide relativement élevé pour les HDL et les ADL est étayé par les données de dépendance aux soins relevées pour la première fois dans toute la Suisse. Un quart des participant-e-s sont au moins partiellement dépendant-e-s aux soins. Ces données de dépendance aux soins sont comparables à celles issues des mesures LPZ réalisées aux Pays-Bas où des valeurs de 22,8 % (2012), 26,5 % (2011) et 25,4 % (2010) ont été relevées.

## 7.2 Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital

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

Les patient-e-s souffrant d'escarres nosocomiales sont en moyenne plus souvent des hommes (50,1 %) et ont 10 ans de plus que l'échantillon global. Ces patient-e-s ont été opéré-e-s à peu près à la même fréquence (38,0 %) dans les deux dernières semaines que l'échantillon global (39,4 %).

En comparant les signes cliniques des patient-e-s participant-e-s hospitalisé-e-s en général avec les patient-e-s souffrant d'escarres nosocomiales, il ressort que ces derniers/dernières présentent beaucoup plus de signes cliniques que l'échantillon global. Ainsi par exemple, la part de patient-e-s atteint-e-s de maladies infectieuses (15,3 %), maladies psychiques (10,7 %), maladies des voies respiratoires (11,7 %), diabète sucré (10,9 %) et maladies cardio-vasculaires (19,5 %) est plus élevée. Ces patient-e-s sont également plus dépendant-e-s au niveau de l'aide que l'échantillon global (49,1 % sont dépendant-e-s d'une aide pour les activités de la vie quotidienne contre 22,5 % ; 38,5 % sont dépendant-e-s d'une aide pour les tâches ménagères contre 20,4 %). Ceci correspond aux résultats de l'échelle de dépendance aux soins, où 66,9 % des personnes concernées ont été évaluées comme étant partiellement dépendantes. Cela constitue une différence importante avec l'échantillon global, dans lequel cette part est de 25 %.

L'influence de l'âge sur le risque d'escarre a également été confirmée dans l'analyse à plusieurs variables, mais uniquement pour l'apparition d'escarre avec la catégorie 1. En excluant la catégorie 1, l'âge ne représente plus un prédicteur important. La catégorie « sexe masculin » apparaît dans les deux modèles, mais n'est pas significative pour les deux indicateurs d'escarre si l'on tient compte des autres variables déterminantes. Ces résultats correspondent à ceux issus de la littérature internationale décrivant les facteurs de risques pour les escarres survenues à l'hôpital (Fogerty et al., 2008 ; Wann-Hanson, Hagell, & Willman, 2008).

La dépendance aux soins est particulièrement remarquable pour les deux évaluations multivariées des escarres. Comme attendu, le risque augmente de manière linéaire avec l'augmentation de la dépendance aux soins. La valeur prédictive de l'EDS pour les escarres, qui n'est pas indiquée dans les publications jusqu'à présent, a déjà été étudiée à plusieurs reprises (Mertens, Halfens, Dietz, Scheufele, & Dassen, 2008 ; Tannen et al., 2010).

### 7.2.2 Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital

Comparés aux taux de prévalence, les résultats des hôpitaux sont répartis de manière relativement homogène. Avec une prévalence nosocomiale de 4,4 %, les données de la Suisse en comparaison internationale (fourchette entre 5,0 % et 11,6 %) présentent aussi des valeurs basses dans la mesure 2012. Pour les taux de prévalence nosocomiale excluant la catégorie 1, la mesure nationale de la Suisse indique, avec une valeur moyenne de 1,7 % au-dessus de l'ensemble des hôpitaux, un taux plus bas dans les publications internationales, où les valeurs indiquées sont comprises entre 3,1 % et 6,3 % (Vangeloooven, et al., 2012). Dans les types d'unités de soins, les patient-e-s se trouvant dans les unités de surveillance/IMC/surveillance cardiaque souffrent le plus souvent d'escarres nosocomiales hors catégorie 1, suivis des services chirurgicaux, non chirurgicaux et des soins intensifs. Ces résultats correspondent à ceux des publications internationales (zum Beispiel Brown, Donaldson, Burnes Bolton, & Aydin, 2010 ; Kottner, Wilborn, Dassen, & Lahmann, 2009 ; Van Gilder, Amlung, Harrison, & Meyer, 2009) ainsi qu'à une étude de Suisse (Perneger, Heliot, Rae, Borst, & Gaspoz, 1998).

Concernant la prévalence des escarres hors catégorie 1, les résultats des patient-e-s à risque (tableau 15) en matière de prévalence globale dans les hôpitaux suisses (6,4 %), comparés à la prévalence donnée dans les publications internationales (entre 6,1 % et 27,6 %), sont à inscrire dans la partie inférieure

(Vangelooven, et al., 2012). Les résultats des taux de prévalence nosocomiale hors catégorie 1 chez les patient-e-s à risque dans les hôpitaux suisses (3,3 %) sont plus bas que les données des LPZ (5,3 % – 11,2 %) aux Pays-Bas (Vangelooven, et al., 2012).

Si l'on compare les résultats à ceux de l'année précédente, on remarque la légère baisse des taux de prévalence descriptifs, tant pour les escarres que pour les chutes. Cela concerne principalement les hôpitaux de prise en charge spécialisée, les hôpitaux généraux ainsi que les hôpitaux de soins de base. Dans les hôpitaux universitaires et les cliniques spécialisées par contre, la prévalence d'escarres nosocomiales hors catégorie 1 en particulier a légèrement augmenté. Mais dans l'ensemble, ces décalages sont faibles. Les résultats de l'évaluation après ajustement au risque, d'une homogénéité semblable à la mesure de l'année précédente, ne confirment pas cette tendance à la baisse. Dans l'ensemble, l'importance du taux de réponse ainsi que l'échantillon plus grand et ses effets doivent être pris en compte pour la fiabilité de ces résultats. Les indicateurs de qualité sensible des soins ne permettent donc pas de tirer de nouvelles conclusions et recommandations sur la pratique des soins par rapport à la mesure de 2011.

Concernant la prévalence des escarres nosocomiales hors catégorie 1 chez les patient-e-s à risque, le résultat des hôpitaux suisses (3,3 %) est inférieur aux taux de prévalence indiqués dans les publications (entre 5,3 % et 11,2 %) (Vangelooven, et al., 2012). Il est possible que ce résultat soit lié au faible taux de réponse. Ce résultat pourrait être lié au fait que les patient-e-s à risque soient peut-être sous-représenté-e-s dans la mesure.

Concernant la catégorie des escarres survenues à l'hôpital, la plus fréquente est la catégorie 1 avec une part de 52,1 % pour la prévalence nosocomiale. La deuxième catégorie la plus fréquente est la catégorie 2 avec 32,2 %. Ces résultats correspondent aux données des publications internationales (par exemple Defloor et al., 2008 ; Gallagher et al., 2008 ; Halfens, et al., 2011).

Comme l'année précédente, le sacrum, le talon et le siège sont les localisations d'escarres les plus fréquemment citées. Ces résultats correspondent aux données des publications internationales (zum Beispiel Barbut et al., 2006 ; Gunningberg, 2006 ; Jenkins & O'Neal, 2010 ; Lohrman, 2010).

En comparaison nationale, on constate que les résultats des cliniques spécialisées diffèrent en partie de ceux des autres types d'hôpitaux. Il est possible que cela ait un lien avec le faible nombre de cas et les caractéristiques spécifiques des patient-e-s de ces établissements.

Le taux de réponse de la mesure 2012 est important pour l'interprétation des résultats de mesure globaux. Il laisse supposer que le taux de prévalence des escarres nosocomiales devrait être plus élevé (voir le chapitre 7.1). On peut toujours vraisemblablement supposer qu'une partie des patient-e-s à risque n'a pas participé à la mesure (Kottner, et al., 2009).

## 7.3 Indicateurs de structure « Escarres »

Les résultats pour les indicateurs de structure des escarres **au niveau de l'hôpital** indiquent dans certains domaines une différence entre les types d'hôpitaux en Suisse au niveau de la disponibilité de ces indicateurs. En comparaison internationale avec les autres mesures LPZ de ces trois dernières années aux Pays-Bas et en Autriche, la disponibilité des directives est plus basse dans les hôpitaux suisses (78,6 %) qu'aux Pays-Bas (100 %). L'indicateur pour les informations standardisées lors d'un transfert affiche un meilleur résultat en comparaison internationale (CH : 82,9 % par rapport à LPZ 54,1 – 89,05 %). Les résultats pour les spécialistes et un groupe de spécialistes sont comparables aux résultats autrichiens en 2010 et sont légèrement inférieurs aux résultats des deux dernières années aux Pays-Bas (CH 77,5 par rapport à LPZ 97,75 – 98,45). La disponibilité des formations continues (CH 56,1 % par rapport à LPZ 80,9-100 %) tend à être inférieure aux valeurs internationales. Les résultats pour les brochures d'information sont légèrement supérieurs à ceux de l'Autriche (2010), mais restent bien en dessous des valeurs des Pays-Bas sur les deux dernières années (CH 10,7 % par rapport à 98,45 %).

L'observation des indicateurs de structure relatifs aux escarres **au niveau des unités de soins** montre des différences modérées entre les types d'hôpitaux. En comparaison internationale, les hôpitaux suisses atteignent des valeurs semblables à légèrement plus élevées que les Pays-Bas pour les informations standardisées lors du transfert (CH 84,5 % par rapport à LPZ 76,75 – 86,8 %), pour la disponibilité de matériel de prévention (CH 96,7 % par rapport à LPZ 90,35 – 98,3 %) ainsi que pour l'identification des risques (CH 83,7 % par rapport LPZ 70,4 – 80 %). Les brochures d'information (CH 8,1 % par rapport à LPZ 33,9 – 38 %) sont par contre beaucoup moins présentes qu'aux Pays-Bas. De même, la tenue de tables rondes multidisciplinaires (CH 44,5 % par rapport à LPZ 61,4-65,5 %) a été indiquée moins souvent dans les hôpitaux suisses.

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

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

La répartition par sexe des patient-e-s participant-e-s victimes d'une chute diffère légèrement de l'échantillon global. La participation des femmes est plus élevée de 4,0 %. Les patient-e-s victimes d'une chute sont en moyenne plus âgé-e-s de 8,0 ans que les participant-e-s d'âge moyen de l'échantillon global. La part des participant-e-s victimes d'une chute qui ont subi une opération dans les deux semaines précédant la mesure, est plus faible d'environ 8,0 % par rapport à l'échantillon global. Dans l'ensemble, ces résultats sont approximativement semblables à ceux de l'année précédente.

En comparant les signes cliniques de l'ensemble des patient-e-s participant-e-s hospitalisé-e-s avec ceux des patient-e-s victimes d'une chute, on constate que la part des participant-e-s victimes d'une chute (8,1 %), ainsi que la part des patient-e-s souffrant d'une maladie cardio-vasculaire (9,8 %), est plus importante que dans l'échantillon global. Les maladies des reins ou des voies urinaires et organes génitaux (7,7 % de plus), les troubles psychiques (2,1 % de plus), le cancer (9,1 % de plus), les démences (26,6 % de plus) et le diabète sucré (8,3 % de plus) sont également un peu plus fréquentes. Ces patient-e-s sont plus dépendant-e-s que l'échantillon global (besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne : 36,2 % contre 22,5 % ; besoin d'aide pour les tâches ménagères : 27,7 % contre 20,4 %).

Ces résultats s'avèrent en partie différents dans l'analyse multivariée. Après ajustement pour de nombreux autres facteurs, le sexe se révèle ne plus présenter un plus grand risque de chute. Cependant, les facteurs de l'âge et de l'intervention chirurgicale sont également indiqués comme des prédicteurs importants dans l'analyse de régression. Mais pour l'âge, seul 75 et plus apparaît encore.

Comme pour l'escarre, la dépendance aux soins joue un rôle relativement important. Mais ici, seul un

rapport linéaire partiel est visible. Le risque de chute augmente jusqu'à la dépendance prépondérante, puis il retombe avec la dépendance complète. Cela est probablement dû à la faible mobilité des patient-e-s complètement dépendant-e-s aux soins.

