Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences

Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres

Rapport Comparatif National sur la mesure 2013 - Adultes

Juillet 2014 / Version 1.0

Thunstrasse 17 / Postfach / 3000 Bern 6
Tel. +41 31 511 38 40 / info@anq.ch / www.anq.ch

Sommaire

Résumé 4

1. Introduction 9

1.1 Contexte 9

1.2 Définitions conceptuelles 10

1.2.1 Mesure de la prévalence 10

1.2.2 Escarres 11

1.2.3 Chutes 13

2. Etat actuel des connaissances 14

3. Buts visés et problématique 14

4. Méthode 15

5. Résultats 16

5.1 Hôpitaux participants 16

5.2 Patient-e-s participant-e-s 26

5.2.1 Sexe 26

5.2.2 Age 27

5.2.3 Durée de l'hospitalisation jusqu'au moment de la mesure 28

5.2.4 Interventions chirurgicales 29

5.2.5 Diagnostics médicaux et besoin d'aide 30

5.3 Résultats pour l'indicateur « Escarres » 34

5.3.1 Caractéristiques des patient-e-s souffrant d'escarres 34

5.3.2 Risque d'escarre 35

5.3.3 Caractéristiques des patient-e-s avec une escarre nosocomiale hors catégorie 1 41

5.3.4 Fréquence des escarres 45

5.3.5 Douleurs 48

5.3.6 Mesures préventives 49

5.3.7 Traitement des escarres 56

5.3.8 Indicateurs des structures des escarres 60

5.4 Résultats pour l'indicateur « Chutes » 62

5.4.1 Caractéristiques générales des patient-e-s qui ont chuté 62

5.4.2 Prévalence des chutes 63

5.4.3 Prévalence par type d'unité de soins 65

5.4.4 Caractéristiques spécifiques des patient-e-s qui sont tombé-e-s 67

5.4.5 Mesures préventives 78

5.4.6 Indicateurs des structures chute 82

6. Résultats ajustés au risque 84

6.1 Escarres acquises à l'hôpital 84

6.2 Escarres acquises à l'hôpital, hors catégorie 1 89

6.3 Chutes survenues en milieu hospitalier 93

7. Discussion et conclusions 97

7.1 Participant-e-s 97

7.2 Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital 99

7.2.1 Caractéristiques des patient-e-s souffrant d'escarres nosocomiales 99

7.2.2 Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital 100
7.3 Indicateurs des structures escarres....102
7.4 Taux de prévalence des patient-e-s victimes d'une chute à l'hôpital....103
7.4.1 Caractéristiques des patient-e-s qui ont chuté 103
7.4.2 Taux de prévalence des patient-e-s victimes d'une chute à l'hôpital 104
7.5 Indicateurs de structure « Chutes »....105
7.6 Comparaison des résultats des hôpitaux ajustés au risque....106
7.7 Points forts et point faibles....107
8. Recommandations....109
Bibliographie....111
Annexe....116
Liste des figures....138
Liste des tableaux....140
Liste des abréviations....142
Mentions légales....144

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 contractées 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, Santésuisse 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 2013 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 des structures et de processus liés aux chutes et escarres
- Comparaison des résultats par hôpitaux des indicateurs de résultats des escarres nosocomiales après ajustement des résultats aux risques des catégories 1 à 4 et 2 à 4 ; chutes à l'hôpital

Méthode

Les données de la mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres ont été collectées le 5 novembre 2013. Ce relevé concernait tous/toutes les patient-e-s hospitalisé-e-s le jour de la mesure. Les femmes ayant accouché ainsi que les nourrissons des unités de soins post-partum en ont été exclus.

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

La version suisse de l'instrument LPZ a encore été optimisée par la validation cognitive du questionnaire sur les chutes dans les trois langues et la vérification de la version française de l'échelle de dépendance aux soins (EDS) selon des critères de validation et de fiabilité psychométrique. Le dossier d'informations/manuel suisse de la mesure version 2013 a été complété par un exemple de cas pour la formation à l'utilisation de l'EDS et par un lien URL renvoyant vers un site internet pour l'évaluation des catégories d'escarres. De plus, le chapitre sur les pansements a été actualisé.

Afin de pouvoir analyser plus en détails le thème de la non-participation, il était important d'obtenir des données plus précises sur les patient-e-s qui ne participent pas à la mesure. Dans le cadre d'une enquête en ligne volontaire de la BFH (en parallèle à la mesure LPZ), des données de base supplémentaires sous forme agrégée sur le nombre, le sexe et la tranche d'âge (par unité de soins) des non-participants ont donc été collectées.

Dans un premier temps, les données ont été analysées de façon descriptive. Les taux de prévalence par unité de soins et l'indice des blessures dues aux chutes ont été exploités. Il s'ensuit l'ajustement des résultats au risques qui a été réalisé par une analyse de régression logistique et hiérarchique. Les analyses descriptives et multivariées ont été structurées selon la typologie hospitalière utilisée par l'Office fédéral de la statistique (2006).

Résultats

133 hôpitaux et groupes hospitaliers ont participé à la mesure 2013 (répartis sur 187 sites hospitaliers). Le jour de la mesure, 17 486 patient-e-s étaient hospitalisé-e-s dans 1 208 unités de soins selon les critères d'inclusion, dont 12 903 personnes (73,8 %) ont participé à la mesure. La moyenne d'âge des participant-e-s était de 66,2 ans et 50,4 % d'entre eux étaient des femmes. La durée d'hospitalisation moyenne avant le moment de la mesure était de 8,6 jours et la durée d'hospitalisation la plus fréquemment indiquée était de 0 à 7 jours. 40,9 % des participants ont subi une intervention chirurgicale dans les deux semaines précédentes.

Pour l'enquête en ligne concernant la non-participation, le taux de participation des hôpitaux était de 15 %. Il a pu être défini que dans les unités de soins ayant la plus grande part de non-participants (gériatrie aiguë ; soins continus/soins continus de la chirurgie cardiaque, réadaptation), « refus de participer » ou « non accessible » a souvent été indiqué comme raison pour la non-participation.

Au moins une escarre de catégorie 1-4 a été constatée chez 987 participant-e-s (7,6 %). La prévalence nosocomiale (catégorie 1-4) indique une valeur de 4,6 % (contre 4,4 % en 2012 et 5,8 %. en 2011). En excluant les escarres de catégorie 1, la prévalence globale est de 3,8 % (en 2012, elle était de 3,3 % et de 4,0 % en 2011) et la prévalence des escarres nosocomiales de 2,0 % (contre 1,7 % en 2012 et 2,1 % en 2011). Le taux de prévalence nosocomiale (hors catégorie 1) était le plus élevé dans les hôpitaux universitaires. 1 388 escarres ont été enregistrées. La majorité des participant-e-s présentait une (72,5 %) ou deux (18,6 %) escarres. Comme l'année précédente, les localisations les plus fréquentes étaient le sacrum et le talon.

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

Le taux de prévalence des chutes survenues à l'hôpital est de 4,1 % (il était de 4,3 % en 2011 et de 3,8 % en 2012). Chez les patient-e-s ayant subi déjà au moins une chute, plus de mesures et souvent de multiples mesures pour la prévention des chutes étaient généralement introduites. Le choix ou la combinaison de ces mesures semble varier selon les types d'hôpitaux. En effet, aucune mesure de prévention des blessures n'est appliquée pour environ trois quart des patient-e-s qui ont chuté.

Les résultats de la disponibilité des indicateurs des structures sur le thème des chutes au niveau de l'hôpital et des unités de soins indiquent des différences entre les types d'hôpitaux. En Suisse, en accord avec les résultats LPZ internationaux, il existe moins d'indicateurs des structures relatifs aux

chutes qu'aux escarres. Concernant les indicateurs des structures pour les escarres *au niveau des unités de soins,* il y a par exemple beaucoup moins de brochures d'information qu'aux Pays-Bas et en Autriche. Concernant les indicateurs des structures sur le thème des chutes *au niveau des unités de soins*, les hôpitaux suisses ont tendance à présenter des valeurs plus basses pour tous les indicateurs que les trois dernières mesures aux Pays-Bas et en Autriche.

Comme l'année précédente, les comparaisons ajustées aux risques des indicateurs de résultats relevés, réalisées à l'aide d'une méthode de régression logistique et hiérarchique, ont indiqué que les résultats des hôpitaux étaient très homogènes. Seuls peu d'hôpitaux se distinguent de manière statistiquement significative de la moyenne globale des hôpitaux et par rapport aux années précédentes, on ne constate que de faibles différences : Le nombre d'hôpitaux identifiés comme « hors norme » varie uniquement pour les escarres de catégories 1 – 4. En 2013, il n'y en a pas eu pour les escarres de catégories 2 – 4, alors qu'il n'y en a eu qu'un les années précédentes. Il n'y en a eu aucun pour les chutes, contrairement aux années précédentes, où un et deux ont été identifiés.

Discussion, conclusions et recommandations

Avec les résultats présents de la mesure nationale 2013 de la prévalence des chutes et escarres, c'est la troisième fois que sont présentées des données sur la prévalence des indicateurs sensibles relatifs aux soins « Chutes » et « Escarres ». Les résultats présentés par type d'hôpital permettent aux responsables des hôpitaux de comparer les résultats de leur établissement par rapport aux résultats d'autres hôpitaux du même type. La comparaison doit permettre d'évaluer les structures, processus et résultats internes des établissements qui sont orientés sur les indicateurs et de montrer un potentiel d'optimisation.

Lors de la troisième mesure de la prévalence nationale, des données ont été collectées dans 133 hôpitaux et groupes hospitaliers suisses (répartis sur 187 sites hospitaliers). Les hôpitaux de tous les cantons ont participé. La mesure constitue ainsi un échantillon représentatif des hôpitaux de soins aigus suisses. L'engagement à réaliser la mesure à travers un contrat de qualité national a certainement contribué à cette forte participation souhaitée.

Au niveau international, le taux de participation était plutôt basse lors des trois premières années de mesure, ce qui peut affecter l'aspect représentatif de l'échantillon (exclusion possible de patient-e-s à risque). Une participation d'au moins 80 % serait souhaitable. Les résultats de l'analyse des non-participant-e-s indiquent qu'une part importante des patient-e-s à risque (âgé-e-s) n'a probablement pas participé à la mesure. Comme le « refus de participer » et la « non accessibilité » étaient les raisons principales de la non-participation, le thème du taux de participation sera intégré aux réunions de formation à la mesure 2014. Ces raisons peuvent être relativement bien influencées par des équipes de mesure « motivantes ». Une politique d'information publique plus active pourrait aussi avoir un effet positif sur la participation à la mesure.

Dans l'analyse *descriptive,* les patient-e-s souffrant d'escarres nosocomiales sont en moyenne plus souvent des hommes et ont 6 ans de plus que l'échantillon global. Davantage de diagnostics médicaux sont signalés pour les personnes présentant des escarres nosocomiales que dans l'échantillon global. *L'analyse multivariée* a confirmé l'influence de l'âge sur le risque d'escarre, mais uniquement pour l'apparition d'escarres incluant la catégorie 1. Ces résultats sont en accord avec la recherche internationale des facteurs de risques pour les escarres.

Comparés aux taux de prévalence des escarres, les résultats des hôpitaux sont répartis de manière relativement égale. Avec une prévalence nosocomiale de 4,6 %, les données de la Suisse dans la comparaison mondiale (fourchette entre 5,0 % et 11,6 %) présentent aussi des valeurs basses dans la mesure 2013. Par rapport à l'année précédente, une légère augmentation des taux apparaît pour la prévalence des escarres descriptive. Ceci concerne principalement les hôpitaux de prise en charge centralisée ainsi que les hôpitaux de soins de base. Dans les cliniques spécialisées par contre, la prévalence des escarres nosocomiales hors catégorie 1 a légèrement diminué.

Le taux de prévalence des escarres nosocomiales hors catégorie 1 est, avec une valeur moyenne de 2,0 % au-dessus de l'ensemble des hôpitaux, une nouvelle fois inférieur à celui des publications internationales dans lesquelles les valeurs indiquées sont comprises entre 3,1 % et 6,3 %. Comparés aux taux de prévalence indiqués dans les publications internationales (entre 6,1 % et 27,6 %), les taux de prévalence totale des escarres hors catégorie 1 chez les patient-e-s à risque se situe dans les hôpitaux suisses à 7,1 %, ce qui les situe dans la partie inférieure de la fourchette internationale.

Pour les escarres survenues à l'hôpital, il s'avère que la catégorie 1 est la plus fréquente. Un peu plus de 10 % des escarres nosocomiales tombent dans les catégories 3 - 4. Même en tenant compte du fait que toutes les escarres ne peuvent pas être évitées, il faut évaluer à quel point et comment une réduction des escarres de catégories 3 et 4 peut être atteinte. Ceci s'applique aussi pour la qualité des liaisons, car presque 40 % des escarres sont déjà présentes avant l'hospitalisation.