De même, de nombreux signes cliniques ont un lien significatif avec le risque de chute. Il en va de même pour l'effet « positif » d'une intervention chirurgicale. Comme il y a de plus grands risques à ce que le/la patient-e opéré-e ne puisse plus descendre du lit après l'opération, il a moins d'importance en tant que facteur de protection. Les prédicteurs identifiés dans la présente analyse coïncident à quelques détails près avec les facteurs de risque reconnus issus des publications internationales (Cameron et al., 2010 ; Oliver, Daly, Martin, & McMurdo, 2004)

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

En comparaison internationale des taux de prévalence (Vangelooven, et al., 2012), le taux des chutes survenues dans les hôpitaux suisses est relativement élevé. Cela vaut notamment aussi pour la comparaison avec les mesures selon la méthode LPZ. Alors que le taux de prévalence dans les hôpitaux suisses pour tous les types d'hôpitaux est de 3,8 %, les derniers taux disponibles pour les Pays-Bas et l'Autriche indiquent respectivement 1,5 % et 3,2 % (2010) (Vangelooven, et al., 2012).

Les données relatives aux conséquences de la chute chez tous les patient-e-s ayant subi une chute dans la mesure suisse sont réparties différemment que lors des deux dernières mesures LPZ aux Pays-Bas. Plus de conséquences de chutes légères (33,8 %) et moyennes (20,6 %) que dans les mesures LPZ (env. 18,7 % et 14 % respectivement) sont signalées (Halfens, et al., 2011 ; Halfens, et al., 2010 ; Halfens, et al., 2012). En revanche, les valeurs sont semblables pour les blessures graves (37,7 %) et beaucoup plus basses pour les fractures de la hanche (7,9 %) que dans les mesures LPZ (respectivement 30,5 à 46 % et 20 à 33 %). Toutefois, il convient de noter que, pour les chutes survenues à l'hôpital, les données sur les conséquences des chutes sont uniquement disponibles pour un tiers des chutes. Ici la question se pose de savoir si la documentation incomplète des chutes survenues à l'hôpital ou la logique des questionnaires LPZ pour ce résultat a contribué à ce résultat et de quelle manière. En effet, on constate pour les indicateurs de structure que la majorité des hôpitaux ont enregistré des chutes. À partir de la mesure 2013, seules les données détaillées des chutes survenues en hôpital et de leurs conséquences sont relevées auprès de tous les patient-e-s ayant subi une chute (avant et après l'hospitalisation) et le formulaire est adaptée pour la mesure sur les conséquences des chutes.

## 7.5 Indicateurs de structure « Chutes »

Les résultats pour les indicateurs de structure relatifs aux chutes **au niveau de l'hôpital** indiquent également une différence au sujet de leur disponibilité entre les types d'hôpitaux en Suisse.

En comparaison internationale des trois dernières mesures LPZ (Halfens, et al., 2011 ; Halfens, et al., 2010 ; Halfens, et al., 2012), il faut noter qu'aux Pays-Bas, l'échantillon est, comparé à la Suisse, petit avec six à neuf établissements participants. Dans les hôpitaux suisses, le relevé des chutes avec les mesures LPZ des trois dernières années est semblable aux Pays-Bas et en Autriche (2010), tandis qu'une baisse de 20 % a été constatée pour cet indicateur aux Pays-Bas lors du cycle de mesure 2012. La transmission d'informations lors du transfert (80,7 %) a lieu plus souvent qu'aux Pays-Bas (en moyenne 40 %), mais un peu moins souvent qu'en Autriche (2010). Avec 61,5 %, la disponibilité d'un standard ou d'une directive pour la prévention des chutes est comparable aux résultats internationaux (LPZ 40 %–77,8 %). Pour les autres indicateurs, la disponibilité dans les hôpitaux suisses tend à être semblable ou un peu plus faible par rapport à l'international.

Pour les indicateurs de structure relatifs aux chutes **au niveau de l'unité de soins**, les hôpitaux suisses affichent une disponibilité semblable concernant la discussion des mesures de prévention avec les patient-e-s et les informations standardisées lors du transfert que les hôpitaux néerlandais et autrichiens (2010). En dehors de la disponibilité élevée des moyens auxiliaires pour la prévention des blessures en Suisse (Suisse 70,2 % contre 55,6 % dans les autres mesures LPZ), les autres indicateurs de structure présentaient des différences moins prononcées en matière de disponibilité. Comme dans les résultats internationaux, il y a globalement en Suisse moins d'indicateurs de structure relatifs aux chutes que d'indicateurs de structure relatifs aux escarres.

## 7.6 Comparaison des résultats des hôpitaux ajustés au risque

Pour résumer, on peut constater que les résultats des hôpitaux ajustés au risque révèlent une grande homogénéité pour les trois indicateurs. Seuls quelques hôpitaux se démarquent véritablement de l'ensemble des hôpitaux. Plusieurs raisons peuvent expliquer le faible nombre de ces hôpitaux. Il se peut que cela soit lié à la méthode adoptée pour la modélisation hiérarchique. Comme chacun sait, celle-ci a tendance à donner des résultats « conservateurs ». En d'autres termes, il faut s'attendre avec ces méthodes à trouver quelques écarts statistiques en raison de l'ajustement global.

Une autre explication pourrait résider dans le faible nombre de chutes rapporté par chaque hôpital. Comme le suggère par exemple la comparaison des graphiques des hôpitaux universitaires avec les trois autres types d'hôpitaux, les intervalles de confiance à 95 % indiqués pour les résidus sont également influencés par le nombre de chutes des patient-e-s participant-e-s. Les hôpitaux universitaires présentant un nombre de chutes relativement élevé ont comme prévu des intervalles de confiance plus restreints que les autres types d'hôpitaux.

Il en va de même pour la comparaison entre les hôpitaux de même type. En observant la comparaison entre les hôpitaux universitaires pour les escarres, les hôpitaux qui s'écartent négativement au sens clinique présentent non seulement les taux de prévalence non ajustés les plus élevés, mais également le plus grand nombre de chutes. Cette association des taux de prévalence et du nombre de chutes conduit vraisemblablement à un écart statistique. En d'autres termes, les petits hôpitaux n'ont avec cette méthode pratiquement aucune chance de présenter des valeurs statistiques aberrantes. D'un côté, cela peut être vu comme un inconvénient, mais de l'autre, cela peut être considéré comme une protection pour les plus petits hôpitaux. Les plus petits hôpitaux présentent un risque nettement plus grand pour les taux de prévalence qui peuvent être élevés accidentellement lors du jour de la mesure. (Krumholz, et al., 2006). Si

cette situation n'est pas prise en compte, la comparabilité est considérablement limitée.

Seules de faibles différences sont visibles par rapport à la mesure 2011. Certains hôpitaux ont été plutôt identifiés comme étant hors normes uniquement pour les escarres de catégories 1 à 4. Pour l'escarre de catégorie 2 à 4, il n'y en avait qu'un comme l'année précédente. Pour les chutes, il n'y en avait qu'un au lieu des deux de l'année précédente. Dans l'ensemble, les raisons à cela sont probablement de nature plus méthodique. Le fait qu'il y ait eu plus de cas hors normes en incluant la catégorie 1 est certainement dû à la plus grande incertitude relative à la découverte et au classement de cette catégorie.

Une autre raison pourrait être le modèle de risque légèrement modifié au niveau du/de la patient-e. La prise en compte de l'échelle de dépendance aux soins (EDS) a quelque peu modifié le modèle de risque. Dans les modèles de 2012, les différentes valeurs de l'EDS présentaient des odds ratios importants, parfois même à deux chiffres dans certains cas. Par comparaison avec les modèles des années 2011 et 2012, on remarque que l'EDS a influencé la pertinence d'autres indicateurs de soins. Ceci s'applique avec l'échelle de risque de Braden, dont les odds ratios étaient plus faibles pour les modèles d'escarres. De plus, les « activités de la vie quotidienne » ou l'« aide pour les tâches ménagères » n'apparaissent plus dans les modèles de 2012. Cela indique que l'EDS a remplacé ces indicateurs.

À cela s'ajoute généralement que l'adaptation du niveau d'évaluation des groupes hospitaliers aux sites hospitaliers a fait baisser la moyenne des chutes par unité de soins analysée, et ceci malgré l'augmentation du taux de participation. Avec la baisse du nombre de chutes par unité, les intervalles de confiance augmentent, ce qui implique un risque moindre pour les hôpitaux de pouvoir être identifiés comme étant hors normes.

## 7.7 Avantages et inconvénients

Il convient de noter qu'avec cette mesure, il s'agit de la deuxième mesure à l'échelon suisse. D'après les expériences des partenaires internationaux des LPZ, cela peut avoir une influence positive sur la qualité des données, en raison de la routine croissante au cours de la collecte des données. Afin d'éviter cette faiblesse, tous/toutes les coordinateur-trice-s des hôpitaux ont suivi une formation uniformisée dispensée par la BFH et des partenaires du projet. Le contenu des documents de formation des équipes en charge de la mesure et le dossier d'informations/manuel suisse (comme décrit au chapitre 4.2.4) ont été soigneusement rédigés. En outre, un service téléphonique a été mis à disposition la veille et le jour de la mesure. Une évaluation du processus de collecte et de saisie des données ne faisait pas partie de la demande d'ANQ à la Haute école spécialisée bernoise.

Cette mesure a pour avantage que les instruments de mesure soient uniformisés au niveau international. Comme il en a été question dans le chapitre 4, cette méthode présente encore quelques inconvénients, qui pourront être corrigés pour les mesures à venir au travers d'un processus de validation (par exemple, des techniques d'entretiens cognitifs et des tests psychométriques). Le relevé de données cliniques au lit du/de la patient-e augmente également (par rapport à la collecte basée sur les données des documents des patient-e-s) la fiabilité des résultats, car une sous-estimation est souvent le cas. Cela a par exemple été constaté dans l'évaluation d'un programme de prévention des « adverse events » Escarre et Chute (van Gaal et al., 2011).

La participation plutôt faible des patient-e-s peut nuire à la représentativité de l'échantillon (voir chapitre 7.1). Pour la deuxième mesure, la suppression du consentement écrit a diminué l'influence sur la faible participation. Les taux de participation sont tout de même très différents entre les établissements. Une participation d'au moins 80 % doit être recherchée pour la mesure de la prévalence, car cela augmente les chances de pouvoir comparer des données avec celles issues des mesures LPZ internationales. Il faut se demander si une politique d'information publique plus active pourrait être utile afin de motiver les patient-e-s ainsi que leurs représentant-e-s à participer à la mesure.

La procédure d'évaluation établie par la chaque cycle de mesure est un autre point fort de cette méthode. Les résultats mènent à des adaptations de l'organisation de la mesure ainsi que des instruments de collecte en accord avec le groupe de recherche international LPZ. Ainsi, des optimisations orales ont pu être effectuées dans la formulation des questions structurelles pour la mesure 2012. Les catégories de réponses suggérées par les participant-e-s dans le domaine des escarres et des chutes ont pu être complétées (par ex. les interventions courantes en Suisse dans le domaine de la prévention des escarres comme « Mouvement et mobilisation »). Globalement, l'organisation de la mesure et la mesure ont aussi été évaluées de manière positive par les participant-e-s pour l'organisation de la mesure 2012.

L'analyse par site hospitalier selon la typologie hospitalière de l'OFS (Office fédéral de la statistique, 2006) a eu pour conséquence que les établissements avec un mandat de prestations étendu se sont attribué différents types d'hôpitaux selon le site. Pour l'évaluation, cela signifie que leurs résultats concernent plusieurs types d'hôpitaux. Par conséquent, les différents mandats de prestations ont pu être pris en compte au niveau des sites (mais pas au niveau de l'établissement global), ce qui a un effet négatif sur le benchmarking. Un benchmarking au niveau de l'établissement global n'est pas toujours possible. Cette imprécision ne peut pas être évitée en raison de la typologie du BFS. Elle doit être acceptée en tant que conséquence inévitable de l'utilisation de cette typologie.

Le plus grand avantage de cette deuxième mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres est la taille de l'échantillon encore plus grande qu'en 2011, qui permet une meilleure représentativité des données et une méthode statistique de grande envergure, deux conditions nécessaires à un ajustement correct.