Dans *l'analyse descriptive,* la part de femmes est inférieure de 2,0 % chez les patient-e-s ayant chuté que dans l'échantillon global. Les personnes concernées par une chute sont aussi plus âgées de 8,6 années en moyenne. Pour les diagnostics médicaux, il apparaît par exemple que la part des personnes victimes d'AVC/hémiparésie ainsi que de maladies de l'appareil circulatoire est plus élevée que dans l'échantillon global. Ces personnes sont plus dépendantes au niveau du besoin d'aide que l'échantillon global. Dans l'*analyse multivariée*, plusieurs diagnostics médicaux et certaines catégories de dépendance aux soins présentent un lien significatif avec un risque de chute, ce qui correspond aux données des publications internationales sur les facteurs de risques de chute.

Par rapport à l'année précédente, une légère augmentation peut être constatée dans les taux de prévalence des chutes descriptifs de 4,1 %. Les taux de prévalence des chutes à l'hôpital sont relativement élevés sur toutes les années de mesure au niveau international (plage entre 1,5 et 3,8 %). En comparaison avec les mesures LPZ, où des taux entre 0,4 et 1,6 % (Pays-Bas) et 2,1 à 3,0 % (Autriche) ont été relevés ces trois dernières années, le taux de prévalence des chutes en hôpital est nettement supérieur en Suisse. Si l'utilisation de méthodes de mesure identiques est prise en compte, ceci peut indiquer qu'il faut agir en matière d'amélioration de la qualité pour l'indicateur « Chutes ».

Dans la mesure suisse, les conséquences des chutes sont réparties autrement qu'aux Pays-Bas et en Autriche. Par comparaison en Suisse, plus de conséquences de chutes minimales et moyennes sont indiquées, les nombres de lésions graves étant semblables. La part de fractures des hanches aux Pays-Bas est nettement plus élevée, mais elle est plus basse en Autriche qu'en Suisse.

Les mesures passées (2011-2013) indiquent globalement une évolution en légère baisse des taux de prévalence *descriptifs*, mais une légère augmentation a été constatée dans la comparaison des années de mesure 2012 et 2013. Ces décalages sont minimes et statistiquement non significatifs. En tenant compte des données des publications internationales pour la prévalence des escarres, c'est un résultat positif. La situation de l'indicateur « Chutes » est moins réjouissante. Les résultats ajustés au risque sont répartis de manière très homogène à travers les hôpitaux suisses, mais les taux de prévalence des

chutes en hôpital sont élevés par rapport au niveau international. Il faut certainement agir pour l'amélioration de la qualité.

Pour résumer, on peut constater que les résultats de la comparaison *ajustée aux risques* révèlent une grande homogénéité pour les trois indicateurs. Seuls quelques hôpitaux se démarquent véritablement de la moyenne globale des hôpitaux. Sur les années, les hôpitaux « hors norme » ne sont généralement pas les mêmes institutions.

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 des structures utilisés, la question se pose de savoir à quel point les mesures (de prévention) sont utilisées. Dans les résultats, une large variabilité des mesures de prévention des chutes et blessures est visible. La littérature spécialisée recommande, dans la prévention des chutes en milieu hospitalier, une approche d'intervention multiple en tenant compte de la structure organisationnelle. On remarque qu'une chute est considérée comme la caractéristique la plus importante pour les autres chutes dans l'anamnèse. On distingue ainsi un potentiel d'amélioration et les interventions dans ce domaine devraient être considérées comme une priorité dans le développement de la qualité des hôpitaux suisses.

Concernant le traitement des blessures liées aux escarres, il faut définir à quel point ces mesures correspondent à l'état actuel de la science et à la situation actuelle. Ici aussi, des améliorations sont nécessaires pour assurer la qualité, l'effectivité et l'efficacité.

La mesure nationale de la prévalence donne aux hôpitaux la possibilité de revoir ou de perfectionner les éléments d'assurance qualité sur le plan structurel, mais aussi l'évidence et l'efficacité des mesures (de prévention) introduites sur le plan procédural. Comme les taux de prévalence ont varié au cours des années 2011 – 2013, il serait recommandé d'effectuer les mesures aussi chaque année à l'avenir.

De plus, la contribution de cette mesure peut aussi être considérée selon l'angle des champs d'action trois (assurer et améliorer la qualité des soins) et quatre (créer, mieux guider et coordonner la transparence) des priorités de la politique de santé du Conseil fédéral « Santé 2020 » (Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2013). L'enregistrement systématique et unifié des données des mesures nationales de la prévalence des chutes et escarres contribue à améliorer la base de données relative à la qualité des soins au niveau national et apporte une transparence afin d'obtenir un accès public.

1. Introduction

L'« Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques » (ANQ)[1] coordonne et met en œuvre 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 des résultats qualitatifs. Son objectif est de justifier la qualité et de continuer à la développer. Depuis 2011, la Haute école spécialisée bernoise (BFH) effectue l'organisation de la mesure et la préparation des données nationales pour l'ANQ, pour la mesure de la prévalence nationale des chutes et escarres en médecine somatique aiguë des hôpitaux suisses, tout comme en 2013. Les résultats de la mesure doivent permettre d'obtenir des connaissances approfondies des caractéristiques des patient-e-s associées aux chutes et escarres, ainsi que des caractéristiques des structures et de processus. En outre, il devrait être possible de dresser une comparaison de ces indicateurs de la qualité entre différentes institutions. Le présent rapport comparatif national de la mesure 2013 présente l'évaluation des données chez les adultes au niveau national. Un rapport comparatif national séparé (Vangelooven et al., 2014) existe pour le module escarres enfants.

1.1 Contexte

L'ANQ, les organisations faîtières 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 cadre, les parties au contrat règlent le financement et la mise en œuvre des mesures de la qualité conformément aux instructions (plan de mesure) de l'ANQ pour les hôpitaux qui ont signé le contrat qualité national de l'ANQ.

Le plan de mesure 2013 prévoit une mesure nationale de la prévalence des indicateurs de la qualité chutes et escarres suivant la méthode International Prevalence Measurement of Care Problems (LPZ International) de l'université de Maastricht, Pays-Bas (Bours, Halfens, Lubbers, & Haalboom, 1999; van Nie et al., 2013). Pour la collecte des données au Tessin et en Romandie, la BFH coopère avec la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR) et la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI).

La mesure nationale de la prévalence comprend les indicateurs sensibles des soins chutes 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, les données de la prévalence des indicateurs sensibles des soins étaient, jusqu'à la première mesure nationale en 2011, disponibles seulement au niveau des institutions ou elles avaient été estimées sur la base de taux de complications signalés par le personnel soignant (Schubert, Clarke, Glass, Schaffert-Witvliet, & De Geest, 2009).

Les mesures de la prévalence sont en mesure de fournir des données permettant de considérer la qualité des soins et de la prise en charge. Elles permettent en effet de fournir de plus amples informations sur la fréquence (prévalence) de situations ou d'évènements souhaités ou non mais aussi sur les mesures et traitements préventifs nécessaires. De plus, elles fournissent une base fondamentale pour les comparaisons des organisations Best Practice (benchmarking) et par conséquent pour les améliorations de la qualité dans les domaines de la prévention et du traitement. L'utilisation d'outils uniformes reconnus à l'échelle internationale et la collaboration avec des partenaires européens permet d'établir des comparaisons non seulement nationales mais aussi internationales tout comme le développement durablequant aux ressources de la qualité des soins.

Vous trouverez une liste des abréviations en annexe

1.2 Définitions conceptuelles

1.2.1 Mesure de la prévalence

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

La mesure nationale de la prévalence permet de déterminer les taux de prévalence globaux et les taux de prévalence nosocomiaux (escarres contractées à l'hôpital). Les taux de prévalence globaux donnent des informations sur la prévalence générale des indicateurs de mesure, c'est-à-dire indépendamment de la survenue d'un événement avant ou après l'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 de décubitus, la prévalence est de : 5/100 x 100 = 5 %.

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

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

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

Deux calculs ont été créés pour déterminer les taux de prévalence de l'escarre : un calcul faisant intervenir la catégorie 1 et un autre ne la faisant pas intervenir. Cette double analyse se justifie par le fait qu'il est relativement difficile de déceler une escarre de catégorie 1 (Halfens, Bours, & Van Ast, 2001). Une bonne prévention permet généralement d'éviter des lésions cutanées. C'est pourquoi les escarres de catégorie 1 contractées 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, l'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 ci-dessous des escarres (voir Tableau 2) a été utilisée dans la mesure LPZ à partir de la mesure 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 catégories d'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 1 : 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 1 soit difficile à détecter. Ces personnes devraient être signalées comme étant « à risque ».

Catégorie/Stade 2 : 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 égalesment 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, dermites du siège associées à l'incontinence, la macération ou l'excoriation.

*L'ecchymose indique une atteinte profonde des tissus.

Catégorie/Stade 3 : 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 tunnélisations. La profondeur de l'escarre de Catégorie/Stade 3 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 3 peuvent être superficielles. Au contraire, les zones avec un tissu adipeux important peuvent développer des escarres de Catégorie/Stade 3 extrêmement profondes. L'os et les tendons ne sont pas visibles ou directement palpables.

Catégorie/Stade 4 : 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 tunnélisations. La profondeur de l'escarre de Catégorie/Stade 4 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 4 peuvent être superficielles. L'escarre de Catégorie/Stade 4 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 le LPZ Maastricht :

- **Les phlyctènes de tension :** la plupart d'entre elles sont considérées comme des escarres (catégorie 2 selon définition) (R. Halfens LPZ, 2011) car elles sont dues à des forces de cisaillement qui s'appliquent au niveau de la jonction dermo-épidermique, ainsi qu'à une détérioration de la vascularisation de cette région en période postopératoire. Les forces de frottement y jouent également un rôle. Les phlyctènes de tension sont fréquemment déclenchées par un pansement trop serré, qui peut réduire les mouvements (par ex. articulations) à cause du manque d'élasticité, et par une augmentation du volume de la peau à cause d'un œdème (en général postopératoire) qui entraînent une augmentation de la tension (Baum, Rüegg, Wyss, & Läuchli, 2012)

  Les phlyctènes de tension suivantes ne sont pas considérées comme des escarres : les brûlures causées par exemple par l'eau bouillante, les érysipèles bulleux (Baum, et al., 2012).

- **Les blessures causées par des pansements** (écorchure quand on ôte un pansement) qui sont provoquées par friction et non par des forces de frottement et de cisaillement ne sont pas considérées comme des escarres

- **Nécrose :** Selon les directives internationales, cette forme de nécrose fait partie de la catégorie 4. Selon la classification internationale NPUAP, la catégorie 4est 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 recommandations 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 » (LPZ Maastricht, 2011).

1.2.3 Chutes

Pour la mesure de la prévalence de 2013, la définition suivante de la chute, recommandée par la Fondation sécurité des patients suisse a été utilisée : « Evénement 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 le 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 selon les quatre catégories suivantes (LPZ Maastricht, 2012) :

- **Lésions minimes :** conséquences sur l'état de santé ne demandant pas un traitement médical, par exemple conséquences sur l'état de santé ne demandant pas un traitement médical; bleus, égratignures légères.
- **Blessures de gravité moyenne** : blessures avec nécessité un traitement de plaie, par exemple contusions, coupures nécessitant des points de suture, dermabrasions sévères avec nécessité de traitement de plaie.
- **Blessures graves :** blessures à la tête, fracture d'un bras ou d'une jambe (fractures de hanche exclues), par exemple traumatisme crânio-cérébral, Hématome avec besoin de drainage.
- **Fracture de la hanche.**

Aucun instrument d'analyse du risque n'a été 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 des structures 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) : http://www.anq.ch/fr/medicine-somatique-aigue/resultats-mesure/

3. Buts visés et problématique

La mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres de 2013 a pour objectif d'étudier de façon globale les indicateurs de qualité des soins « Chutes » et « Escarres » en tant qu'indicateurs de résultats dans les hôpitaux suisses.

Lors de la troisième mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres, les problématiques suivantes étaient de nouveau au premier plan.

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

En complément de ces problématiques, les taux de prévalence globaux des chutes et escarres sont également détaillés dans les résultats descriptifs. Cela signifie que dans la partie Résultats, les résultats précédant l'hospitalisation sont également représentés.

Il faut ainsi obtenir des connaissances au niveau individuel des hôpitaux, mais également au niveau national. Ce rapport présente des informations concernant le niveau national.