## 8. Recommandations

---

Le chapitre « Discussion et conclusions » et celui sur les avantages et inconvénients de la mesure montrent qu'aucune recommandation étendue ne devrait encore être donnée à la suite de cette deuxième mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres en Suisse. Ce qui est sûr, c'est que les mesures répétées permettent aux hôpitaux de contrôler et éventuellement ajuster leur qualité concernant les chutes et escarres. En effet, la publication des données de qualité peut promouvoir les processus de développement de la qualité dans les établissements (Fung, Lim, Mattke, Damberg, & Shekelle, 2008 ; Ketelaar et al., 2011 ; Totten et al., July 2012).

Les analyses tendanciennes des mesures répétées dans le contexte international suggèrent que les taux de prévalence tendent à être de plus en plus bas (Brown, et al., 2010 ; Kottner, et al., 2009 ; Stotts, et al., 2013), tandis que la sensibilisation aux indicateurs mesurés et l'utilisation ciblée de traitements et de mesures préventives gagnent du poids (Gunningberg, Donaldson, Aydin, & Idvall, 2011). Il est ainsi possible d'observer une amélioration des résultats en optimisant sur le plan procédural la pratique clinique (Gunningberg, et al., 2011).

Les données du cycle de mesure 2011 n'ont pu être dévoilées et publiées qu'au printemps 2013. Il est donc sûrement trop tôt pour discuter des analyses tendanciennes ou des effets du benchmarking national. Il faut généralement plus de temps pour effectuer un cycle complet de développement de la qualité. Les résultats de la mesure 2013 devraient permettre de tirer des conclusions plus évidentes. Compte tenu de l'opposition entre l'homogénéité des résultats ajustés aux risques quand on compare les hôpitaux et les différences concernant les mesures introduites et les indicateurs de structure utilisés, la question est de savoir dans quelle mesure les mesures de prévention et de traitement existantes ou introduites sont effectives et efficaces. Les indices des soins insuffisants et excessifs se retrouvent par exemple dans l'utilisation de matériel de pansement des plaies pour la catégorie d'escarre 1 ainsi que dans l'utilisation insuffisante de l'éducation du patient. Le fait qu'un cinquième des participant-e-s ayant subi une chute ne bénéficient d'aucune mesure de prévention des chutes peut être considéré comme un indice de soins insuffisants.

Les taux de prévalence de la comparaison internationale indiquent que la qualité peut être jugée bonne en ce qui concerne les indicateurs relatifs aux soins pour les escarres. En comparaison internationale, les mesures de prévention semblent ne pas connaître un grand succès dans le domaine de la prévention des chutes. Une réduction supplémentaire des chutes semble nécessaire.

Concernant le traitement des blessures liées aux escarres, les résultats de 2012 sont comparables à la mesure 2011. Barbut et al. (2006) ont constaté dans leur mesure que les méthodes de traitement des plaies n'étaient pas toujours adéquates et que des produits en partie non adaptés au stade de la plaie étaient utilisés. En observant de plus près cette mesure, la question se pose de savoir dans quelle mesure les mesures préventives et le traitement des escarres correspondent respectivement à l'état actuel de la science et à la situation actuelle. Par exemple, comme l'année précédente, un éventail particulièrement large de produits de traitement des plaies est utilisé pour les escarres de catégorie 1. Comme la peau reste intacte dans le cas des escarres de catégorie 1, les directives internationales recommandent un soulagement de la pression et des soins de la peau immédiats en tant que premières mesures ( Defloor et al., 2004 ; European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009b ; Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland, 2011). Pour les escarres de catégories 2, 3 et 4, il est souvent indiqué de ne pas utiliser de pansement. Cette procédure ne correspond pas non plus aux connaissances actuelles.

Les résultats indiquent que presque un patient sur cinq ayant subi une chute ne bénéficie d'aucune mesure de prévention des chutes et qu'au moins quatre personnes sur cinq ayant subi une chute ne bénéficie d'aucune mesure de prévention des blessures. Des revues plus récentes indiquent qu'une approche d'intervention multiple est efficace pour la prévention des chutes en hôpital (Cameron, et al., 2010 ; Miake-Lye, Hempel, Ganz, & Shekelle, 2013). Miake-Ly et al. (2013) en particulier ont constaté l'importance de la culture organisationnelle (interlocuteurs et moyens auxiliaires spécialisés, etc.) pour une mise en œuvre réussie d'un programme d'intervention contre les chutes. Si l'on tient compte du fait qu'une chute est considérée comme le prédicteur le plus important pour d'autres chutes dans l'anamnèse (Frank & Schwendimann, 2008 ; Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004 ; Victorian Government Department of Human Services, 2004), il y a à toujours un grand potentiel pour le développement de la qualité. Bien qu'il soit trop tôt pour tirer des conclusions explicites, le processus de développement de la qualité a probablement été introduit dans certains établissements sur la base de la baisse des taux de prévalence.

La mesure nationale de la prévalence donne de nouveau aux hôpitaux la possibilité de revoir ou de perfectionner à la fois les éléments d'assurance qualité sur le plan structurel, mais aussi l'évidence et l'efficacité des mesures et stratégies de prévention introduites sur le plan procédural. En attendant de recevoir des recommandations sûres, les établissements peuvent suivre les directives et recommandations actuelles (par exemple les directives du DNQP) et prendre en compte les nouvelles publications de recherche pour comparer leur pratique des soins avec les directives publiées (zum Beispiel Niederhauser et al., 2012 ; Spoelstra, Given, & Given, 2012). Il est également recommandé de combiner les résultats du benchmarking avec les analyses de processus internes (analyses des chutes des patient-e-s concerné-e-s). Cela permet une comparaison concrète de l'état théorique/réel avec le niveau de qualité défini en interne, permettant d'acquérir des indications importantes pour les processus internes de développement de la qualité.

## Bibliographie

---

- Akaike, H. (1974). A new look at the stastical model identification. *IEEE Transaction on Automatic Control*, *19*(6), 716-723.
- Amlung, S. R., Miller, W. L., & Bosley, L. M. (2001). The 1999 National Pressure Ulcer Prevalence Survey: a benchmarking approach. *Advances in Skin & Wound care*, *14*(6), 297-301.
- ANQ, BFH, & Kantonale Ethikkommission Bern. (2012). *Memorandum zur Beurteilung der Prävalenzmessung Sturz&Dekubitus des ANQ aus der Perspektive der KEK Bern*. ANQ.
- Barbut, F., Parzybut, B., Boelle, P. Y., Neyme, D., Farid, R., Kosmann, M. J., & Luquel, L. (2006). [Pressure sores in a university hospital]. *Presse Med*, *35*(5 Pt 1), 769-778.
- Bergstrom, N., Braden, B., Kemp, M., Champagne, M., & Ruby, E. (1998). Predicting pressure ulcer risk: a multisite study of the predictive validity of the Braden Scale. *Nurs Res*, *47*(5), 261-269.
- Bours, G. J., Halfens, R. J. G., & Haalboom, J. E. R. (1999). The development of a national registration form to measure the prevalence of pressure ulcers in the Netherlands. *Ostomy Wound Management*, *45*(11), 20-40.
- Brown, D. S., Donaldson, N., Burnes Bolton, L., & Aydin, C. E. (2010). Nursing-sensitive benchmarks for hospitals to gauge high-reliability performance. *Journal for Healthcare Quality*, *32*(6), 9-17.
- Bundesamt für Statistik. (2006). Krankenhaustypologie. Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. Retrieved from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index.html>.
- Bundesamt für Statistik. (2013a, 14.03.2013). Krankenhäuser - IndikatorenHospitalisierungen Retrieved Juni 2013, 2013, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/04/01/key/lnanspruchnahme.html>
- Bundesamt für Statistik. (2013b). Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2011 - Standardtabellen. Neuchâtel,.
- Cameron, I., Murray, G., Gillespie, L., Robertson, M., Hill, K., Cumming, R., & Kerse, N. (2010). Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. . *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1).
- Dassen, T., Balzer, K., Bansemir, G., Kühne, P., Sabarowski, R., & Dijkstra, A. (2001). Die Pflegeabhängigkeitsskala, eine methodologische Studie. *Pflege*, *14*, 123-127.
- Dassen, T., Tannen, A., & Lahmann, N. (2006). Pressure ulcer, the scale of the problem. In M. Romanelli (Ed.), *Science and Praxis of pressure ulcer management* London: Springer.
- Defloor, T., Gobert, M., Bouzegta, N., Beeckman, D., Vanderwee, K., & Van Durme, T. (2008). Etude de la prévalence des escarres dans les hôpitaux belges 2008, Projet PUMap. Bruxelles: Bruxelles: Service Public Fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Universiteit Gent, Université Catholique de Louvain.
- Defloor, T., Herremans, A., Grypdonck, M., De Schuijmer, J., Paquay, L., Schoonhoven, L., . . . Weststraete, J. (2004). Recommandation belge pour la prévention des escarres (Vol. 2). Bruxelles: Santé publique, Sécurité de la Cheine Alimentaire et Environnement.
- Dijkstra, A., Tiesinga, L. J., Plantinga, L., Veltman, G., & Dassen, T. W. (2005). Diagnostic accuracy of the care dependency scale. *Journal of Advanced Nursing*, *50*(4), 410-416.
- EPUAP, & NPUAP. (2009). Dekubitus - Prävention. Eine Kurzanleitung. Retrieved from European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009a). Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009b). Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
- Fogerty, M. D., Abumrad, N. N., Nanney, L., Arbogast, P. G., Poulouse, B., & Barbul, A. (2008). Risk factors for pressure ulcers in acute care hospitals. *Wound Repair and Regeneration*, *16*, 11-18.
- Frank, O., & Schwendimann, R. (2008). *Sturzprävention. Orientierungshilfe und Empfehlungen für stationäre Gesundheitsinstitutionen, Einrichtungen der Langzeitbetreuung, Institutionen der primären Gesundheitsversorgung (Spitex und Hausärzte)*. Zürich.
- Fung, C. H., Lim, Y. W., Mattke, S., Damberg, C., & Shekelle, P. G. (2008). Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Annals of internal medicine*, *148*(2), 111-123.
- Gallagher, P., Barry, P., Hartigan, I., McCluskey, P., O'Connor, K., & O'Connor, M. (2008). Prevalence of pressure ulcers in three university teaching hospitals in Ireland. *Journal of Tissue Viability*, *17*(4),

103-109.