4. Méthode

Les informations relatives à la conception, aux échantillons/participants, aux aspects éthiques et à l'analyse des données (ajustée aux risques) sont expliquées dans le rapport final 2012 (chapitre 4) de la mesure de la prévalence nationale des chutes et escarres (Vangelooven, Richter, Kunz, Grossmann, & Hahn, 2013).

Au printemps 2013, les questionnaires sur les chutes (au niveau de l'hôpital, des unités de soins et des patients) ont obtenu la validation cognitive dans les trois langues dans le cadre d'une thèse de master (Thomas, 2013). Il s'est avéré que les questionnaires étaient majoritairement compréhensibles et que les thèmes qui avaient posé des problèmes de compréhension étaient les mêmes dans les trois langues. Grâce aux résultats de cette thèse de master, la formulation des questions a pu être optimisée et le dossier d'informations/manuel suisse de la mesure spécifié. Les résultats au niveau de l'hôpital et des unités de soins ont également pu être utilisés pour optimiser les questions relatives à l'indicateur « Escarres ».

Dans le cadre d'un travail de bachelor sur les soins (Zürcher, 2012), la version française de l'EDS a été vérifiée selon les critères de validation et de fiabilité psychométrique. Les résultats ont montré une exactitude des mesures (fiabilité) et une validité (est-ce qu'on mesure ce qui doit être mesuré) satisfaisantes. Des résultats comparables ont à nouveau pu être présentés pour la version italienne de l'EDS. Les résultats indiquent que l'EDS dans les deux régions linguistiques répertorie une caractéristique identique, ce qui permet de comparer les deux groupes. C'est pourquoi les deux versions peuvent être recommandées comme des instruments précis, valables et utiles pour la pratique (soins stationnaires).

Pour la mesure 2013, le dossier d'informations/manuel suisse de la mesure et les documents de formation ont été complétés par un exemple de cas avec résolution, qui a pu être utilisé pour la formation à l'échelle de dépendance aux soins. De plus, la référence au programme de formation en ligne PUCLAS2 pour la classification des catégories d'escarres (Defloor et al., n.d.) a été intégrée aux documents de formation. Le chapitre sur les pansements a également été entièrement actualisé (Läuchli, Signer, & Keller-Preisig, 2012; Signer, Keller-Preisig, & Läuchli, 2012).

Désormais, à partir de la mesure 2013, selon le désir des hôpitaux participants, les taux de prévalence sont calculés au niveau des unités de soins (et non comme la partie de la prévalence totale). Conformément aux recommandations et procédures de la littérature internationale (Currie, 2008; The University of Kansas School of Nursing, n.d.), un indice de blessure dues aux chutes a été calculé à partir de cette année de mesure dans le chapitre Chutes (voir Tableau 47).

Par rapport aux autres pays, la participation à la mesure a été plutôt basse lors des trois premières années de mesure, ce qui peut affecter la représentativité (patient-e-s à risque et patient-e-s éventuellement exclus). Afin de pouvoir analyser plus en détail le problème de la non-participation, il était donc important en 2013 d'obtenir des données plus précises sur les patient-e-s qui ne voulaient ou ne pouvaient pas participer à la mesure. Afin de ne pas devoir collecter de données personnelles, les données de base ont été collectées sous forme agrégée en ce qui concerne le nombre de non-participants ainsi que leur sexe et leur tranche d'âge (par type d'unité de soins). La participation des hôpitaux à cette enquête en ligne supplémentaire de la BFH était volontaire. Après un test préalable dans le cadre du groupe d'experts de l'ANQ pour la mesure de la prévalence, le questionnaire en ligne a été programmé en trois langues. Les coordinatrices et coordinateurs de tous les hôpitaux participants ont obtenu le lien vers le questionnaire en ligne env. cinq jours avant la mesure. Les résultats de cette mesure sont représentés et discutés aux chapitres 5 et 7.

Les analyses descriptives ont été effectuées avec IBM SPSS statistics version 21.0.

Les analyses statistiques multivariées pour l'ajustement des résultats au risque a été réalisée avec STATA 13.1 (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 statistiques, (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 centralisée (prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux), hôpitaux de soins généraux pour les soins de base (soins de base) et cliniques spécialisées. Les données seront précisées selon le type d'unité de soins dans des tableaux et graphiques individuels. Contrairement au rapport au niveau des groupes hospitaliers dans le cycle de mesure 2011, les résultats du cycle de mesure 2012 et 2013 sont évalués et présentés au niveau de chaque hôpital sur demande de l'ANQ, c'est pourquoi le nombre d'hôpitaux participants a augmenté en 2012 et 2013 par rapport à 2011.

De plus, certaines des réponses contenaient des informations incomplètes *(missing answers)*, c'est pourquoi les chiffres totaux sont parfois légèrement différents dans chaque représentation du résultat. Comme peu de réponses incomplètes ont été données, cela ne change rien aux informations données par les résultats globaux. Des chiffres comparatifs sont représentés pour les années de mesure 2011, 2012 et 2013 pour les tableaux relatifs aux questions principales de la mesure.

5.1 Hôpitaux participants

Au total, 193 institutions se sont inscrites à la troisième mesure de la prévalence nationale. Parmi ceux-ci, 133 hôpitaux et groupes hospitaliers ont participé (répartis sur 187 sites hospitaliers). 112 hôpitaux et groupes hospitaliers ont participé à la première mesure 2011 (répartis sur 159 sites), 132 hôpitaux et groupes hospitaliers à la deuxième mesure 2012 (répartis sur 186 sites hospitaliers). Les raisons pour lesquelles six des institutions inscrites n'ont pas pu enregistrer de données incluent le manque de patient-e-s hospitalisés ou des raisons organisationnelles internes.

Le jour de la mesure, 17 486 patient-e-s âgé-e-s d'au moins 18 ans étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux participants ; 12 903 personnes (taux de participation = 73,8 %) ont participé à la mesure. Les années précédentes 2011 et 2012, le nombre de patient-e-s hospitalisé-e-s était de 15 566 et 18 105 ; parmi eux 10 606 et 13 651 ont participé à la mesure (taux de participation = 68,1 % et 75,4 %). En 2013, le taux de participation était de nouveau équilibré dans les types d'hôpitaux : prise en charge centralisée (hôpitaux universitaires) et cliniques spécialisées avec 76,3 %, respectivement 74,0 % des patient-e-s ; prise en charge centralisée (hôpitaux généraux) et soins de base (hôpitaux généraux) avec 72,9 %, respectivement 73,7 % des patient-e-s. Les raisons de la non-participation sont diverses, la plus fréquente étant, comme en 2012 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. Depuis l'année de mesure 2012, la nouveauté était aussi l'option « État cognitif trop mauvais », introduite comme catégorie de réponse sous « Raisons de non-participation ».

Dans l'enquête en ligne de la BFH concernant les non-participant-e-s, le taux de réponse des hôpitaux était de 15 %. Les fréquences des raisons indiquées pour la non-participation ainsi que la tranche d'âge/le sexe des non-participant-e-s n'étaient pas très différents de ceux de la mesure LPZ 2013 (voir annexe Figure 27 - Figure 29). La qualité des données devrait donc être bonne en matière de fiabilité des informations données sur la non-participation. Dans la figure 1 les raisons pour les types d'unités de soins ayant la plus grande part de non-participant-e-s (gériatrie aiguë ; soins continus/soins continus de la chirurgie cardiaque, réadaptation) à l'enquête en ligne ont été représentées : Pour 63,6 % des participant-e-s en gériatrie aiguë et pour 61,5 % dans le type d'unité de soins continus/soins continus de la chirurgie cardiaque, la raison de la non-participation était le refus. La part de participant-e-s non accessibles était semblable en réadaptation (66,7 %).

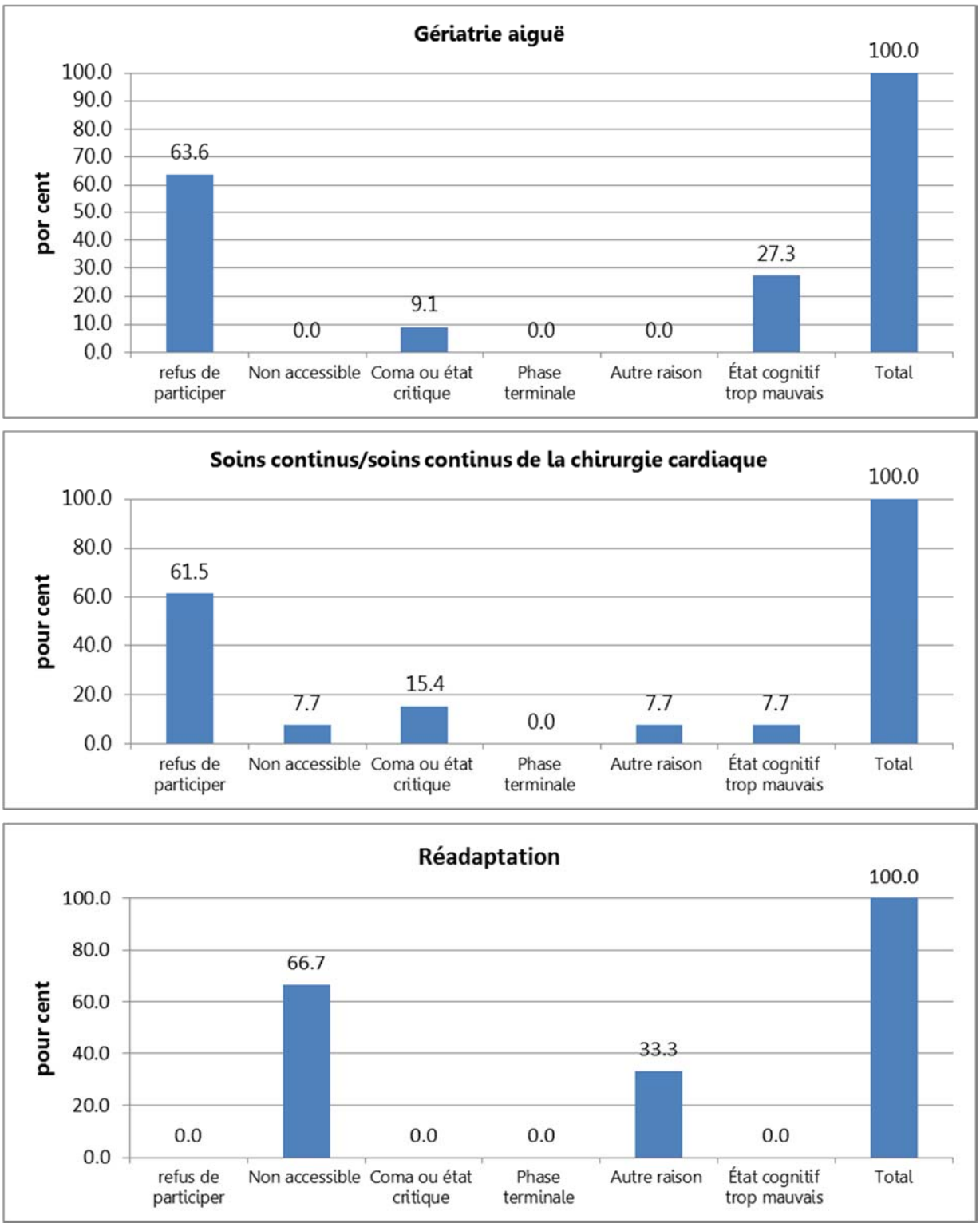
Tableau 3 : hôpitaux et patient-e-s participants, et motifs de non-participation

	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 (%)
Sites/groupes hospitaliers					
2013 (sites)	**5 (2.7)**	**58 (31.0)**	**87 (46.5)**	**37 (19.8)**	**187 (100)**
2012 (sites))	5 (2.7)	50 (26.9)	95 (51.0)	36 (19.4)	186 (100)
2011 (groupes)	4 (3.5)	24 (21.4)	64 (57.1)	20 (17.9)	112 (100)
Patient-e-s					
2013	**2969 (17.0)**	**7862 (45.0)**	**5367 (30.7)**	**1288 (7.4)**	**17486 (100)**
2012	3224 (17.8)	7244 (40.0)	6313 (34.9)	1324 (7.3)	18105 (100)
2011	2314 (14.9)	6177 (39.7)	6145 (39.4)	930 (6.0)	15566 (100)
Participation					
2013	**2265 (76.3)**	**5732 (72.9)**	**3953 (73.7)**	**953 (74.0)**	**12903 (73.8)**
2012	2445 (75.8)	5452 (75.3)	4751 (75.3)	1003 (75.8)	13651 (75.4)
2011	1462 (63.2)	4360 (70.6)	4247 (69.1)	537 (57.7)	10606 (68.1)
Raison de non-participation	%	%	%	%	%
Refus de participer					
2013	**47.2**	**48.8**	**47.8**	**51.0**	**48.4**
2012	46.9	45.8	51.3	43.0	47.7
2011	52.2	61.1	56.8	69.6	58.5
Non accessible					
2013	**17.6**	**15.8**	**17.7**	**27.5**	**17.5**
2012	19.3	17.9	17.9	25.9	18.7
2011	13.4	16.7	19.3	15.5	17.0
État cognitif trop mauvais					
2013	**13.4**	**12.5**	**12.9**	**10.1**	**12.6**
2012	10.5	12.5	11.4	16.5	12.1
2011	-	-	-	-	-