- Gordis, L. (2009). *Epidemiology* (4th ed.). Philadelphia: Saunders.
- Gunningberg, L. (2006). EPUAP pressure ulcer prevalence survey in Sweden: a two-year follow-up of quality indicators. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 33(3), 258-266.
- Gunningberg, L., Donaldson, N., Aydin, C., & Idvall, E. (2011). Exploring variation in pressure ulcer prevalence in Sweden and the USA: benchmarking in action. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*.
- Halfens, R. J. G., Bours, G. J., & Van Ast, W. (2001). Relevance of the diagnosis 'stage 1 pressure ulcer': an empirical study of the clinical course of stage 1 ulcers in acute care and long-term care hospital populations. [Comparative Study]. *Journal of Clinical Nursing*, 10(6), 748-757.
- Halfens, R. J. G., Meesterberends, E., Meijers, J. M. M., Du Moulin, M. F. M. T., van Nie, N. C., Neyens, J. C. L., & Schols, J. M. G. A. (2011). Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Rapportage resultaten 2011. Maastricht: Universiteit Maastricht, CAPHRI school for Public Health and Primary care, Department of Health Services Research.
- Halfens, R. J. G., Meijers, J. M. M., Du Moulin, M. F. M. T., van Nie, N. C., Neyens, J. C. L., & Schols, J. M. G. A. (2010). Landelijke Prevalentiemeting Zorgprobleme Rapportage resultaten 2010. Maastricht Universiteit Maastricht, CAPHRI school for Public Health and Primary care, Department of Health Services Research.
- Halfens, R. J. G., Meijers, J. M. M., Meesterberends, E., Van Nie, N. C., Neyens, J. C. L., Rondas, A. L. M., & Schols, J. M. G. A. (2012). Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Rapportage resultaten 2012. In C. s. f. P. H. a. P. c. Universiteit Maastricht, Department of Health Services Research (Ed.). Maastricht.
- Halfens, R. J. G., Meijers, J. M. M., Neyens, J. C. L., & Schols, J. M. G. A. (2009). Rapportage resultaten, Landelijke Prevalentiemeting, Zorgproblemen. Maastricht: Universiteit Maastricht, CAPHRI school for Public Health and Primary care, Department of Health Services Research.
- Halfens, R. J. G., Van Achterberg, T., & Bal, R. M. (2000). Validity and reliability of the braden scale and the influence of other risk factors: a multi-centre prospective study. [Multicenter Study]. *International Journal of Nursing Studies*, 37(4), 313-319.
- Jenkins, M. L., & O'Neal, E. (2010). Pressure ulcer prevalence and incidence in acute care. *Adv Skin Wound Care*, 23(12), 556-559.
- Ketelaar, N. A., Faber, M. J., Flottorp, S., Rygh, L. H., Deane, K. H., & Eccles, M. P. (2011). Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. [Meta-Analysis, Research Support, Non-U.S. Gov't, Review]. *Cochrane database of systematic reviews*(11), CD004538.
- Kottner, J., Wilborn, D., Dassen, T., & Lahmann, N. (2009). The trend of pressure ulcer prevalence rates in German hospitals: results of seven cross-sectional studies. *Journal of Tissue Viability*, 18(2), 36-46.
- Krumholz, H. M., Brindis, R. G., Brush, J. E., Cohen, D. J., Epstein, A. J., Furie, K., . . . Normand, S. L. (2006). Standards for statistical models used for public reporting of health outcomes: an American Heart Association Scientific Statement from the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Writing Group: cosponsored by the Council on Epidemiology and Prevention and the Stroke Council. Endorsed by the American College of Cardiology Foundation. [Guideline]. *Circulation*, 113(3), 456-462. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.170769
- Kuster, B. (2009). Literatuarbeit und Expertinnen/Experten-Bewertung für relevante Qualitätsindikatoren Pflege. Bern: Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (2004). Richtlijn: Preventie van valincidenten bij ouderen.
- Lohrman, C. (2010). Europäische Pflegequalitätserhebung: 13. April 2010. Graz: Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft.
- Lohrmann, C., Dijkstra, A., & Dassen, T. (2003). The Care Dependency Scale: an assessment instrument for elderly patients in German hospitals. *Geriatric Nursing* 24(1), 40-43.
- LPZ Maastricht. (2012). Messhandbuch und Begleitdokumente LPZ, Messzyklus 2011 Maastricht: Universiteit Maastricht, CAPHRI school for Public Health and Primary care, Department of Health Services Research.
- Mertens, E. I., Halfens, R. J. G., Dietz, E., Scheufele, R., & Dassen, T. (2008). Pressure ulcer risk screening in hospitals and nursing homes with a general nursing assessment tool: evaluation of the care dependency scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(6), 1018-1025.
- Miake-Lye, I. M., Hempel, S., Ganz, D. A., & Shekelle, P. G. (2013). Inpatient fall prevention programs as a

- patient safety strategy: a systematic review. [Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S. Review]. *Annals of internal medicine*, 158(5 Pt 2), 390-396. doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005
- Müller, M. (2011). *Statistik für die Pflege: Handbuch für Pflegeforschung und -wissenschaft*. Bern: Huber.
- Neyens, J. (2007). *Fall prevention in psychogeriatric nursing home residents*. PhD, Maastricht University, Maastricht.
- Niederhauser, A., VanDeusen Lukas, C., Parker, V., Ayello, E. A., Zulkowski, K., & Berlowitz, D. (2012). Comprehensive programs for preventing pressure ulcers: A review of the literature. *Advances in Skin & Wound Care*, 25, 167-188.
- Oliver, D., Daly, F., Martin, F. C., & McMurdo, M. E. T. (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: A systematic review. *Age and Ageing*, 33, 122-130.
- Perneger, T. V., Heliot, C., Rae, A. C., Borst, F., & Gaspoz, J. M. (1998). Hospital-acquired pressure ulcers: risk factors and use of preventive devices. *Archives of Internal Medicine* 158(17), 1940-1945.
- Peters, M., & Passchier, J. (2006). Translating instruments for cross-cultural studies in headache research. *Headache*, 46(1), 82-91.
- Prüfer, C., & Rexroth, M. (2000). Zwei-Phasen - Pretesting (pp. 1-21). Mannheim: ZUMA.
- Rabe-Hesketh, S., & Skrondal, A. (2008). *Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata*. College Station, TX.
- Schubert, M., Clarke, S. P., Glass, T. R., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2009). Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. [Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7)
- Shahian, D. M., & Normand, S. L. (2008). Comparison of "risk-adjusted" hospital outcomes. [Comparative Study, Multicenter Study, Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Circulation*, 117(15), 1955-1963. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.747873
- Snijders, T. A. B., & Bosker, R. (2011). *Multilevel Analysis: An Introduction to Basic and Advanced Multilevel Modeling* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Spoelstra, S. L., Given, B. A., & Given, C. W. (2012). Falls prevention in hospitals: An integrative review. *Clinical Nursing Research*, 21, 92-112.
- Stiftung für Patientensicherheit. (2011). Spannungsblasen durch postoperative Verbände. *Quick-Alert®, Nr. 21*.
- 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.
- Tannen, A., Balzer, K., Kottner, J., Dassen, T., Halfens, R., & Mertens, E. (2010). Diagnostic accuracy of two pressure ulcer risk scales and a generic nursing assessment tool. A psychometric comparison. [Comparative Study]. *Journal of Clinical nursing*, 19(11-12), 1510-1518.
- The American Nurses Association. (2011). Nursing-Sensitive Indicators Retrieved Juni 2011, Juni 2011, from [http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Research-Measurement/The-National-Database/Nursing-Sensitive-Indicators\\_1.aspx](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/Research-Measurement/The-National-Database/Nursing-Sensitive-Indicators_1.aspx)
- Totten, A. M., Wagner, J., Tiwari, A., O'Haire, C., Griffin, J., & Walker, M. (July 2012). Public Reporting as a Quality Improvement Strategy Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science
- van Gaal, B. G., Schoonhoven, L., Mintjes, J. A., Borm, G. F., Koopmans, R. T., & van Achterberg, T. (2011). The SAFE or SORRY? programme. part II: effect on preventive care. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *International Journal of Nursing Studies*, 48(9), 1049-1057.
- Van Gilder, C., Amlung, S. R., Harrison, P., & Meyer, S. (2009). Results of the 2008-2009 International Pressure Ulcer Prevalence Survey and a 3-Year, Acute Care, Unit-Specific Analysis. *Ostomy Wound Management*, 55(11), 39-45.
- Vangelooven, C., Richter, D., & Hahn, S. (2012). Nationale Prävalenzmessung Sturz und Dekubitus. Schlussbericht Messung 2011. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Abteilung angewandte Forschung und Entwicklung, Dienstleistung.
- Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland. (2011). Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling. Utrecht.
- Victorian Government Department of Human Services. (2004). Minimising the Risk of Falls and Fall-related Injuries. Guidelines for Acute, Sub-acute and Residential Care Settings. Melbourne Victoria: Victorian Government Department of Human Services.

- Von Siebenthal, D., & Baum, S. (2012). Dekubitus: Epidemiologie, Definition und Prävention. *Wundmanagement, Supplement* (3), 20-27.
- Wang, W. L., Lee, H. L., & Fetzer, S. J. (2006). Challenges and strategies of instrument translation. *Western Journal of Nursing Research*, 28(3), 310-321.
- Wann-Hanson, C., Hagell, P., & Willman, A. (2008). Risk factors and prevention among patients with hospital-acquired and pre-existing pressure ulcers in an acute care hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1718-1727.
- White, P., McGillis Hall, I., & Lalonde, M. (2011). Adverse Patient Outcomes In D. M. Doran (Ed.), *Nursing Outcomes. The state of the science*. (second ed.). Sudbury MA: Jones & Bartlett Learning.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*, 8(2), 94-104.

## Annexe

**Tableau 52 : taux de réponse au niveau des sites hospitaliers**

Hôpital	Participation non	Participation oui
Numéro	n (%)	n (%)
1	72 (23.4)	236 (76.6)
2	36 (33.3)	72 (66.7)
3	3 (7.5)	37 (92.5)
4	13 (32.5)	27 (67.5)
5	2 (8.0)	23 (92.0)
6	160 (44.0)	204 (56.0)
7	0 (0.0)	10 (100.0)
8	12 (17.60)	56 (82.4)
9	23 (21.5)	84 (78.50)
10	39 (25.0)	117 (75.0)
11	7 (15.6)	38 (84.4)
12	29 (24.6)	89 (75.4)
13	6 (15.0)	34 (85.0)
14	23 (23.7)	74 (76.3)
15	34 (18.5)	150 (81.5)
16	43 (16.7)	214 (83.3)
17	50 (22.6)	171 (77.4)
18	8 (14.0)	49 (86.0)
19	8 (16.7)	40 (83.3)
20	7 (11.3)	55 (88.7)
21	24 (23.5)	78 (76.5)
22	19 (33.9)	37 (66.1)
23	3 (25.0)	9 (75.0)
24	12 (14.6)%	70 (85.4)
25	26 (22.2)	91 (77.8)
26	140 (36.0)	249 (64.0)
27	17 (19.1)	72 (80.9)
28	13 (17.3)	62 (82.7)
29	69 (39.4)	106 (60.6)
30	39 (25.5)%	114 (74.5)
31	6 (18.8)	26 (81.2)
32	54 (27.7)	141 (72.3)
33	5 (23.8)	16 (76.2)
34	5 (11.9)	37 (88.1)
35	8 (14.3)	48 (85.7)
36	9 (14.1)	55 (85.9)
37	7 (22.6)	24 (77.4)
38	18 (24.3)	56 (75.7)
39	147 (25.6)	427 (74.4)

Hôpital	Participation non	Participation oui
Numéro	n (%)	n (%)
40	15 (20.8)	57 (79.2)
41	40 (22.2)	140 (77.8)
42	1 (3.6)	27 (96.4)
43	1 (5.0)	19 (95.0)
44	16 (16.2)	83 (83.8)
45	31 (19.4)	129 (80.6)
46	6 (17.6)	28 (82.4)
47	31 (13.7)	196 (86.3)
48	9 (16.1)	47 (83.9)
49	47 (25.0)	141 (75.0)
50	77 (32.5)	160 (67.5)
51	18 (16.7)	90 (83.3)
52	13 (21.7)	47 (78.3)
53	5 (15.6)	27 (84.4)
54	18 (30.5)	41 (69.5)
55	21 (25.0)	63 (75.0)
56	19 (45.2)	23 (54.8)
57	0 (0.0)	5 (100.0)
58	4 (36.4)	7 (63.6)
59	13 (33.3)	26 (66.7)
60	158 (26.2)	445 (73.8)
61	73 (29.7)	173 (70.3)
62	74 (21.2)	275 (78.8)
63	11 (13.9)	68 (86.1)
64	6 (16.2)	31 (83.8)
65	20 (42.6)	27 (57.4)
66	15 (17.2)	72 (82.8)
67	4 (21.1)	15 (78.9)
68	0 (0.0)	9 (100.0)
69	135 (29.4)	324 (70.6)
70	10 (25.0)	30 (75.0)
71	11 (23.9)	35 (76.1)
72	62 (28.7)	154 (71.3)
73	72 (35.8)	129 (64.2)
74	5 (19.2)	21 (80.8)
75	23 (23.2)	76 (76.8)
76	16 (28.1)	41 (71.9)
77	0 (0.0)	10 (100.0)
78	2 (25.0)	6 (75.0)
79	22 (18.5)	97 (81.5)
80	5 (6.2)	75 (93.8)
81	6 (12.2)	43 (87.8)

Hôpital	Participation non	Participation oui
Numéro	n (%)	n (%)
82	1 (7.1)	13 (92.9)
83	32 (18.3)	143 (81.7)
84	65 (22.5)	224 (77.5)
85	21 (28.4)	53 (71.6)
86	11 (20.8)	42 (79.2)
87	3 (7.7)	36 (92.3)
88	4 (14.3)	24 (85.7)
89	28 (27.2)	75 (72.8)
90	22 (20.2)	87 (79.8)
91	60 (39.7)	91 (60.3)
92	32 (21.2)	119 (78.8)
93	15 (25.9)	43 (74.1)
94	10 (23.3)	33 (76.7)
95	56 (44.4)	70 (55.6)
96	3 (23.1)	10 (76.9)
97	12 (27.3)	32 (72.7)
98	24 (23.5)	78 (76.5)
99	0 (0.0)	16 (100.0)
100	12 (25.5)	35 (74.5)
101	8 (18.2)	36 (81.8)
102	15 (19.2)	63 (80.8)
103	12 (13.5)	77 (86.5)
104	12 (25.0)	36 (75.0)
105	5 (20.0)	20 (80.0)
106	48 (33.3)	96 (66.7)
107	10 (20.8)	38 (79.2)
108	14 (63.6)	8 (36.4)
109	60 (26.3)	168 (73.7)
110	31 (32.3)	65 (67.7)
111	21 (23.3)	69 (76.7)
112	2 (8.7)	21 (91.3)
113	23 (20.0)	92 (80.0)
114	33 (44.6)	41 (55.4)
115	3 (13.0)	20 (87.0)
116	4 (9.3)	39 (90.7)
117	5 (22.7)	17 (77.3)
118	2 (20.0)	8 (80.0)
119	15 (23.1)	50 (76.9)
120	23 (26.1)	65 (73.9)
121	8 (23.5)	26 (76.5)
122	0 (0.0)	1 (100.0)
123	3 (13.0)	20 (87.0)

Hôpital	Participation non	Participation oui
Numéro	n (%)	n (%)
124	29 (44.6)	36 (55.4)
125	2 (18.2)	9 (81.8)
126	15 (39.5)	23 (60.5)
127	2 (5.4)	35 (94.6)
128	33 (17.2)	159 (82.8)
129	10 (22.2)	35 (77.8)
130	1 (9.1)	10 (90.9)
131	26 (44.1)	33 (55.9)
132	0 (0.0)	31 (100.0)
133	114 (16.4)	580 (83.6)
134	20 (24.7)	61 (75.3)
135	149 (23.0)	498 (77.0)
136	5 (25.0)	15 (75.0)
137	50 (52.6)	45 (47.4)
138	14 (53.8)	12 (46.2)
139	66 (28.4)	166 (71.6)
140	8 (47.1)	9 (52.9)
141	85 (29.5)	203 (70.5)
142	1 (4.2)	23 (95.8)
143	2 (25.0)	6 (75.0)
144	29 (16.0)	152 (84.0)
145	9 (21.4)	33 (78.6)
146	24 (22.4)	83 (77.6)
147	3 (10.7)	25 (89.3)
148	6 (17.1)	29 (82.9)
149	23 (20.4)	90 (79.6)
150	12 (11.5)	92 (88.5)
151	2 (13.3)	13 (86.7)
152	21 (20.8)	80 (79.2)
153	2 (16.7)	10 (83.3)
154	39 (31.7)	84 (68.3)
155	3 (42.9)	4 (57.1)
156	0 (0.0)	55 (100.0)
157	58 (44.6)	72 (55.4)
158	5 (27.8)	13 (72.2)
159	1 (33.3)	2 (66.7)
160	4 (28.6)	10 (71.4)
161	37 (32.5)	77 (67.5)
162	12 (14.1)	73 (85.9)
163	6 (23.1)	20 (76.9)
164	211 (29.3)	510 (70.7)
165	0 (0.0)	6 (100.0)

Hôpital	Participation non	Participation oui
Numéro	n (%)	n (%)
166	26 (16.8)	129 (83.2)
167	3 (27.3)	8 (72.7)
168	22 (28.2)	56 (71.8)
169	21 (13.5)	134 (86.5)
170	0 (0.0)	2 (100.0)
171	27 (27.6)	71 (72.4)
172	4 (66.7)	2 (33.3)
173	1 (14.3)	6 (85.7)
174	2 (9.1)	20 (90.9)
175	36 (34.0)	70 (66.0)
176	0 (0.0)	18 (100.0)
177	21 (22.3)	73 (77.7)
178	7 (24.1)	22 (75.9)
179	0 (0.0)	2 (100.0)
180	8 (20.5)	31 (79.5)
181	9 (20.0)	36 (80.0)
182	1 (25.0)	3 (75.0)
183	0 (0.0)	11 (100.0)
184	4 (25.0)	120 (75.0)
185	1 (14.3)	6 (85.7)
186	7 (11.9)	52 (88.1)

**Tableau 53 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 à 4) confondus : (données provenant des figures 11 à 15)**

<b>Numéro de l'hôpital</b>	<b>Résidu</b>	<b>Intervalle de confiance supérieur</b>	<b>Intervalle de confiance inférieur</b>
1	-0.17182948	0.37003587	-0.71369483
2	0.18292575	0.9836974	-0.61784591
3	-0.07848269	0.78453027	-0.94149566
4	-0.21671888	0.67389175	-1.10732952
5	0.13154252	1.06238206	-0.79929702
6	-0.35504192	0.33623904	-1.04632288
7	-0.07795066	0.86483556	-1.02073687
8	0.27330756	1.16874158	-0.62212646
9	-0.05505873	0.69892083	-0.8090383
10	0.84186846	1.51071244	0.17302448
11	-0.22350049	0.59886646	-1.04586744
12	-0.25884384	0.50457823	-1.02226591
13	0.05923849	0.89930117	-0.78082418
14	0.13223307	0.88105665	-0.61659051
15	-0.43011114	0.21913007	-1.07935235
16	-0.00429366	0.64009257	-0.64867989
17	-0.02885971	0.57094493	-0.62866435
18	-0.05121376	0.82106564	-0.92349317
19	-0.27110845	0.60158581	-1.1438027
20	-0.09007973	0.76469707	-0.94485653
21	-0.14001198	0.70060651	-0.98063047
22	-0.01517846	0.86358664	-0.89394357
23	-0.03734428	0.92204832	-0.99673689

<b>Numéro de l'hôpital</b>	<b>Résidu</b>	<b>Intervalle de confiance supérieur</b>	<b>Intervalle de confiance inférieur</b>
24	-0.28034735	0.58755726	-1.14825195
25	-0.1904514	0.57681201	-0.95771481
26	0.07918826	0.64334587	-0.48496934
27	-0.17844854	0.60074969	-0.95764677
28	-0.2945917	0.50332513	-1.09250852
29	-0.00691444	0.7133963	-0.72722519
30	-0.27641591	0.43396237	-0.9867942
31	0.56373537	1.40703809	-0.27956736
32	-0.55751938	0.23629403	-1.35133278
33	-0.08689989	0.85184591	-1.02564569
34	0.02719283	0.8506211	-0.79623544
35	-0.1312504	0.71202336	-0.97452416
36	-0.09687737	0.75418647	-0.94794122
37	0.04548998	0.94494964	-0.85396968
38	0.25282252	1.07343966	-0.56779462
39	0.87031007	1.22875163	0.51186851
40	0.22745271	0.9926234	-0.53771798
41	-0.40940753	0.32210723	-1.14092228
42	0.23084231	1.11375012	-0.6520655
43	-0.01518739	0.95391512	-0.98428989
44	-0.06505761	0.68832615	-0.81844136
45	0.56144947	1.22266316	-0.09976423
46	0.16443489	1.03240566	-0.70353587
47	0.38072696	0.926474	-0.16502008

<b>Numéro de l'hôpital</b>	<b>Résidu</b>	<b>Intervalle de confiance supérieur</b>	<b>Intervalle de confiance inférieur</b>
48	-0.31574249	0.54221594	-1.17370093
49	0.42851639	0.96754402	-0.11051124
50	-0.22580206	0.42087203	-0.87247616
51	0.34537104	1.07837066	-0.38762859
52	-0.08720842	0.8504512	-1.02486804
53	-0.02870563	0.84907087	-0.90648213
54	-0.14042182	0.77644847	-1.05729212
55	0.10524452	0.94764471	-0.73715568
56	-0.00386131	0.88102013	-0.88874274
57	-0.035714	0.92435589	-0.9957839
58	-0.02951255	0.93315558	-0.99218067
59	-0.12674454	0.79553726	-1.04902634
60	0.0825102	0.52337464	-0.35835425
61	0.57040697	1.1468994	-0.00608546
62	0.82420158	1.26464733	0.38375583
63	-0.2212445	0.66593702	-1.10842602
64	-0.05778055	0.89223517	-1.00779627
65	-0.06311081	0.8845994	-1.01082103
66	0.64523882	1.44699669	-0.15651906
67	0.1246419	1.05491877	-0.80563497
68	-0.04696421	0.90909269	-1.0030211
69	-0.16307645	0.39564796	-0.72180085
70	-0.15489668	0.75680256	-1.06659591
71	-0.08658317	0.77302393	-0.94619028

<b>Numéro de l'hôpital</b>	<b>Résidu</b>	<b>Intervalle de confiance supérieur</b>	<b>Intervalle de confiance inférieur</b>
72	-0.13999255	0.59635411	-0.87633921
73	-0.07788774	0.6625273	-0.81830277
74	0.04615933	0.95006055	-0.85774189
75	0.48168242	1.24316758	-0.27980274
76	0.17421655	1.03594832	-0.68751521
77	-0.1148989	0.8147346	-1.0445324
78	-0.01871988	0.94897994	-0.98641971
79	0.66882241	1.35832387	-0.02067906
80	-0.28595948	0.51748896	-1.08940792
81	-0.41329727	0.4254317	-1.25202623
82	-0.061784	0.88663295	-1.01020094
83	0.26686245	0.9017058	-0.3679809
84	0.58721381	1.02028126	0.15414637
85	-0.23168445	0.53006703	-0.99343592
86	-0.18000719	0.65150216	-1.01151654
87	0.04601506	0.94483218	-0.85280206
88	-0.13839005	0.78049494	-1.05727504
89	0.05320253	0.83495649	-0.72855143
90	-0.30145043	0.44461089	-1.04751176
91	-0.36277699	0.47967631	-1.2052303
92	-0.27183726	0.48145917	-1.0251337
93	-0.08419587	0.77282498	-0.94121673
94	-0.15955906	0.75030948	-1.06942759
95	0.20023973	1.07131256	-0.6708331

<b>Numéro de l'hôpital</b>	<b>Résidu</b>	<b>Intervalle de confiance supérieur</b>	<b>Intervalle de confiance inférieur</b>
96	-0.0642412	0.88382974	-1.01231214
97	-0.00523303	0.87823548	-0.88870154
98	-0.09137449	0.76028892	-0.9430379
99	-0.02218941	0.94363591	-0.98801473
100	0.02621542	0.84739719	-0.79496636
101	-0.11903867	0.80672625	-1.04480359
102	0.45399129	1.264588	-0.35660541
103	0.65614468	1.38869846	-0.0764091
104	-0.04449144	0.82529613	-0.91427901
105	-0.17060782	0.73847096	-1.0796866
106	0.18496816	0.98873292	-0.6187966
107	0.02602102	0.84571381	-0.79367177
108	-0.01610635	0.95261373	-0.98482643
109	-0.28470469	0.28217876	-0.85158813
110	-0.17747033	0.6042521	-0.95919275
111	-0.00524967	0.87421138	-0.88471072
112	-0.18987978	0.71588498	-1.09564453
113	-0.1725522	0.60053983	-0.94564423
114	0.57633966	1.3647899	-0.21211058
115	0.1482313	1.08582506	-0.78936246
116	0.24131086	1.06048414	-0.57786241
117	0.15180352	1.09210381	-0.78849676
118	0.11615743	1.04199322	-0.80967835
119	-0.05988188	0.88894282	-1.00870658