	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 (%)
Coma ou état critique					
2013	**4.5**	**5.6**	**6.3**	**3.3**	**5.5**
2012	5.3	5.7	5.8	2.2	5.4
2011	10.1	4.6	6.5	1.3	6.0
Phase terminale					
2013	**1.4**	**1.9**	**1.5**	**1.2**	**1.7**
2012	2.3	1.8	2.2	2.5	2.1
2011	2.3	1.4	1.5	0.7	1.6
Autre raison					
2013	**15.9**	**15.3**	**13.8**	**6.9**	**14.3**
2012	15.8	16.2	11.5	10.0	14.0
2011	22.0	16.3	15.8	12.9	16.9

* 2011 hôpitaux et groupes hospitaliers, 2012 et 2013 sites hospitaliers

Figure 1: Raisons fréquentes de non-participation par type d'unité de soins (enquête en ligne BFH)



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. Étant donné que l'analyse a été effectuée au niveau des sites hospitaliers depuis 2012, les chiffres pour 2013 dans le Tableau 4 correspondent au nombre de sites hospitaliers par canton et type d'hôpital. Le canton du Jura (participation de 92,7 % des patient-e-s) et le canton d'Obwald (85,7 %) ont donné le taux de participation le plus élevé, suivis du canton d'Appenzell (84,6 %) et du canton du Tessin (84,4 %).

Tableau 4 : hôpitaux et patient-e-s participants, et motifs de non-participation*

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
AG					
2013	**0**	**2**	**7**	**2**	**11**
2012	0	2	7	2	11
2011	0	2	5	1	8
AI					
2013	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**
2012	0	0	1	0	1
2011	0	0	1	0	1
AR					
2013	**0**	**0**	**2**	**2**	**4**
2012	0	0	2	3	5
2011	0	0	1	2	3
BE					
2013	**1**	**8**	**13**	**3**	**25**
2012	1	6	16	2	25
2011	1	4	7	1	13
BL					
2013	**0**	**3**	**1**	**5**	**9**
2012	0	2	2	4	8
2011	0	2	2	2	6
BS					
2013	**1**	**0**	**2**	**5**	**8**
2012	1	1	1	6	9
2011	1	1	2	2	6
FL					
2013	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
2012	0	0	1	0	1
2011	0	0	1	0	1
FR					
2013	**0**	**3**	**1**	**1**	**5**
2012	0	4	2	0	6
2011	0	1	2	0	3
GE					
2013	**1**	**0**	**2**	**1**	**4**
2012	1	0	2	1	4
2011	0	0	1	1	2

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
GL					
2013	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**
2012	0	0	1	0	1
2011	0	0	1	0	1
GR					
2013	**0**	**1**	**9**	**2**	**12**
2012	0	1	9	2	12
2011	0	1	6	1	8
JU					
2013	**0**	**2**	**0**	**0**	**2**
2012	0	2	0	0	2
2011	0	1	0	0	1
LU					
2013	**0**	**3**	**1**	**2**	**6**
2012	0	3	1	2	6
2011	0	1	1	1	3
NE					
2013	**0**	**2**	**1**	**0**	**3**
2012	0	2	0	1	3
2011	0	1	1	1	3
NW					
2013	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**
2012	0	0	1	0	1
2011	0	0	1	0	1
OW					
2013	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**
2012	0	0	1	0	1
2011	0	0	1	0	1
SG					
2013	**0**	**3**	**7**	**2**	**12**
2012	0	3	7	1	11
2011	0	1	4	0	5
SH					
2013	**0**	**0**	**2**	**0**	**2**
2012	0	0	2	0	2
2011	0	0	2	0	2

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
SO					
2013	**0**	**3**	**0**	**1**	**4**
2012	0	0	3	1	4
2011	0	0	1	1	2
SZ					
2013	**0**	**0**	**4**	**0**	**4**
2012	0	0	3	1	4
2011	0	0	4	0	4
TG					
2013	**0**	**2**	**1**	**2**	**5**
2012	0	2	1	2	5
2011	0	2	1	1	4
TI					
2013	**0**	**8**	**6**	**1**	**15**
2012	0	8	5	1	14
2011	0	1	5	0	6
UR					
2013	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**
2012	0	0	1	0	1
2011	0	0	1	0	1
VD/VS					
2013	-	-	-	-	-
2012	-	-	-	-	-
2011	0	0	1	0	1
VD					
2013	**1**	**9**	**10**	**3**	**23**
2012	1	6	12	3	22
2011	1	2	5	4	12
VS					
2013	**0**	**4**	**0**	**1**	**5**
2012	0	3	1	1	5
2011	0	0	1	1	2
ZG					
2013	**0**	**0**	**2**	**0**	**2**
2012	0	0	2	0	2
2011	0	0	2	0	2
ZH					
2013	**1**	**5**	**11**	**4**	**21**
2012	1	5	11	3	20
2011	1	4	4	1	10

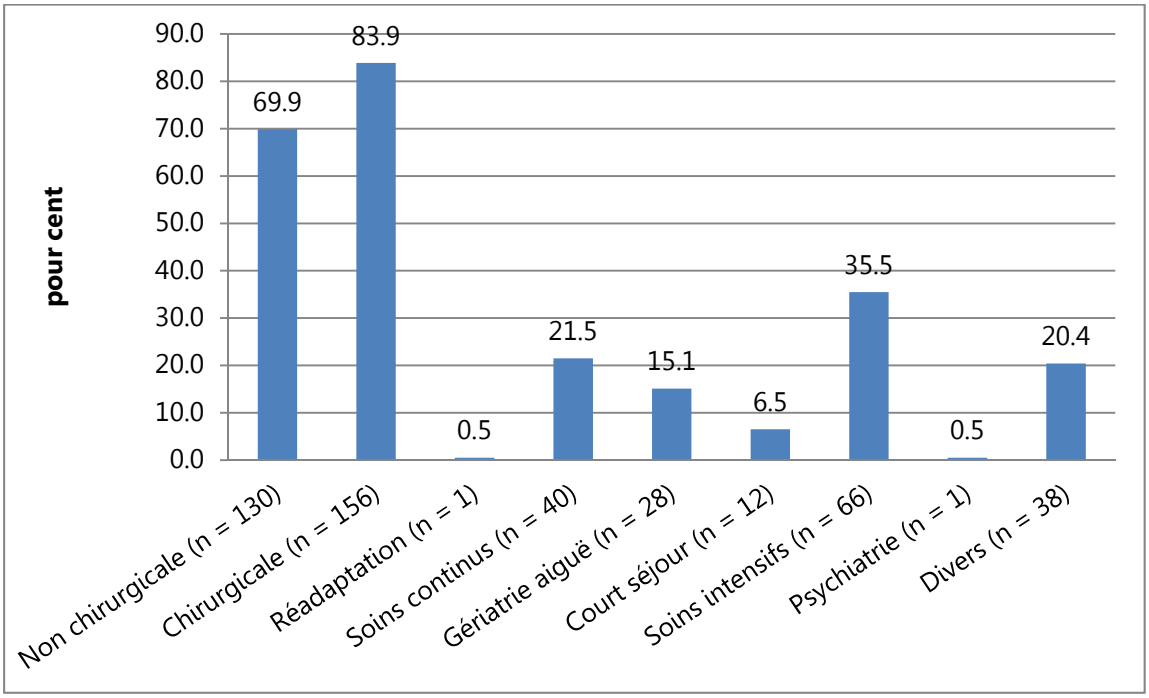
Canton	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
Total					
2013	**5**	**58**	**87**	**37**	**187**
2012	5	50	95	36	186
2011	4	24	64	20	112
Tot. %					
2013	**2.7**	**31.0**	**46.5**	**19.8**	**100**
2012	2.7	26.9	51.1	19.4	100
2011	3.6	21.4	57.1	17.9	100

* 2011 hôpitaux et groupes hospitaliers, 2012 et 2013 sites hospitaliers

En moyenne, le taux de participation de tous les cantons était de 73,8 % (moins 1,6 % par rapport à l'année précédente). Si le taux de participation est évalué au niveau des hôpitaux, la fourchette des taux de participation se situe entre 0,0 % et 100 % (écart-type +/- 44). Les taux de participation de chaque site hospitalier sont visibles en annexe (Tableau 57).

La Figure 2 montre les types d'unités de soins 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). 156 hôpitaux ont des unités de soins chirurgicaux ; ainsi, plus de 80 % des hôpitaux disposent de ce type d'unité de soins. Dans ce contexte, le terme d'unité de soins chirurgicaux 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. Pour le type d'unité de soins obstétriques/post-partum, aucune donnée n'est plus collectée à partir de cette mesure.

Figure 2 : type d'unité de soins dans les hôpitaux en pourcentage *



*Au total, 187 hôpitaux ou sites hospitaliers ont participé. Le pourcentage se rapporte au nombre total de N=186 des institutions dans lesquelles les données des patient-e-s ont pu être collectées.

Le Tableau 5 indique combien d'unités de soins par type d'hôpital ont participé à la mesure. De plus, on voit combien de patient-e-s étaient hospitalisé-e-s par type d'unité de soins. Au total, 1 208 unités de soins ont participé à la mesure. Les unités de soins les plus représentées concernaient la chirurgie avec 556 unités de soins (46,0 %) suivies des unités de soins non chirurgicales avec 387 unités de soins (32,0 %). Les unités de réadaptation se trouvent dans les cliniques spécialisées dans les soins somatiques aigus. L'unité de soins psychiatriques participante est intégrée dans un hôpital de soins aigus.

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 (%)
Chirurgicale					
n unités de soins	88 (43.8)	230 (44.4)	188 (46.2)	50 (61.0)	556 (46.0)
n patient-e-s	1074 (47.4)	2675 (46.7)	2065 (52.2)	580 (60.9)	6394 (49.6)
Non chirurgicale					
n unités de soins	70 (34.8)	177 (34.2)	138 (33.9)	2 (2.4)	387 (32.0)
n patient-e-s	827 (36.5)	2281 (39.8)	1435 (36.8)	15 (1.6)	4576 (35.5)
Soins intensifs					
n unités de soins	13 (6.5)	38 (7.3)	26 (6.4)	1 (1.2)	78 (6.5)
n patient-e-s	111 (4.9)	167 (2.9)	77 (1.9)	1 (0.1)	356 (2.8)
Soins continus/soins continus de la chirurgie cardiaque					
n unités de soins	17 (8.5)	19 (3.7)	19 (4.7)	2 (2.4)	57 (4.7)
n patient-e-s	91 (4.0)	70 (1.2)	78 (2.0)	7 (0.7)	246 (1.9)
Gériatrie aiguë					
n unités de soins	1 (0.5)	28 (5.4)	13 (3.2)	14 (17.1)	56 (4.6)
n patient-e-s	13 (0.6)	323 (5.6)	136 (3.4)	206 (21.6)	678 (5.3)
Court séjour					
n unités de soins	2 (1.0)	3 (0.6)	7 (1.7)	0 (0.0)	12 (1.0)
n patient-e-s	33 (1.5)	25 (0.4)	57 (1.4)	0 (0.0)	115 (0.9)
Psychiatrie					
n unités de soins	0 (0.0)	1 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.1)
n patient-e-s	0 (0.0)	14 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (0.1)
Réadaptation					
n unités de soins	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (6.1)	5 (0.4)
n patient-e-s	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	86 (9.0)	86 (0.7)
Divers					
n unités de soins	10 (5.0)	22 (4.2)	16 (3.9)	8 (9.8)	56 (4.6)
n patient-e-s	116 (5.1)	177 (3.1)	87 (2.2)	58 (6.1)	438 (3.4)
Total					
n unités de soins	**201 (100)**	**518 (100)**	**407 (100)**	**82 (100)**	**1208 (100)**
n patient-e-s	**2265 (100)**	**5732 (100)**	**3953 (100)**	**953 (100)**	**12'903 (100)**

5.2 Patient-e-s participant-e-s

Comme indiqué au chapitre **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**, 17 486 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, 73,8 % (n = 12 903) ont participé à la mesure. Leurs caractéristiques sont décrites ci-dessous.