<b>Numéro de l'hôpital</b>	<b>Résidu</b>	<b>Intervalle de confiance supérieur</b>	<b>Intervalle de confiance inférieur</b>
120	-0.14179951	0.69768715	-0.98128617
121	0.06624034	0.97343633	-0.84095564
122	-0.00239494	0.97284935	-0.97763922
123	-0.21414059	0.68151414	-1.10979533
124	0.28328866	1.11660057	-0.55002326
125	-0.06922768	0.88122793	-1.01968329
126	0.11341792	0.96278548	-0.73594964
127	0.20763555	1.02480176	-0.60953066
128	0.15553644	0.71537927	-0.40430638
129	0.25664222	1.08824629	-0.57496184
130	-0.14393632	0.77324499	-1.06111763
131	-0.14276582	0.77537096	-1.0609026
132	-0.09397863	0.84445323	-1.03241049
133	0.68550682	0.98418805	0.38682559
134	-0.21956398	0.60171334	-1.0408413
135	-0.27943394	0.17722258	-0.73609045
136	-0.1099491	0.82035859	-1.04025678
137	0.187336	0.9942303	-0.6195583
138	-0.15862948	0.7543329	-1.07159185
139	-0.15210988	0.62240277	-0.92662252
140	-0.0088655	0.96326743	-0.98099842
141	0.47437009	0.9798747	-0.03113452
142	0.07713012	0.98748235	-0.83322211
143	0.208543	1.17162114	-0.75453514

<b>Numéro de l'hôpital</b>	<b>Résidu</b>	<b>Intervalle de confiance supérieur</b>	<b>Intervalle de confiance inférieur</b>
144	-0.05851263	0.64570087	-0.76272613
145	-0.26740551	0.6081481	-1.14295912
146	-0.0175101	0.73960402	-0.77462421
147	-0.14775324	0.76688975	-1.06239623
148	-0.07850233	0.78128287	-0.93828753
149	-0.23531541	0.52619883	-0.99682966
150	-0.11220185	0.62560655	-0.85001026
151	-0.00494668	0.96905121	-0.97894457
152	0.18965966	0.9439618	-0.56464249
153	-0.01761351	0.95037534	-0.98560236
154	-0.09078453	0.70161684	-0.88318591
155	-0.02039621	0.94645884	-0.98725126
156	-0.02110848	0.85483708	-0.89705405
157	0.4585509	1.181344	-0.2642422
158	-0.03935094	0.91907071	-0.99777259
159	-0.04096575	0.91914086	-1.00107236
160	-0.05206764	0.82572812	-0.92986339
161	-0.27918047	0.52866012	-1.08702105
162	-0.00035009	0.81199643	-0.81269661
163	0.15526922	1.09565319	-0.78511475
164	0.62143898	0.98915467	0.25372329
165	-0.01370419	0.95617711	-0.98358549
166	-0.02613887	0.72625628	-0.77853402
167	-0.00944994	0.96239318	-0.98129307

<b>Numéro de l'hôpital</b>	<b>Résidu</b>	<b>Intervalle de confiance supérieur</b>	<b>Intervalle de confiance inférieur</b>
168	-0.08711716	0.76794467	-0.94217899
169	-0.31615534	0.47762141	-1.10993209
170	-0.00166314	0.97392953	-0.97725581
171	0.29466686	1.07484767	-0.48551396
172	-0.00071664	0.97533392	-0.97676719
173	-0.04207415	0.91564714	-0.99979544
174	-0.12885347	0.79356655	-1.05127349
175	-0.06811383	0.7320371	-0.86826476
176	-0.15465584	0.75847426	-1.06778595
177	0.27866089	1.05294442	-0.49562263
178	-0.023913	0.85726055	-0.90508655
179	-0.00125516	0.97453397	-0.97704429
180	-0.1445459	0.77085103	-1.05994283
181	0.02527083	0.91618348	-0.86564182
182	-0.00280022	0.9722423	-0.97784274
183	-0.0934713	0.84277307	-1.02971566
184	0.4474138	1.07697135	-0.18214375
185	-0.01546225	0.95359155	-0.98451606
186	-0.20535275	0.69304755	-1.10375306

**Tableau 54 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants – escarres nosocomiales hors catégorie 1 (données provenant des figures 16 à 20)**

Numéro de l'hôpital	Résidu	Intervalle de confiance supérieur	Intervalle de confiance inférieur
1	-0.2058378	0.36474906	-0.77642466
2	0.14467232	0.81932621	-0.52998157
3	-0.0560919	0.63410646	-0.74629027
4	-0.04518409	0.6480004	-0.73836859
5	0.10435273	0.80534972	-0.59664427
6	-0.15950401	0.46874778	-0.7877558
7	-0.01516577	0.68788395	-0.71821549
8	0.07471351	0.76636408	-0.61693706
9	0.07246225	0.72807824	-0.58315373
10	0.42822745	1.07726625	-0.22081134
11	-0.11967091	0.55164982	-0.79099165
12	-0.08210254	0.56874036	-0.73294545
13	0.15265375	0.83149475	-0.52618724
14	0.09624249	0.75838662	-0.56590163
15	0.00706794	0.59408196	-0.57994608
16	-0.15205689	0.4781311	-0.78224488
17	0.01828931	0.61006419	-0.57348557
18	0.03660936	0.71796716	-0.64474845
19	-0.07574953	0.60791425	-0.75941332
20	0.04029793	0.72126615	-0.6406703
21	-0.07647978	0.60685642	-0.75981598
22	0.05700537	0.7436265	-0.62961576
23	-0.00645406	0.69952475	-0.71243287

<b>Numéro de l'hôpital</b>	<b>Résidu</b>	<b>Intervalle de confiance supérieur</b>	<b>Intervalle de confiance inférieur</b>
24	-0.07432503	0.6096999	-0.75834996
25	-0.15919369	0.50020736	-0.81859475
26	-0.01944246	0.56305698	-0.60194191
27	-0.05034562	0.60734771	-0.70803894
28	-0.11869651	0.55201119	-0.78940421
29	-0.05711868	0.5974519	-0.71168926
30	-0.03752268	0.59138029	-0.66642565
31	0.19624741	0.88666345	-0.49416862
32	-0.19263104	0.46122023	-0.84648231
33	-0.01943399	0.68213396	-0.72100194
34	-0.09682143	0.58075905	-0.7744019
35	0.00881699	0.68077156	-0.66313759
36	-0.06562427	0.62123373	-0.75248227
37	-0.0340405	0.66271544	-0.73079645
38	0.03062573	0.7095817	-0.64833024
39	0.47305131	0.93557319	0.01052943
40	-0.00553333	0.66324879	-0.67431544
41	-0.13121258	0.50773485	-0.77016
42	-0.04877921	0.64440367	-0.7419621
43	-0.00464302	0.70194615	-0.71123218
44	-0.15221807	0.51119861	-0.81563476
45	-0.0118395	0.65367151	-0.67735052
46	0.17940281	0.86524735	-0.50644173
47	0.30404603	0.88140696	-0.27331489

<b>Numéro de l'hôpital</b>	<b>Résidu</b>	<b>Intervalle de confiance supérieur</b>	<b>Intervalle de confiance inférieur</b>
48	-0.08093419	0.60155074	-0.76341911
49	0.47858614	1.02872002	-0.07154775
50	-0.0239428	0.5815728	-0.6294584
51	0.22974856	0.89240541	-0.43290828
52	-0.01971539	0.68171141	-0.7211422
53	0.05853122	0.74558949	-0.62852705
54	-0.03772954	0.65781548	-0.73327455
55	0.05214336	0.73672529	-0.63243858
56	0.07070175	0.76130077	-0.61989728
57	-0.00720818	0.69851332	-0.71292968
58	-0.00742321	0.69821281	-0.71305924
59	-0.02997735	0.66810319	-0.72805789
60	0.0066384	0.53237032	-0.51909352
61	0.05041666	0.6716174	-0.57078408
62	0.44638419	0.97199428	-0.0792259
63	-0.06331082	0.62428878	-0.75091042
64	-0.01227761	0.69166684	-0.71622205
65	-0.01034348	0.69426478	-0.71495174
66	-0.06183279	0.62616211	-0.74982769
67	0.10682371	0.80877408	-0.59512667
68	-0.01060925	0.69398119	-0.71519969
69	-0.09518622	0.47356357	-0.663936
70	-0.02991783	0.6681242	-0.72795987
71	-0.07885082	0.60431515	-0.76201679

<b>Numéro de l'hôpital</b>	<b>Résidu</b>	<b>Intervalle de confiance supérieur</b>	<b>Intervalle de confiance inférieur</b>
72	-0.16828193	0.4893869	-0.82595076
73	0.07859451	0.73461062	-0.57742161
74	-0.03205866	0.66558784	-0.72970516
75	0.0391685	0.7194902	-0.64115319
76	0.07630515	0.76805586	-0.61544555
77	-0.02667473	0.67279406	-0.72614352
78	-0.0032961	0.70377467	-0.71036687
79	0.00293913	0.67300375	-0.6671255
80	-0.00566979	0.66232125	-0.67366083
81	-0.13058028	0.5411593	-0.80231985
82	-0.01043672	0.69415413	-0.71502758
83	-0.03129093	0.60039028	-0.66297213
84	0.14280763	0.67340991	-0.38779464
85	-0.0533026	0.60207186	-0.70867707
86	0.0082499	0.68039169	-0.66389189
87	-0.03860721	0.6566355	-0.73384991
88	-0.03050521	0.66743543	-0.72844586
89	-0.13970803	0.5266939	-0.80610995
90	-0.09897707	0.54497524	-0.74292938
91	-0.09271371	0.58560896	-0.77103639
92	-0.08899881	0.55828993	-0.73628755
93	-0.07495362	0.60932224	-0.75922949
94	-0.0330613	0.66400018	-0.73012277
95	-0.04375693	0.6497592	-0.73727307

<b>Numéro de l'hôpital</b>	<b>Résidu</b>	<b>Intervalle de confiance supérieur</b>	<b>Intervalle de confiance inférieur</b>
96	-0.00905881	0.69602903	-0.71414665
97	-0.05925228	0.63001893	-0.7485235
98	0.0512026	0.7351203	-0.6327151
99	-0.00601515	0.70009598	-0.71212628
100	0.04487718	0.72699852	-0.63724416
101	-0.03049735	0.66762521	-0.72861991
102	-0.0652179	0.6216764	-0.75211219
103	0.07110934	0.72843395	-0.58621527
104	-0.05753282	0.63176837	-0.74683401
105	-0.04274313	0.65192164	-0.73740791
106	-0.08278657	0.59880202	-0.76437516
107	-0.10813284	0.56583047	-0.78209615
108	-0.00289392	0.70430952	-0.71009737
109	-0.12023684	0.44308785	-0.68356153
110	-0.19702674	0.45787965	-0.85193314
111	-0.04208489	0.65189527	-0.73606504
112	-0.04361088	0.65061449	-0.73783625
113	0.08033448	0.73730177	-0.5766328
114	0.27512988	0.95234409	-0.40208432
115	-0.01613549	0.686542	-0.71881297
116	0.14936358	0.82606071	-0.52733356
117	-0.01876601	0.68316976	-0.72070178
118	-0.01692029	0.68552558	-0.71936615
119	-0.0149928	0.68800459	-0.71799019

<b>Numéro de l'hôpital</b>	<b>Résidu</b>	<b>Intervalle de confiance supérieur</b>	<b>Intervalle de confiance inférieur</b>
120	0.03890449	0.71925992	-0.64145094
121	-0.02689441	0.67218272	-0.72597153
122	-0.00125246	0.70653124	-0.70903616
123	-0.06061242	0.62841871	-0.74964354
124	0.05098843	0.73629617	-0.63431931
125	-0.02150033	0.68034532	-0.72334597
126	0.17908829	0.86423969	-0.5060631
127	0.03834944	0.71950309	-0.64280422
128	-0.00838441	0.57711112	-0.59387994
129	-0.07813536	0.60600752	-0.76227825
130	-0.02109437	0.67993713	-0.72212588
131	-0.04621986	0.64693949	-0.7393792
132	-0.02239911	0.67823757	-0.7230358
133	0.17380913	0.61593477	-0.26831652
134	0.0026239	0.67332201	-0.6680742
135	-0.05106294	0.4307369	-0.53286278
136	-0.02682728	0.67251593	-0.72617048
137	0.13540541	0.80829374	-0.53748293
138	-0.04936364	0.64318077	-0.74190804
139	0.08847483	0.74847986	-0.57153021
140	-0.00177881	0.70581606	-0.70937369
141	-0.06327374	0.53405451	-0.66060198
142	-0.02825324	0.67038431	-0.72689078
143	0.11947905	0.8256626	-0.58670451