5.2.1 Sexe

Le sexe est indiqué pour 12 903 participant-e-s. On compte 49,6 % d'hommes et 50,4 % de femmes parmi les participants. 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 centralisée (50.7 %), dans les soins de base (52.0 %) et dans les cliniques spécialisées (56.1 %), les femmes hospitalisées sont plus représentées que dans les autres types d'hôpitaux.

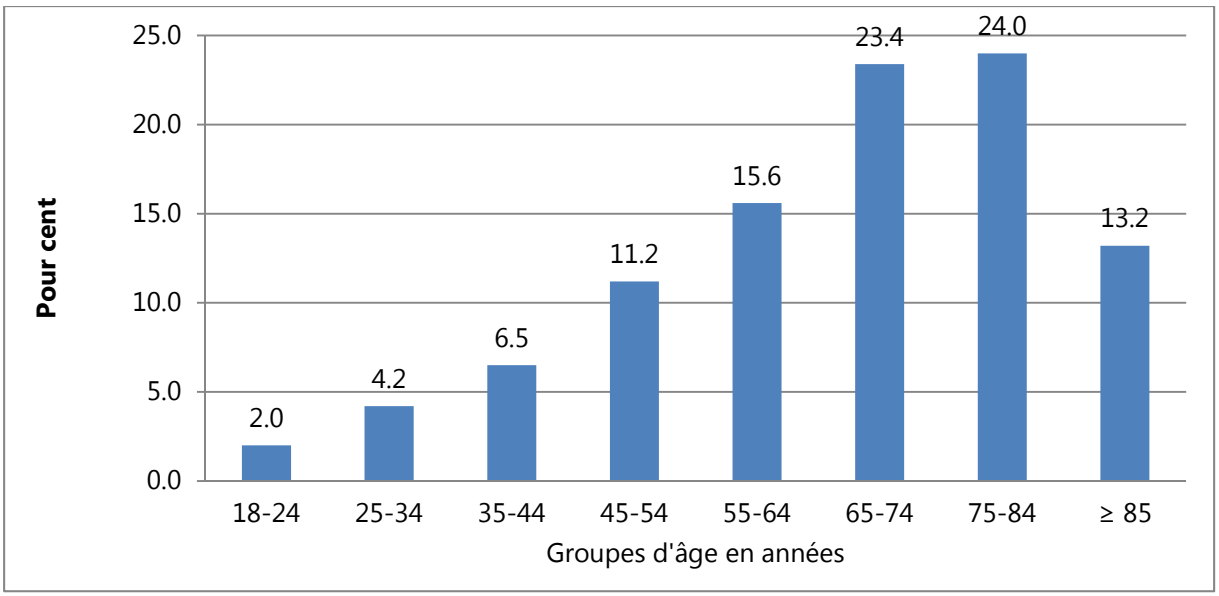
Tableau 6: répartition par sexe des participants dans les différents types d'hôpitaux

	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	1262 (55.7)	2828 (49.3)	1897 (48.0)	418 (43.9)	6405 (49.6)
féminin	1003 (44.3)	2904 (50.7)	2056 (52.0)	535 (56.1)	6498 (50.4)
Total	**2265 (100)**	**5732 (100)**	**3953 (100)**	**953 (100)**	**12903 (100)**

5.2.2 Age

Les participant-e-s avaient entre 18 et 104 ans. L'âge moyen était 66,2 ans, avec un écart type de +/- 17,3 ans. Autrement dit, la majorité des personnes participant à la mesure avaient entre 48,9 et 83,4 ans, comme le montre la Figure 3.

Figure 3: âge des participant-e-s par groupe d'âge



La comparaison des groupes d'âge entre les hôpitaux fait ressortir des différences. Par ex., 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).

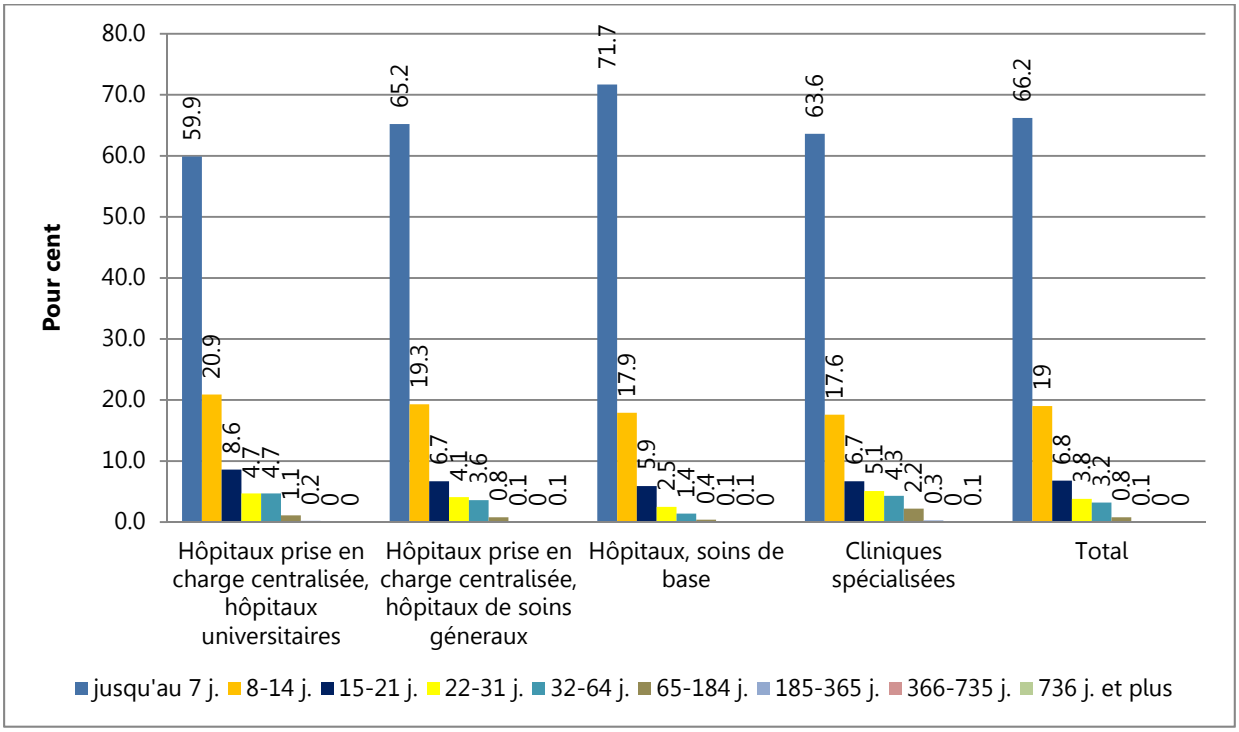
Tableau 7 : âge des participant-e-s par type d'hôpital

	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	65 (2.9)	100 (1.7)	88 (2.2)	11 (1.2)	264 (2.0)
25 à 34	113 (5.0)	241 (4.2)	157 (4.0)	26 (2.7)	537 (4.2)
35 à 44	225 (9.9)	329 (5.7)	231 (5.8)	60 (6.3)	845 (6.5)
45 à 54	297 (13.1)	588 (10.3)	446 (11.3)	110 (11.5)	1441 (11.2)
55 à 64	434 (19.2)	802 (14.0)	616 (15.6)	157 (16.5)	2009 (15.6)
65 à 74	534 (23.6)	1361 (23.7)	892 (22.6)	227 (23.8)	3014 (23.4)
75 à 84	412 (18.2)	1465 (25.6)	987 (25.0)	228 (23.9)	3092 (24.0)
≥ 85	185 (8.2)	846 (14.8)	536 (13.6)	134 (14.1)	1701 (13.2)
Total	**2265 (100)**	**5732 (100)**	**3953 (100)**	**953 (100)**	**12903 (100)**

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 indiquée pour 12 903 participants. La durée moyenne de l'hospitalisation est de 8,6 jours, avec un minimum de 0 jour et un maximum de 1 404. L'écart type est de +/– 19,4 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 de vérification des données pour détecter les éventuelles réponses non plausibles. Si une durée d'hospitalisation supérieure à 200 jours était indiquée, une confirmation ou le cas échéant une correction des données indiquées était demandée aux coordinatrices/coordinateurs des hôpitaux par la BFH. Comme le montre la Figure 4: durée de l'hospitalisation en jours par type d'hôpital jusqu'au moment de la mesure, la durée de 'hospitalisation jusqu'au moment de la mesure la plus fréquente dans tous les types d'hôpitaux est de 7 jours.

Figure 4: durée de l'hospitalisation en jours par type d'hôpital jusqu'au moment de la mesure



5.2.4 Interventions chirurgicales

Le **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**Tableau 8 indique que 40,9 % 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**
Intervention chirurgicale durant les 2 dernières semaines	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Non	1316 (58.1)	3687 (64.3)	2252 (57.0)	373 (39.1)	7628 (59.1)
Oui	949 (41.9)	2045 (35.7)	1701 (43.0)	580 (60.9)	5275 (40.9)
Total	2265 (100)	5732 (100)	3953 (100)	953 (100)	12903 (100)

Des données sur la durée d'opération de 5 111 participants ont été fournies. La durée moyenne des opérations effectuées était de 127,9 minutes (minimum 4 minutes et maximum 1 200 minutes, avec un écart-type de +/– 98,8 minutes).

Une comparaison entre les types d'hôpitaux indique des différences considérables entre les durées d'opération (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**
Durée intervention chirurgicale	**en minutes** (min.)	min.	min.	min.
Durée minimum en minutes	8.0	5.0	4.0	7.0
Durée maximum en minutes	1200.0	720.0	600.0	560.0
Valeur moyenne en minutes	175.9	130.9	109.4	94.1
Écart type	133.1	95.5	77.7	63.3

5.2.5 Diagnostics médicaux 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. Depuis 2013, les catégories principales CIM sont utilisées dans les questionnaires LPZ. La nouvelle classification ne se distingue que faiblement des catégories utilisées l'année dernière, mais elle ne concorde pas totalement. Les résultats de la mesure de cette année dans le domaine des « diagnostics médicaux » ne sont donc que partiellement comparables à ceux de 2012.

Des différences s'observent en fonction du type de soins administrés et des spécialisations. Les plus fréquentes étaient les maladies de l'appareil circulatoire (49,4 %) suivies des maladies ostéo-articulaires, muscles et tissu conjonctif (36,4 %).

Tableau 10: Diagnostic(s) médical/médicaux selon les types d'hôpitaux

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux**	**Hôpitaux soins de base**	**Cliniques spécialisées**	**Total hôpitaux**
Diagnostic(s) médical/médicaux	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Maladies de l'appareil circulatoire	1055 (46.6)	2972 (51.8)	1915 (48.4)	433 (45.4)	6375 (49.4)
Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	500 (22.1)	2001 (34.9)	1602 (40.5)	591 (62.0)	4694 (36.4)
Maladies de l'appareil génito-urinaire	544 (24.0)	1739 (30.3)	993 (25.1)	191 (20.0)	3467 (26.9)
Maladies du système digestif	507 (22.4)	1485 (25.4)	949 (24.0)	128 (13.4)	3042 (23.6)
Maladies de l'appareil respiratoire	541 (23.9)	1336 (23.3)	849 (21.5)	139 (14.6)	2865 (22.2)
Maladie endocrinienne, nutritionnel, métabol.	363 (16.0)	1130 (19.7)	709 (17.9)	188 (19.7)	2390 (18.5)
Tumeurs	413 (18.2)	817 (14.3)	475 (12.0)	61 (6.4)	1766 (13.7)
Diabètes mellitus	259 (11.4)	869 (15.2)	499 (12.6)	104 (10.9)	1731 (13.4)
Maladies du sang et des organes hématopoïétique	318 (14.0)	862 (15.0)	437 (11.1)	82 (8.6)	1699 (13.2)
Maladie infectieuse et parasitaire	308 (13.6)	645 (11.3)	364 (9.2)	42 (4.4)	1359 (10.5)
Troubles mentaux et du comportement	230 (10.2)	652 (11.4)	382 (9.7)	69 (7.2)	1333 (10.3)
Maladies du système nerveux	265 (11.7)	581 (10.1)	346 (8.8)	88 (9.2)	1280 (9.9)
Lésions traumaiques,empoisonnements et conséquences des causes externes	218 (9.6)	448 (7.8)	233 (5.9)	40 (4.2)	939 (7.3)

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	176 (7.8)	381 (6.6)	224 (5.7)	41 (4.3)	822 (6.4)
Démence	82 (3.6)	344 (6.0)	202 (5.1)	85 (8.9)	713 (5.5)
Maladies de l'oeil et de ses annexes	122 (5.4)	315 (5.5)	190 (4.8)	76 (8.0)	703 (5.4)
AVC/hémiparésie	158 (7.0)	307 (5.4)	148 (3.7)	45 (4.7)	658 (5.1)
Overdoses, abus/dépendance de psychotropes	98 (4.3)	281 (4.9)	163 (4.1)	31 (3.3)	573 (4.4)
Symptômes et résultats anormaux (ex. clinique et labo)	67 (3.0)	228 (4.0)	127 (3.2)	26 (2.7)	448 (3.5)
Maladie oreilles	44 (1.9)	98 (1.7)	74 (1.9)	26 (2.7)	242 (1.9)
Causes externes de morbidité	38 (1.7)	76 (1.3)	51 (1.3)	23 (2.4)	188 (1.5)
Grossesse, accouchement et puerpéralité	23 (1.0)	96 (1.7)	68 (1.7)	5 (0.5)	192 (1.5)
Lésions médullaires/paraplégie	33 (1.5)	49 (0.9)	22 (0.6)	9 (0.9)	113 (0.9)
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	25 (1.1)	21 (0.4)	31 (0.8)	5 (0.5)	82 (0.6)
Impossibilité d'établir un diagnostic précis	31 (1.4)	74 (1.3)	77 (1.9)	31 (3.3)	213 (1.7)
Nombre de diagnostics (moyenne) par participant-e	2.8	3.1	2.8	2.7	2.9
Total	**2265 (100)**	**5732 (100)**	**3953 (100)**	**953 (100)**	**12903 (100)**

*Plusieurs mentions

En moyenne, à peine plus de 55 % des participant-e-s avaient besoin d'aide en matière d'ADL. Pour les HDL, c'étaient plus de 30 % (Tableau 11). Les données relatives au besoin d'aide se distinguent fortement des données publiées l'année dernière. Ceci peut s'expliquer par le fait que les questions relatives aux ADL et HDL ne faisaient plus partie du bloc des diagnostics médicaux cette année, mais aient été présentées comme des questions obligatoires indépendantes. Il y avait trois possibilités de réponses, les ADL et HDL pouvant aussi être une réponse multiple. La dernière ligne du tableau indiquait combien de patient-e-s avaient besoin à la fois d'aide pour les ADL et HDL.

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

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires (n=2265)	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=5732)**	**Hôpitaux soins de base (n=3953)**	**Cliniques spécialisées (n=953)**	**Total hôpitaux (n=12903)**
Besoin d'aide*	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Non	1026 (45.3)	2341 (40.8)	1689 (42.7)	338 (35.5)	5394 (41.8)
Besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (ADL)	1174 (51.8)	3253 (56.8)	2117 (53.6)	586 (61.5)	7130 (55.3)
Besoin d'aide pour les tâches ménagères (HDL)	623 (27.5)	1866 (32.6)	1247 (31.5)	338 (35.5)	4074 (31.6)
ADL + HDL	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Besoin d'aide ADL et HDL	558 (24.6)	1728 (30.1)	1100 (27.8)	309 (32.4)	3695 (28.6)

*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 ».

La somme totale calculée pour l'échelle de dépendance indique que plus de la moitié des patient-e-s participant à la mesure est, dans tous les hôpitaux, complètement indépendante. Au total, 2,5 %, c'est-à-dire relativement peu de patient-e-s évalué-e-s avec l'EDS sont complètement dépendant-e-s le jour de la mesure (Tableau 12).

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

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires (n=2265)	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=5732)**	**Hôpitaux soins de base (n=3953)**	**Cliniques spécialisées (n=953)**	**Total hôpitaux (n=12903)**
Dépendance aux soins	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Dépendance complète	102 (4.5)	150 (2.6)	52 (1.3)	23 (2.4)	327 (2.5)
Dépendance prépondérante	186 (8.2)	408 (7.1)	232 (5.9)	70 (7.3)	896 (6.9)
Dépendance partielle	299 (13.2)	905 (15.8)	484 (12.2)	162 (17.0)	1850 (14.3)
Indépendance prépondérante	462 (20.4)	1320 (23.0)	954 (24.1)	256 (26.9)	2992 (23.2)
Indépendance complète	1216 (53.7)	2949 (51.4)	2231 (56.4)	442 (46.4)	6838 (53.0)

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 des structures pour escarre.

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

Au total, des escarres ont été relevées chez 7,6 % des 12 903 participant-e-s (contre 6,9 % l'année précédente). Le Tableau 13 présente les caractéristiques des patient-e-s concerné-e-s pour les types d'hôpitaux inclus. Dans les hôpitaux généraux (prise en charge centralisée et soins de base), la part d'hommes et de femmes concernés est à peu près similaire. Dans les hôpitaux universitaires, la part des femmes est un peu plus basse (41,2 %) et elle est plus élevée dans les cliniques spécialisées (65,7 %). L'âge moyen des patient-e-s concerné-e-s est de 74,9 ans et 35,8 % d'entre eux ont subi une opération dans les deux semaines précédant la mesure (baisse de 2,2 % 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=2265)	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=5732)**	**Hôpitaux soins de base (n=3953)**	**Cliniques spécialisées (n=953)**	**Total hôpitaux (n=12903)**
Nombre de patient-e-s	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Nombre total des patient-e-s avec escarre	**194 (8.6)**	**445 (7.8)**	**281 (7.1)**	**67 (7.0)**	**987 (7.6)**
Nombres d'escarres	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexe féminin	80 (41.2)	230 (51.7)	154 (54.8)	44 (65.7)	508 (51.5)
Âge moyen (SD)	71.5 (15.1)	76.1 (12.7)	74.8 (13.4)	76.7 (13.0)	74.9 (13.5)
Intervention chirurgicale dans les deux dernières semaines	93 (47.9)	134 (30.1)	101 (35.9)	25 (37.3)	353 (35.8)

5.3.2 Risque d'escarre

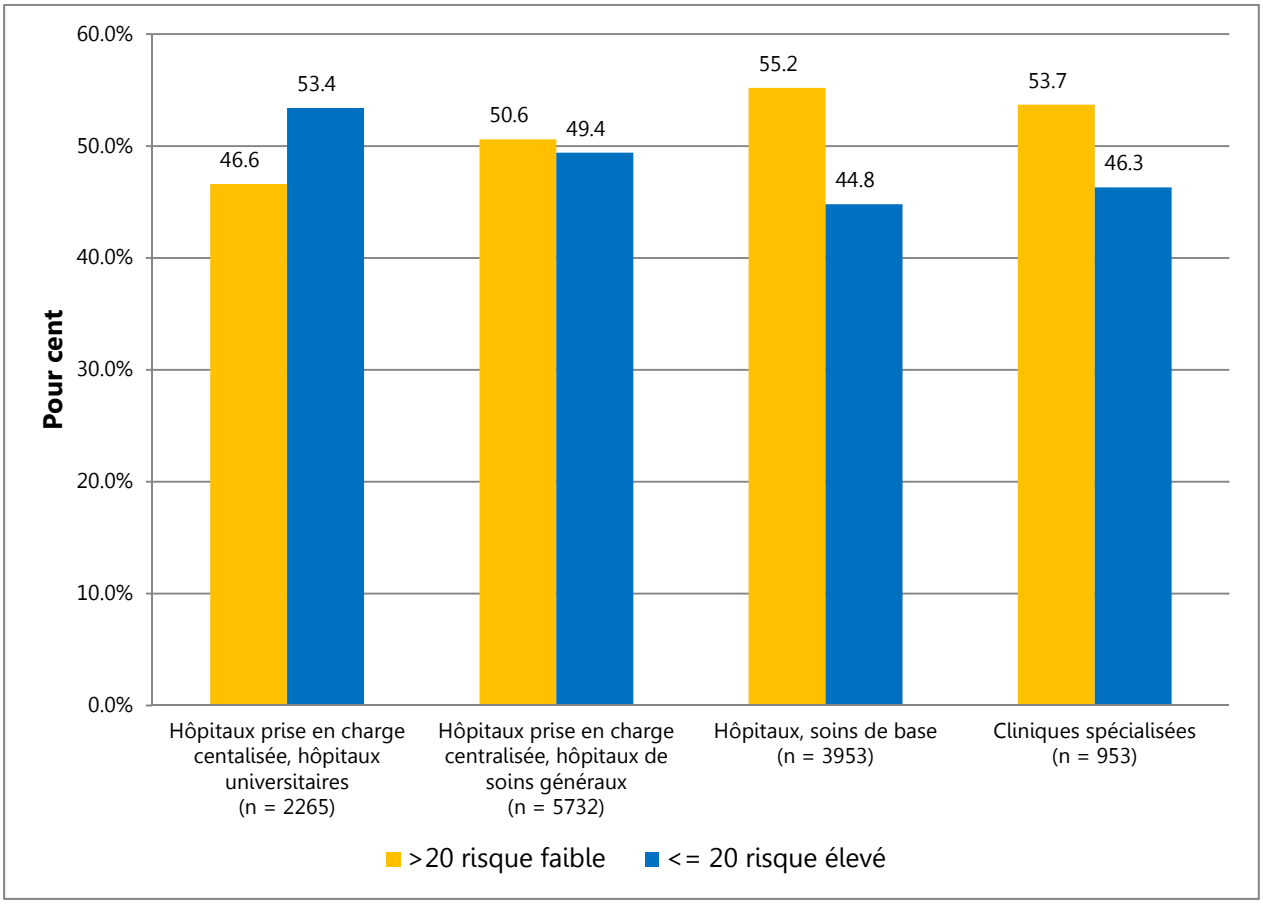
Le Tableau 14 montre la répartition du risque d'escarre pour tous les patient-e-s participant-e-s par types d'hôpitaux selon l'échelle de Braden. Les patient-e-s sont divisé-e-s en trois groupes : patient-e-s à risque élevé (échelle de Braden : < 15 points), à risque faible (échelle de Braden : de 15 à 20 points) et les patient-e-s qui ne présentent pas de 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, 2012 et 2013.

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

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires (n=2265)	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=5732)**	**Hôpitaux soins de base (n=3953)**	**Cliniques spécialisées (n=953)**	**Total hôpitaux (n=12903)**
Patient-e-s à risque	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Risque élevé	269 (11.9)	493 (8.6)	231 (5.8)	73 (7.7)	1066 (8.3)
Risque faible	941 (41.5)	2336 (40.8)	1538 (38.9)	368 (38.6)	5183 (40.2)
Pas de risque	1055 (46.6)	2903 (50.6)	2184 (55.2)	512 (53.7)	6654 (51.6)
Total	**2265 (100)**	**5732 (100)**	**3953 (100)**	**953 (100)**	**12903 (100)**

Le risque d'escarre estimé sur la base de l'échelle de Braden présentait, tout comme l'année précédente, une fourchette de 6 à 23 points. La Figure 5 indique le risque d'escarre pour chaque type d'hôpital selon la répartition LPZ. Les patient-e-s sont divisé-e-s en deux groupes selon le résultat total obtenu sur l'échelle de Braden. LPZ définit un score Braden ≤ 20 en tant que risque élevé d'escarre et un score > 20 en tant risque faible d'escarre (Halfens, Van Achterberg, & Bal, 2000).

Figure 5 : 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.