<b>Numéro de l'hôpital</b>	<b>Résidu</b>	<b>Intervalle de confiance supérieur</b>	<b>Intervalle de confiance inférieur</b>
144	-0.10576375	0.53643446	-0.74796195
145	-0.07180832	0.61467613	-0.75829278
146	0.11034746	0.7750361	-0.55434119
147	-0.04321155	0.65081028	-0.73723337
148	-0.07809865	0.60530883	-0.76150614
149	0.06442741	0.71752701	-0.58867218
150	0.05571531	0.70655744	-0.59512682
151	-0.00126009	0.70651693	-0.70903712
152	0.12613502	0.79581174	-0.5435417
153	-0.0053028	0.70105885	-0.71166445
154	0.00631977	0.67723496	-0.66459541
155	-0.00350509	0.70348956	-0.71049974
156	-0.06520136	0.62197278	-0.75237551
157	-0.13077095	0.53771582	-0.79925773
158	-0.00893894	0.69621745	-0.71409532
159	-0.00759417	0.69810438	-0.71329272
160	0.05924395	0.74692837	-0.62844046
161	-0.14528	0.52005863	-0.81061864
162	-0.09115312	0.58753975	-0.769846
163	0.10402025	0.80497725	-0.59693675
164	0.43860433	0.9177891	-0.04058045
165	-0.00360909	0.70334748	-0.71056565
166	0.0749042	0.73040389	-0.5805955
167	-0.00262772	0.70466853	-0.70992397

<b>Numéro de l'hôpital</b>	<b>Résidu</b>	<b>Intervalle de confiance supérieur</b>	<b>Intervalle de confiance inférieur</b>
168	-0.0543677	0.63569512	-0.74443052
169	-0.12583891	0.54289779	-0.7945756
170	-0.00040115	0.7076795	-0.7084818
171	0.21062574	0.87042871	-0.44917724
172	-0.00018656	0.70796985	-0.70834297
173	-0.00754349	0.69811572	-0.7132027
174	-0.02456407	0.67540206	-0.7245302
175	-0.11523177	0.55720018	-0.78766371
176	-0.0413284	0.65315757	-0.73581436
177	0.22566172	0.88756028	-0.43623683
178	0.06231064	0.75063288	-0.62601161
179	-0.00018332	0.70797422	-0.70834086
180	-0.02969253	0.66841388	-0.72779893
181	-0.03864245	0.65648343	-0.73376833
182	-0.00089741	0.70700854	-0.70880336
183	-0.01488472	0.68822622	-0.71799565
184	0.14070332	0.76263893	-0.48123229
185	-0.00690488	0.69892343	-0.71273318
186	-0.05058499	0.64129703	-0.742467

**Tableau 55 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants - chutes à l'hôpital (données provenant des figures 16-20)**

Numéro de l'hôpital	Résidu	Intervalle de confiance supérieur	Intervalle de confiance inférieur
1	0.07838748	0.46498294	-0.30820797
2	-0.05867796	0.47392512	-0.59128105
3	-0.03909083	0.515581	-0.59376265
4	-0.02406394	0.51662743	-0.56475532
5	-0.01587392	0.54493909	-0.57668693
6	0.03069162	0.49497092	-0.43358767
7	0.03183934	0.58539477	-0.52171608
8	0.12589157	0.68189824	-0.4301151
9	-0.06362192	0.46699263	-0.59423648
10	0.04021692	0.57519442	-0.49476057
11	-0.04031018	0.51407018	-0.59469054
12	0.15191185	0.66283542	-0.35901171
13	-0.04050811	0.49635962	-0.57737585
14	0.02446837	0.54217471	-0.49323796
15	-0.10246309	0.33066399	-0.53559016
16	-0.09942801	0.36974134	-0.56859736
17	-0.05979653	0.41576381	-0.53535687
18	0.01114954	0.54168965	-0.51939057
19	0.01700388	0.54823438	-0.51422663
20	0.15714729	0.66947943	-0.35518485
21	0.02177908	0.55398907	-0.51043091
22	0.05864005	0.59929197	-0.48201187
23	-0.01252122	0.54931222	-0.57435466

24	0.28473207	0.79032192	-0.22085777
25	0.007204	0.55316729	-0.53875929
26	0.42596555	0.84430692	0.00762418
27	-0.02245827	0.50243048	-0.54734703
28	-0.08334483	0.44348817	-0.61017783
29	0.02712679	0.51847059	-0.464217
30	0.2140701	0.69610907	-0.26796888
31	0.02867074	0.58054902	-0.52320753
32	-0.05773474	0.44351093	-0.55898042
33	-0.00896493	0.55371764	-0.5716475
34	-0.11377378	0.39521019	-0.62275775
35	0.02747688	0.57874981	-0.52379605
36	-0.09742703	0.44325368	-0.63810773
37	0.00919607	0.55676522	-0.53837309
38	0.12792093	0.66529304	-0.40945119
39	-0.18845004	0.21349317	-0.59039325
40	-0.17228629	0.35418324	-0.69875582
41	-0.14961976	0.34854543	-0.64778495
42	-0.03897193	0.51585582	-0.59379968
43	-0.00899302	0.55367489	-0.57166092
44	-0.04354404	0.47638549	-0.56347356
45	0.16050772	0.65948461	-0.33846916
46	0.0197316	0.56956072	-0.53009753
47	-0.1166738	0.34113389	-0.57448149
48	-0.02847422	0.51008718	-0.56703562

49	0.27764472	0.72787032	-0.17258087
50	-0.03868385	0.40891544	-0.48628314
51	-0.03397271	0.50271532	-0.57066074
52	-0.03610521	0.51949782	-0.59170824
53	0.06001079	0.6014846	-0.48146302
54	0.03785804	0.59176621	-0.51605013
55	-0.05061176	0.48298798	-0.58421149
56	-0.04173822	0.51264476	-0.5961212
57	-0.00317437	0.56111425	-0.56746299
58	-0.00393254	0.56014382	-0.56800891
59	-0.03996898	0.51476918	-0.59470715
60	0.14542164	0.51252382	-0.22168054
61	0.20195009	0.66933511	-0.26543494
62	0.07471906	0.50598287	-0.35654474
63	-0.05514257	0.49540169	-0.60568683
64	-0.02364138	0.53511915	-0.5824019
65	0.12798703	0.68474102	-0.42876697
66	0.04711345	0.58601245	-0.49178556
67	0.05142678	0.60953314	-0.50667958
68	-0.04632746	0.507558	-0.60021292
69	0.26716253	0.66390383	-0.12957877
70	0.00461378	0.5508956	-0.54166803
71	0.23172879	0.75884211	-0.29538453
72	-0.08524267	0.41041572	-0.58090107
73	0.04664942	0.56802138	-0.47472254

74	0.10221806	0.65310439	-0.44866827
75	0.00994115	0.5391575	-0.5192752
76	0.32084653	0.85117242	-0.20947936
77	0.02559796	0.57756701	-0.52637109
78	0.07554845	0.63952783	-0.48843094
79	-0.0385462	0.48102028	-0.55811267
80	0.21129315	0.71927951	-0.29669322
81	-0.03900795	0.49749626	-0.57551216
82	-0.0134718	0.54803053	-0.57497414
83	0.11029954	0.56798135	-0.34738226
84	-0.10614395	0.28370258	-0.49599048
85	-0.07506536	0.41389172	-0.56402244
86	-0.01528299	0.52635663	-0.55692262
87	0.03823965	0.59229701	-0.51581771
88	0.01062936	0.55923534	-0.53797662
89	-0.06004755	0.45723982	-0.57733493
90	-0.2881453	0.18109104	-0.75738165
91	-0.11379254	0.42312551	-0.65071058
92	0.03020708	0.5330392	-0.47262503
93	0.0665211	0.60850167	-0.47545946
94	0.00411817	0.55011847	-0.54188213
95	-0.06679216	0.48087344	-0.61445776
96	-0.03424405	0.52245892	-0.59094702
97	-0.02469135	0.51542263	-0.56480534
98	-0.07628979	0.45352201	-0.60610159

99	-0.00761734	0.55543389	-0.57066856
100	-0.06268618	0.46921894	-0.59459129
101	-0.03138257	0.52530204	-0.58806719
102	-0.12868758	0.40499251	-0.66236766
103	-0.1083412	0.4299105	-0.6465929
104	0.0847726	0.61479153	-0.44524632
105	0.03866652	0.59348295	-0.5161499
106	-0.10545556	0.43302395	-0.64393506
107	-0.04463379	0.50858964	-0.59785722
108	-0.00269846	0.56171968	-0.5671166
109	0.17663313	0.55679475	-0.20352848
110	-0.11805983	0.40197538	-0.63809504
111	0.0181834	0.5671262	-0.53075941
112	-0.02480455	0.53388087	-0.58348997
113	0.27493021	0.76564285	-0.21578243
114	0.0009462	0.53096102	-0.52906861
115	-0.0103934	0.55189697	-0.57268377
116	0.01116204	0.55886292	-0.53653884
117	-0.01357574	0.54786008	-0.57501156
118	-0.03056068	0.52674966	-0.58787102
119	0.12132152	0.67622676	-0.43358371
120	0.03066768	0.56530698	-0.50397162
121	-0.04491826	0.50865338	-0.5984899
122	-0.00091377	0.56400701	-0.56583455
123	-0.01467746	0.52951962	-0.55887454

124	-0.06009919	0.48951661	-0.60971499
125	0.06149039	0.62206785	-0.49908706
126	-0.03672989	0.50109015	-0.57454993
127	-0.08768167	0.4417024	-0.61706575
128	0.00646197	0.45806604	-0.4451421
129	-0.0090072	0.53464939	-0.55266379
130	-0.05650213	0.4947193	-0.60772356
131	0.053133	0.61104863	-0.50478262
132	-0.01811509	0.5421135	-0.57834368
133	0.28853083	0.59098464	-0.01392299
134	-0.08093	0.44643461	-0.60829461
135	-0.31095985	0.0803147	-0.70223439
136	-0.03724742	0.5181964	-0.59269125
137	0.16608936	0.65727064	-0.32509193
138	0.05800053	0.59945288	-0.48345181
139	-0.19797572	0.32142994	-0.71738139
140	-0.01119773	0.55093052	-0.57332597
141	-0.15092902	0.31053768	-0.61239572
142	-0.04575601	0.50805256	-0.59956458
143	-0.00261308	0.56183044	-0.56705661
144	-0.04602341	0.44324004	-0.53528685
145	0.03621569	0.57263454	-0.50020317
146	-0.01318534	0.49607114	-0.52244182
147	0.04759447	0.58630691	-0.49111797
148	-0.1036649	0.42264494	-0.62997475
149	-0.1054948	0.40202093	-0.61301053
150	0.03726745	0.53084267	-0.45630777
151	-0.00654332	0.5568045	-0.56989113
152	-0.11714467	0.403851	-0.63814035

153	-0.00306126	0.56125484	-0.56737735
154	0.15258195	0.66529508	-0.36013119
155	-0.00138394	0.56340297	-0.56617085
156	-0.07289435	0.47352175	-0.61931045
157	0.06954881	0.59503885	-0.45594124
158	-0.03853666	0.51701237	-0.59408569
159	-0.01062655	0.55190528	-0.57315837
160	0.04202592	0.5817179	-0.49766607
161	0.0202169	0.53570893	-0.49527512
162	-0.05981708	0.48946172	-0.60909587
163	-0.01611685	0.54463119	-0.57686489
164	-0.01192104	0.36475173	-0.38859382
165	-0.00293692	0.56141678	-0.56729062
166	-0.13043556	0.3860859	-0.64695701
167	-0.00297007	0.56137231	-0.56731245
168	-0.01787067	0.52381813	-0.55955947
169	0.06858217	0.57772189	-0.44055755
170	-0.00283399	0.56155971	-0.56722769
171	-0.07470987	0.47101786	-0.6204376
172	-0.00109676	0.56377151	-0.56596503
173	-0.01746592	0.54315314	-0.57808498
174	0.01409594	0.56264804	-0.53445615
175	-0.08353386	0.44398393	-0.61105166
176	-0.01569982	0.54514192	-0.57654155
177	-0.05299642	0.4979609	-0.60395375
178	0.10518344	0.63998219	-0.4296153
179	-0.00158514	0.56314777	-0.56631805
180	0.01210471	0.55998101	-0.53577159
181	0.04450695	0.60018258	-0.51116867
182	-0.00494318	0.5588925	-0.56877886

183	-0.02214596	0.53719278	-0.58148471
184	-0.20547831	0.29808515	-0.70904177
185	-0.00399611	0.56006488	-0.5680571
186	0.06088956	0.60234859	-0.48056946

## Liste des figures

---

Figure 1: type d'unité de soins dans les hôpitaux en pourcentage *	24
Figure 2: âge des participant-e-s par groupe d'âge	26
Figure 3: durée de l'hospitalisation en jours par type d'hôpital jusqu'au moment de la mesure.....	27
Figure 4: risque d'escarre selon la répartition LPZ pour tous les patient-e-s	33
Figure 5: patient-e-s avec escarre nosocomiale, sauf le catégorie 1, selon les catégories de risque	35
Figure 6: (avant et après l'entrée à l'hôpital) patient-e-s qui sont tombé-e-s par type de service*	57
Figure 7: patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital) par groupe d'âge en années*.....	60
Figure 8: dépendance aux soins des patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital).....	61
Figure 9: peur de chuter chez les patient-e-s tombé-e-s à l'hôpital (oui).....	65
Figure 10: renoncement des activités pour les patient-e-s tombé-e-s à l'hôpital par type d'hôpital (oui) ..	65
Figure 11 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 à 4) confondues ...	72
Figure 12 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux universitaires, prise en charge spécialisée – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 à 4) confondues .....	73
Figure 13 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, prise en charge spécialisée – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 à 4) confondues.....	74
Figure 14 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, soins de base – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 à 4) confondues .....	74
<b>Figure 15 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, cliniques spécialisées – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 à 4) confondues</b> .....	<b>75</b>
Figure 16: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants – escarres nosocomiales hors catégorie 1 .....	77
Figure 17: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux universitaires, prise en charge spécialisée – escarres nosocomiales hors catégorie 1 .....	77
Figure 18: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux généraux, prise en charge spécialisée – escarres nosocomiales hors catégorie 1 .....	78
Figure 19: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux généraux, soins de base – escarres nosocomiales hors catégorie 1 .....	78
Figure 20: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – cliniques spécialisées – escarres nosocomiales hors catégorie 1 .....	78
Figure 21: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants - chutes à l'hôpital.....	80
Figure 22: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux universitaires, prise en charge spécialisée – chutes à l'hôpital .....	80
Figure 23: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, prise en charge spécialisée – chutes à l'hôpital.....	81
Figure 24: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, soins de base– chutes à l'hôpital.....	81
Figure 25: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, cliniques spécialisées – chutes à l'hôpital.....	82

## Liste des tableaux

---

Tableau 1: calcul de la prévalence des escarres (en %) au moment de la mesure .....	9
Tableau 2: classification des escarres selon NPUAP/EPUAP (2009) .....	10
Tableau 3: hôpitaux et patient-e-s participants, et motifs de non-participation .....	20
Tableau 4: hôpitaux et patient-e-s participants par canton * .....	21
Tableau 5: types d'unités de soins selon le type d'hôpital.....	25
Tableau 6: répartition par sexe des participants dans les différents types d'hôpitaux .....	25
Tableau 7: âge des participant-e-s par type d'hôpital.....	26
Tableau 8: intervention chirurgicale dans les deux semaines précédant la mesure .....	28
Tableau 9: comparaison de la durée des opérations selon les types d'hôpitaux.....	28
Tableau 10: pathologies par type d'hôpital .....	29
Tableau 11 : besoin d'aide par type d'hôpital .....	30
Tableau 12: dépendance aux soins selon le type d'hôpital.....	30
Tableau 13: description de tous/toutes les participant-e-s avec une escarre de catégorie 1 à 4 .....	31
Tableau 14: risque d'escarre selon l'échelle de Braden pour tous les patient-e-s.....	32
Tableau 15: différentes formes de prévalence des escarres.....	34
Tableau 16 : degré d'escarre le plus élevé indiqué selon le risque d'escarre d'après Braden* .....	36
Tableau 17: prévalence nosocomiale, hors catégorie 1, par unité de soins dans les types d'hôpitaux .....	37
Tableau 18 : pathologies et besoin d'aide des patient-e-s avec une escarre nosocomiale, hors catégorie 1 .....	38
Tableau 19: dépendance aux soins des patient-e-s avec une escarre nosocomiale, hors catégorie 1 .....	40
Tableau 20 : nombre total d'escarres selon la catégorie d'escarre la plus élevée et le type d'hôpital .....	41
Tableau 21 : escarres nosocomiales selon la catégorie d'escarre la plus élevée et le type d'hôpital .....	41
Tableau 22: localisation des plaies sur le corps selon le type d'hôpital.....	42
Tableau 23: durée de l'escarre .....	43
Tableau 24: patient-e-s avec des douleurs dues à une escarre par type d'hôpital .....	43
Tableau 25 : mesures de prévention et moyens auxiliaires chez les patient-e-s ayant un risque d'escarre par type d'hôpital .....	44
Tableau 26 : matelas/surmatelas de prévention des escarres comme mesure de prévention chez les patient-e-s ayant un risque d'escarre par type d'hôpital .....	45
Tableau 27 : mesures de prévention en position assise chez les patient-e-s ayant un risque d'escarre par type d'hôpital .....	45
Tableau 28 : mesures préventives générales et moyens auxiliaires chez les patient-e-s avec escarres par type d'hôpital .....	46
Tableau 29 : matelas et surmatelas de prévention des escarres comme mesure préventive chez les patient-e-s avec escarre par type d'hôpital .....	47
Tableau 30 : mesures préventives en position assise chez les patient-e-s à risque avec escarre par type d'hôpital.....	47
Tableau 31 : pansements pour escarres de catégorie 1 par type d'hôpital.....	48
Tableau 32 : traitement des plaies d'escarres de catégorie 2 par type d'hôpital .....	49
Tableau 33 : traitement des plaies d'escarres de catégorie 3 par type d'hôpital .....	50
Tableau 34 : traitement des plaies d'escarres de catégorie 3 par type d'hôpital .....	51
Tableau 35: indicateurs de structure pour les escarres au niveau des hôpitaux.....	52
Tableau 36: indicateurs de structure pour les escarres au niveau des unités de soins .....	53
Tableau 37: description des patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital).....	54
Tableau 38: taux de prévalence des chutes par type d'hôpital .....	55
Tableau 39: chutes répétées par type d'hôpital et lieu de la chute .....	56
Tableau 40: répartition des chutes par type d'unité de soins avant et après l'entrée à l'hôpital et par types	

d'hôpitaux.....	58
Tableau 41 maladies/besoin de soins du/de la patient-e qui a chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital par type d'hôpital).....	59
Tableau 42: activité en cas de chute (avant/après l'entrée à l'hôpital) par type d'hôpital.....	62
Tableau 43: causes principales pour les chutes (avant/après l'entrée à l'hôpital) par type d'hôpital.....	63
Tableau 44: conséquences des chutes par degré de lésions et type d'hôpital pour les patient-e-s ayant chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital).....	64
Tableau 45: mesures de prévention des chutes et des blessures chez les patient-e-s qui ne sont pas tombé-e-s par type d'hôpital.....	66
Tableau 46: mesures de prévention des chutes et des blessures chez les patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital) par type d'hôpital.....	67
Tableau 47: indicateurs de structures pour les chutes au niveau des hôpitaux.....	69
Tableau 48: indicateurs de structure « Chute » au niveau de l'unité de soins.....	70
Tableau 49 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs caractéristiques - escarres nosocomiales toutes catégories (1-4) confondues.....	71
Tableau 50: variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs caractéristiques – escarres nosocomiales hors catégorie 1.....	76
Tableau 51: variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs caractéristiques – chutes à l'hôpital.....	79
Tableau 52 : taux de réponse au niveau des sites hospitaliers.....	98
Tableau 53 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 à 4) confondues : (données provenant des figures 11 à 15).....	103
Tableau 54 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants – escarres nosocomiales hors catégorie 1 (données provenant des figures 16 à 20).....	111
Tableau 55 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants - chutes à l'hôpital (données provenant des figures 16-20).....	119

## Liste des abréviations

Gén.	général
AA	Assurance accidents
ADL	Activities of Daily Living ou activités de la vie quotidienne
AI	Assurance invalidité
AM	Assurance militaire
ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)
BFH	Berner Fachhochschule ou Haute école spécialisée bernoise
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.
dr	Droit
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
ga	Gauche
H+	Les hôpitaux suisses
HDL	Household activities of Daily Living ou aide pour les tâches ménagères
HEdS-FR	Haute école de santé Fribourg
IC	Intervalle de confiance
Incl.	inclus
J.	Jour
LPZ	« Prevalentiemetingen Zorgprobleme », désigné sur le plan international par le terme « International Prevalence Measurement of Care Problems, LPZ International »
Mal.	Maladie
MdC	Mesures de contention
Min.	Minutes
Moy.	moyen
Nosoc.	Nosocomial

NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
OR	Odds ratio
Pat.	Patient-e-s
Pat. risque	Patient-e-s à risque
Prév.	Prévention, préventif
Santésuisse	Association faitière des assureurs suisses de la branche de l'assurance-maladie
SD	Standard deviation ou écart-type
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Surv. card.	Surveillance cardiaque
Syst.	Système

## Mentions légales

---

Titre	Mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres  Rapport final de la mesure 2012, version 1.3
Année	Juillet 2013
Auteur	Christa Vangelooven, MNS, collaboratrice scientifique, responsable de projet, recherche appliquée et développement/prestations de service (Ra&D) Soins Tél. : 031 848 45 33, christa.vangelooven@bfh.ch  Prof. Dr. Dirk Richter, enseignant Ra&D Soins, dirk.richter@bfh.ch  Dr. Stefan Kunz, enseignant Ra&D Soins  Nicole Grossmann, assistante de recherche Ra&D Soins  Prof. Sabine Hahn, PhD, RN, responsable des soins, responsable Ra&D Soins, direction des projets de recherche, sabine.hahn@bfh.ch
Groupe de projet BFH	Prof. Sabine Hahn, PhD, RN Christa Vangelooven, MNS Prof. Dr. Dirk Richter Stefan Kunz, PhD, RN Friederike Thilo, collaboratrice scientifique Ra&D Soins Karin Thomas, MScN (c) Sabine Seiler, assistante de recherche Ra&D Soins Nicole Grossmann, assistante de recherche Ra&D Soins
Groupe de projet HEdS-FR	Dr. Stefan Kunz, enseignant spécialisé, responsable du secteur de recherche « Indicateurs de performance », Hochschule für Gesundheit Freiburg/Haute école de santé Fribourg Dr. François Mooser, enseignant HES /Hochschule für Gesundheit Freiburg/ Haute école de santé Fribourg Stefanie Senn, MScN, enseignante FH/Hochschule für Gesundheit Freiburg/ Haute école de santé Fribourg
Groupe de projet SUPSI	Susanne Knüppel Lauener, lic. sc. Ed., enseignante et collaboratrice scientifique Prof. Andrea Cavicchioli, MScN, responsable Recherche et services, département santé, SUPSI Mauro Realini, licence de sociologie, enseignant et collaborateur scientifique
Conseil en statistiques	Prof. Dr. Marianne Müller, School of Engineering, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften/Haute école zurichoise des sciences appliquées

Mandant  
représenté par

Association nationale pour le développement de la qualité dans les  
hôpitaux et les cliniques (ANQ)

Regula Heller, MNS, MPH, responsable Médecine somatique aiguë, ANQ  
Bureau ANQ  
Thunstrasse 17, 3000 Berne 6  
Tél. : 031 357 38 41, [regula.heller@anq.ch](mailto:regula.heller@anq.ch), [www.anq.ch](http://www.anq.ch)

Copyright

Association nationale pour le développement de la qualité dans les  
hôpitaux et les cliniques (ANQ)

Haute école spécialisée bernoise, section Santé  
Département Recherche appliquée et développement, prestations de  
service  
Murtenstrasse 10, 3008 Berne  
Tél. : 031 848 37 60, [forschung.gesundheit@bfh.ch](mailto:forschung.gesundheit@bfh.ch), [www.gesundheit.bfh.ch](http://www.gesundheit.bfh.ch)