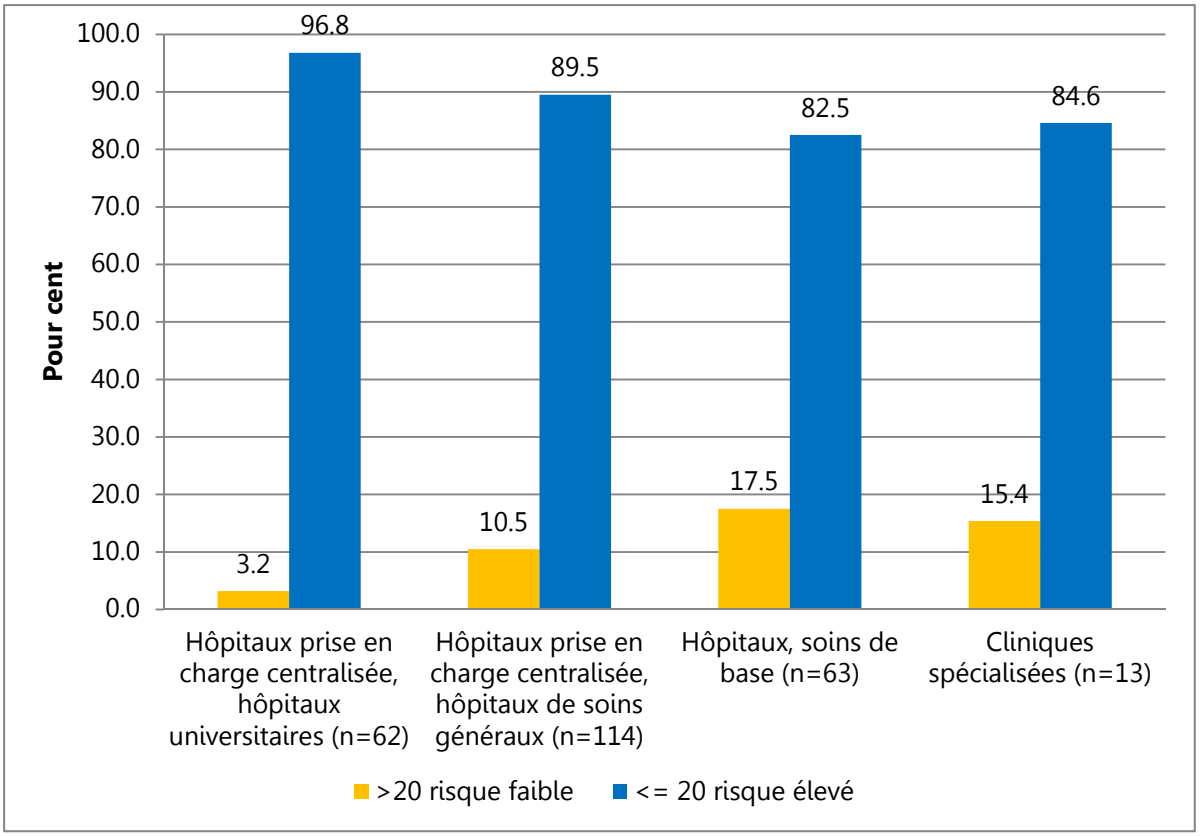
Tableau 15 : différentes formes de prévalence des escarres

	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					
2013	**194 (8.6)**	**445 (7.8)**	**281 (7.1)**	**67 (7.0)**	**987 (7.6)**
2012	226 (9.2)	378 (6.9)	282 (5.9)	59 (5.9)	945 (6.9)
2011	156 (10.7)	408 (9.4)	377 (8.6)	56 (10.4)	997 (9.4)
Prévalence sans catégorie 1					
2013	**88 (3.9)**	**231 (4.0)**	**139 (3.5)**	**31 (3.3)**	**489 (3.8)**
2012	97 (4.0)	183 (3.4)	140 (2.9)	33 (3.3)	453 (3.3)
2011	61 (4.2)	176 (4.0)	178 (4.2)	12 (2.2)	427 (4.0)
Prévalence nosocomiale					
2013	**147 (6.5)**	**263 (4.6)**	**148 (3.7)**	**38 (4.0)**	**596 (4.6)**
2012	161 (6.6)	234 (4.3)	163 (3.4)	34 (3.4)	592 (4.4)
2011	99 (6.8)	258 (5.9)	225 (5.3)	37 (6.9)	619 (5.8)
Prévalence nosocomiale sans catégorie 1					
2013	**62 (2.7)**	**114 (2.0)**	**63 (1.6)**	**13 (1.4)**	**252 (2.0)**
2012	62 (2.5)	89 (1.6)	64 (1.3)	19 (1.9)	234 (1.7)
2011	34 (2.3)	93 (2.1)	85 (2.0)	8 (1.5)	220 (2.1)
Total					
2013	**2265 (100)**	**5732 (100)**	**3953 (100)**	**953 (100)**	**12903 (100)**
2012	2445 (100)	5452 (100)	4751 (100)	1003 (100)	13651 (100)
2011	1461 (100)	4357 (100)	4246 (100)	536 (100)	10600 (100)
Prévalence sans catégorie 1 patient-e-s à risque s					
2013	**86 (7.1)**	**210 (7.4)**	**120 (6.8)**	**29 (6.6)**	**445 (7.1)**
2012	91 (7.2)	164 (6.4)	121 (6.0)	25 (6.4)	401 (6.4)
2011	53 (7.0)	161 (8.1)	153 (8.1)	11 (4.5)	378 (7.7)
Prévalence nosocomiale sans catégorie 1 patient-e-s à risques					
2013	**60 (5.0)**	**102 (3.6)**	**52 (2.9)**	**11 (2.5)**	**225 (3.6)**
2012	58 (4.6)	80 (3.1)	55 (2.7)	14 (3.6)	208 (3.3)
2011	30 (4.0)	85 (4.3)	72 (3.8)	8 (3.2)	195 (4.0)
Total patient-e-s à risques					
2013	**1210 (100)**	**2829 (100)**	**1769 (100)**	**441 (100)**	**6249 (100)**
2012	1265 (100)	2556 (100)	2022 (100)	392 (100)	6235 (100)
2011	754 (100)	1999 (100)	1882 (100)	247 (100)	4882 (100)

Par rapport à l'année précédente, la prévalence des escarres nosocomiales a augmenté de 0,2 % à travers tous les types d'hôpitaux, mais a diminué de 1,2 % par rapport à 2011. Dans les hôpitaux de prise en charge centralisée, la diminution est de 0,1 % à 0,3 % par rapport à l'année précédente, tandis qu'une diminution légèrement plus importante entre 0,3 % et 0,6 % 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 % à 0,4 %) du taux de prévalence est constatée dans les hôpitaux universitaires et les hôpitaux généraux. Le taux de prévalence d'escarres nosocomiales sans catégorie 1 chez les patient-e-s à risque est plus élevé de 1,4 à 2,5 % dans les hôpitaux universitaires que dans les autres types d'hôpitaux, comme en 2012. De plus, avec une répartition similaire entre les types d'hôpitaux, il s'est avéré que la grande majorité (89,3 %) des participant-e-s présentant des escarres nosocomiales sans catégorie 1 appartenaient au groupe des patient-e-s à risque élevé.

La Figure 6 indique le nombre et la répartition en pourcentage des participant-e-s avec une escarre nosocomiale sans 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 centralisée, les hôpitaux généraux et les soins de base était de 4 % à 8,6 % 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 augmenté de 10,9 %, ce qui peut néanmoins être lié au faible taux de chutes dans ce type d'hôpitaux.

Figure 6 : patient-e-s avec escarre nosocomiale, hors 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 risque élevé (score Braden : < 15 points), à risque faible (score Braden : de 15 à 20 points) et les patient-e-s qui ne présentent pas de risque (score Braden : > 20 points). Comme en 2011 et 2012, aucune très grande différence n'est généralement apparue entre les résultats des différents types d'hôpitaux en 2013. 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 (%)
Pas d'escarre	Pas de risque	1036 (46.0)	2857 (49.9)	2135 (54.3)	503 (53.2)	6531 (50.8)
	Risque faible	841 (37.4)	2090 (36.5)	1371 (34.9)	329 (34.8)	4631 (36.0)
	Risque élevé	180 (8.0)	330 (5.8)	148 (3.8)	47 (5.0)	705 (5.5)
Catégorie 1	Pas de risque	12 (0.5)	21 (0.4)	24 (0.6)	7 (0.7)	64 (0.5)
	Risque faible	59 (2.6)	134 (2.3)	87 (2.2)	17 (1.8)	297 (2.3)
	Risque élevé	37 (1.6)	66 (1.2)	37 (0.9)	13 (1.4)	153 (1.2)
Catégorie 2	Pas de risque	1 (0.0)	13 (0.2)	11 (0.3)	1 (0.1)	26 (0.2)
	Risque faible	22 (1.0)	72 (1.3)	52 (1.3)	14 (1.5)	160 (1.2)
	Risque élevé	24 (1.1)	59 (1.0)	24 (0.6)	7 (0.7)	114 (0.9)
Catégorie 3	Pas de risque	0 (0.0)	5 (0.1)	2 (0.1)	0 (0.0)	7 (0.1)
	Risque faible	7 (0.3)	25 (0.4)	11 (0.3)	4 (0.4)	47 (0.4)
	Risque élevé	17 (0.8)	22 (0.4)	13 (0.3)	3 (0.3)	55 (0.4)
Catégorie 4	Pas de risque	0 (0.0)	1 (0.0)	3 (0.1)	0 (0.0)	4 (0.0)
	Risque faible	8 (0.4)	11 (0.2)	8 (0.2)	0 (0.0)	27 (0.2)
	Risque élevé	7 (0.3)	15 (0.3)	7 (0.2)	1 (0.1)	30 (0.2)
	Total	**2251 (100)**	**5721 (100)**	**3933 (100)**	**946 (100)**	**12851* (100)**

*Pour 52 patient-e-s, il n'y a aucune donnée sur la catégorie d'escarre la plus élevée donnée

À la demande de nombreux hôpitaux (pour faciliter le benchmarking au niveau des types d'unités de soins), le Tableau 17 présente à partir de cette année les taux de prévalence par type d'unité de soins et d'hôpital (les années passées, la répartition des taux de prévalence à travers les types d'hôpitaux y était représentée). Les taux de prévalence nosocomiale des escarres hors catégorie 1 selon le type d'unité de soins sont semblables dans les différents types d'unités. Cependant, les soins intensifs et les unités de soins de gériatrie aiguë présentent des valeurs nettement plus élevées que le taux global.

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

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires (n=2265)	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=5732)**	**Hôpitaux soins de base (n=3953)**	**Cliniques spécialisées (n=953)**	**Total hôpitaux (n=12903)**
Type d'unité de soins n	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Non chirurgicale					
2013	**17 (2.1)**	**47 (2.1)**	**21 (1.4)**	**0 (0.0)**	**85 (1.9)**
2012	16 (2.0)	31 (1.5)	22 (1.3)	2 (9.5)	71 (1.6)
Chirurgicale					
2013	**27 (2.5)**	**47 (1.8)**	**29 (1.4)**	**6 (1.0)**	**109 (1.7)**
2012	28 (2.5)	36 (1.5)	34 (1.5)	7 (1.4)	105 (1.7)
Soins intensifs					
2013	**14 (12.6)**	**7 (4.2)**	**4 (5.2)**	**0 (0.0)**	**25 (7.0)**
2012	14 (11.9)	10 (6.5)	4 (4.4)	0 (0.0)	28 (7.7)
Soins continus/soins continus de la chirurgie cardiaque					
2013	**3 (3.3)**	**1 (1.4)**	**0 (0.0)**	**0 (0.0)**	**4 (1.6)**
2012	3 (4.1)	1 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (1.7)
Gériatrie aiguë					
2013	**1 (7.7)**	**9 (2.8)**	**5 (3.7)**	**3 (1.5)**	**18 (2.7)**
2012	1 (3.2)	6 (2.1)	1 (0.8)	3 (2.1)	11 (1.9)
Réadaptation					
2013	**0 (0.0)**	**0 (0.0)**	**0 (0.0)**	**3 (3.5)**	**3 (3.5)**
2012	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (1.7)	3 (1.7)
Court séjour					
2013	**0 (0.0)**	**0 (0.0)**	**0 (0.0)**	**0 (0.0)**	**0 (0.0)**
2012	-	-	-	-	-
Psychiatrie					
2013	**0 (0.0)**	**0 (0.0)**	**0 (0.0)**	**0 (0.0)**	**0 (0.0)**
2012	-	-	-	-	-
Divers					
2013	**0 (0.0)**	**3 (1.7)**	**4 (4.6)**	**1 (1.7)**	**8 (1.8)**
2012	0 (0.0)	4 (2.5)	2 (1.2)	4 (2.6)	10 (1.8)
Total					
2013	**62 (2.7)**	**114 (2.0)**	**63 (1.6)**	**13 (1.4)**	**252 (2.0)**
2012	62 (2.5)	89 (1.6)	64 (1.4)	19 (1.9)	234 (1.7)

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

Au total, 252 participant-e-s ont acquis une escarre hors catégorie 1 à l'hôpital, 53,2% d'entre eux étaient des hommes. L'âge moyen était de 72,2 ans (minimum 19, maximum 98, écart-type +/– 14.1). Avec 75,0 ans (écart-type +/– 14,7), l'âge moyen des femmes concernées était moins élevé que celui des hommes (72,2 ans, écart-type +/– 13,5). Parmi les personnes concernées avec une escarre nosocomiale hors catégorie 1, 55,1 % des femmes et 41,8 % 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 (moins 0,7 an) et une opération dans les deux semaines précédentes (augmentation de 1,9 % chez les femmes et de 3,7 % 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 diagnostics médicaux les plus fréquents étaient les maladies de l'appareil circulatoire (64,7 %) suivies des maladies ostéo-articulaires/muscles et tissu conjonctif (45,6 %).

Tableau 18 : diagnostic(s) médical/médicaux des patient-e-s avec une escarre nosocomiale, hors catégorie 1

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires (n=2265)	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=5732)**	**Hôpitaux soins de base (n=3953)**	**Cliniques spécialisées (n=953)**	**Total hôpitau (n=12903)**
Diagnostic(s) médical/médicaux *	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Maladies de l'appareil circulatoire	34 (54.8)	78 (68.4)	41 (65.1)	10 (76.9)	163 (64.7)
Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	18 (29.0)	55 (48.2)	35 (55.6)	7 (53.8)	115 (45.6)
Maladies de l'appareil respiratoire	21 (33.9)	40 (35.1)	20 (31.7)	3 (23.1)	84 (33.3)
Maladies de l'appareil génito-urinaire	19 (30.6)	40 (35.1)	22 (34.9)	2 (15.4)	83 (32.9)
Maladie endocrinienne, nutritionnel, métabol.	11 (17.7)	30 (26.3)	19 (30.2)	7 (53.8)	67 (26.6)
Maladies du système digestif	18 (29.0)	25 (21.9)	17 (27.0)	3 (23.1)	63 (25.0)
Maladie infectieuse et parasitaire	16 (25.8)	30 (26.3)	13 (20.6)	3 (23.1)	62 (24.6)
Diabètes mellitus	10 (16.1)	35 (30.7)	9 (14.3)	3 (23.1)	57 (22.6)
Maladies du sang et des organes hématopoïétique	13 (21.0)	27 (23.7)	10 (15.9)	1 (7.7)	51 (20.2)
Tumeurs	10 (16.1)	25 (21.9)	14 (22.2)	0 (0.0)	49 (19.4)
Troubles mentaux et du comportement	10 (16.1)	16 (14.0)	5 (7.9)	2 (15.4)	33 (13.1)
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	6 (9.7)	15 (13.2)	6 (9.5)	2 (15.4)	29 (11.5)
Lésions traumaiques,empoisonnements et conséquences des causes externes	9 (14.5)	11 (9.6)	8 (12.7)	1 (7.7)	29 (11.5)

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires (n=2265)	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=5732)	Hôpitaux soins de base (n=3953)	Cliniques spécialisées (n=953)	Total hôpitau (n=12903)
Diagnostic(s) médical/médicaux *	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Maladies du système nerveux	9 (14.5)	14 (12.3)	2 (3.2)	2 (15.4)	27 (10.7)
AVC/hémiparésie	8 (12.9)	10 (8.8)	3 (4.8)	1 (7.7)	22 (8.7)
Démence	2 (3.2)	11 (9.6)	3 (4.8)	2 (15.4)	18 (7.1)
Overdoses, abus/dépendance de psychotropes	1 (1.6)	9 (7.9)	4 (6.3)	1 (7.7)	15 (6.0)
Maladies de l'oeil et de ses annexes	2 (3.2)	5 (4.4)	4 (6.3)	1 (7.7)	12 (4.8)
Symptômes et résultats anormaux (ex. clinique et labo)	1 (1.6)	3 (2.6)	2 (3.2)	2 (15.4)	8 (3.2)
Maladie oreilles	1 (1.6)	3 (2.6)	3 (4.8)	0 (0.0)	7 (2.8)
Causes externes de morbidité	1 (1.6)	2 (1.8)	2 (3.2)	2 (15.4)	7 (2.8)
Lésion médullaire	2 (3.2)	4 (3.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (2.4)
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	2 (3.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.7)	3 (1.2)
Impossibilité d'établir un diagnostic précis	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Nombre de diagnostics (moyenne) par participant-e	3.6	4.3	3.8	4.3	4.0
Total	**62 (24.6)**	**114 (45.2)**	**63 (25.0)**	**13 (5.2)**	**252 (100)**

*plusieurs mentions

Le Tableau 19 indique qu'un peu plus de 90 % de ces participant-e-s avaient besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et plus de 50 % nécessitaient de l'aide dans les deux domaines (activités de la vie quotidienne et tâches ménagères).

Tableau 19: besoin d'aide des patient-e-s avec une escarre nosocomiale hors catégorie 1 par type d'hôpital

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires (n=2265)	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=5732)**	**Hôpitaux soins de base (n=3953)**	**Cliniques spécialisées (n=953)**	**Total hôpitaux (n=12903)**
Besoin d'aide	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Non	1 (1.6)	9 (7.9)	8 (12.7)	3 (23.1)	21 (8.3)
Dépendance d'une aide pour les activités de la vie quotidienne (ADL)	59 (95.2)	105 (92.1)	53 (84.1)	10 (76.9)	227 (90.1)
Dépendance d'une aide pour les tâches ménagères (HDL)	37 (59.7)	59 (51.8)	35 (55.6)	8 (61.5)	139 (55.2)
ADL + HDL	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Besoin d'aide ADL et HDL	35 (56.5)	59 (51.8)	33 (52.4)	8 (61.5)	135 (53.6)

*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 20 fournit des informations quant à 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 ayant une dépendance prépondérante (23,0 %) ou une dépendance partielle (29,0 %).

Tableau 20 : dépendance aux soins des patient-e-s avec une escarre nosocomiale, hors catégorie 1

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires l (n=2265)	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=5732)**	**Hôpitaux soins de base (n=3953)**	**Cliniques spécialisées (n=953)**	**Total hôpitaux (n=12903)**
Total prévalence nosocomiale des escarres hors catégorie 1	**62 (100)**	**114 (100)**	**63 (100)**	**13 (100)**	**252 (100)**
Dépendance aux soins	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Dépendance complète	14 (22.6)	19 (16.7)	3 (4.8)	3 (23.1)	39 (15.5)
Dépendance prépondérante	17 (27.4)	24 (21.1)	15 (23.8)	2 (15.4)	58 (23.0)
Dépendance partielle	18 (29.0)	37 (32.5)	15 (23.8)	3 (23.1)	73 (29.0)
Indépendance prépondérante	10 (16.1)	18 (15.8)	18 (28.9)	3 (23.1)	49 (19.4)
Indépendance complète	3 (4.8)	16 (14.0)	12 (19.0)	2 (15.4)	33 (13.1)

5.3.4 Fréquence des escarres

Le Tableau 21 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 ont été mesurées le plus souvent dans les cliniques spécialisées. Comme l'année précédente, la plupart des escarres de catégorie 4 ont été mesurées dans les hôpitaux de prise en charge centralisée/hôpitaux universitaires.

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

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
Total	**194 (100)**	**445 (100)**	**281 (100)**	**67 (100)**	**987 (100)**
Escarres	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Catégorie 1	106 (54.6)	214 (48.1)	142 (50.5)	36 (53.7)	498 (50.5)
Catégorie 2	50 (25.8)	147 (33.0)	95 (33.8)	25 (37.3)	317 (32.1)
Catégorie 3	21 (10.8)	57 (12.8)	26 (9.3)	5 (7.5)	109 (11.0)
Catégorie 4	17 (8.8)	27 (6.1)	18 (6.4)	1 (1.5)	63 (6.4)

Le Tableau 22 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 cliniques spécialisées et les hôpitaux généraux de soins de base. L'année précédente, il s'agissait des hôpitaux de prise en charge centralisée (hôpitaux universitaires et hôpitaux généraux). Les escarres de catégorie 2 ont été mesurées le plus souvent dans la prise en charge centralisée des hôpitaux généraux (2012 cliniques spécialisées) et celles de catégorie 3 dans la prise en charge centralisée/les hôpitaux universitaires. Tout comme l'année précédente, la catégorie 4 a été relevée le plus souvent dans les hôpitaux universitaires.

Tableau 22: escarres nosocomiales selon la catégorie d'escarre la plus élevée et le type d'hôpital *

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées	Total hôpitaux
Total	**147 (100)**	**262 (100)**	**147 (100)**	**38 (100)**	**594* (100)**
Escarres	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Catégorie 1	88 (59.9)	148 (56.5)	89 (60.5)	25 (65.8)	350 (58.9)
Catégorie 2	34 (23.1)	90 (34.4)	47 (32.0)	11 (28.9)	182 (30.6)
Catégorie 3	16 (10.9)	20 (7.6)	5 (3.4)	2 (5.3)	43 (7.2)
Catégorie 4	9 (6.1)	4 (1.5)	6 (4.1)	0 (0.0)	19 (3.2)

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

Le Tableau 23 décrit la localisation sur le corps des escarres. Sur les 987 participant-e-s avec escarres, des indications de la présence d'escarres ont été effectuées pour 984 adultes. Au total, 1 388 escarres ont été constatées. Une escarre a été constatée chez 72,5 % des participant-e-s et deux escarres chez 18,6 % des participant-e-s. 5,7 % des personnes concernées présentaient 3 escarres. Chez les autres participant-e-s ayant des escarres, entre 4 escarres ont été diagnostiquées. Comme pour l'année de mesure 2012, les localisations les plus fréquentes pour les escarres étaient le sacrum (49,1 %) et le talon (39,3 %). Les nouvelles désignations introduites en 2013, le sacrum et la tubérosité ischiatique au lieu du coccyx et du siège, semblent avoir clarifié la répartition.

Tableau 23 : localisation des plaies sur le corps selon le type d'hôpital

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux**	**Hôpitaux soins de base**	**Cliniques spécialisées**	**Total hôpitaux**
Total patient-e-s	194 (100)	444 (100)	279 (100)	67 (100)	984* (100)
Localisation des parties du corps	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Occiput	5 (2.6)	6 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (1.1)
Visage	6 (3.1)	3 (0.7)	3 (1.1)	1 (1.5)	13 (1.3)
Oreille ga (gauche)	7 (3.6)	10 (2.3)	3 (1.1)	1 (1.5)	21 (2.1)
Oreille dr (droit-e)	5 (2.6)	10 (2.3)	7 (2.5)	3 (4.5)	25 (2.5)
Coude ga	6 (3.1)	14 (3.2)	14 (5.0)	2 (3.0)	36 (3.7)
Coude dr	5 (2.6)	21 (4.7)	14 (5.0)	2 (3.0)	42 (4.3)
Sacrum	112 (57.7)	214 (48.2)	133 (47.7)	24 (35.8)	483 (49.1)
Tubérosité ischiatique ga	4 (2.1)	12 (2.7)	13 (4.7)	2 (3.0)	31 (3.2)
Tubérosité ischiatique dr	4 (2.1)	9 (2.0)	11 (3.9)	3 (4.5)	27 (2.7)
Hanche ga	2 (1.0)	6 (1.4)	10 (3.6)	2 (3.0)	20 (2.0)
Hanche dr	1 (0.5)	9 (2.0)	7 (2.5)	0 (0.0)	17 (1.7)
Cheville ga	3 (1.5)	5 (1.1)	8 (2.9)	1 (1.5)	17 (1.7)
Cheville dr	3 (1.5)	10 (2.3)	11 (3.9)	0 (0.0)	24 (2.4)
Talon ga	44 (22.7)	95 (21.4)	47 (16.8)	12 (17.9)	198 (20.1)
Talon dr	42 (21.6)	97 (21.8)	35 (12.5)	15 (22.4)	189 (19.2)
Autre localisation ga	27 (13.9)	44 (9.9)	43 (15.4)	10 (14.9)	124 (12.6)
Autre localisation dr	20 (10.3)	45 (10.1)	36 (12.9)	9 (13.4)	110 (11.2)
Total lésions	**296**	**610**	**395**	**87**	**1388**

*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.

Comme les années précédentes, 60 % 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 24). Les données concernaient la période allant jusqu'au jour de la mesure.

Tableau 24 : durée de l'escarre

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires (n=2265)	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=5732)	Hôpitaux soins de base (n=3953)	Cliniques spécialisées (n=953)	Total hôpitaux (n=12903)
Total patient-e-s avec des escarres	**194 (100)**	**444 (100)**	**279 (100)**	**67 (100)**	**984 (100)**
Durée des escarres	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Escarres depuis ≤ 2 semaines	127 (65.5)	250 (56.3)	159 (57.0)	39 (58.2)	575 (56.6)
Escarres depuis > 2 semaines et ≤ 3 mois	58 (29.9)	162 (36.5)	96 (34.4)	25 (37.3)	341 (33.6)
Escarres depuis > 3 mois et ≤ 6 mois	8 (4.1)	25 (5.6)	17 (6.1)	3 (4.5)	53 (5.2)
Escarres depuis > 6 mois et ≤ 12 mois	2 (1.0)	8 (1.8)	4 (1.4)	2 (3.0)	16 (1.6)
Escarres depuis > 1 année	4 (2.1)	13 (2.9)	12 (4.3)	2 (3.0)	31 (3.1)

*Les chiffres absolus relatifs à la durée de l'escarre font référence au nombre d'escarres. La valeur exprimée en pourcentage se réfère au nombre total de patient-e-s avec une escarre. Pour 3 cas, aucune information n'est disponible à ce sujet.

5.3.5 Douleurs

Dans l'ensemble, 217 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 hôpitaux universitaires. Cela signifie que ces personnes souffraient de douleurs aiguës. Dans ce secteur de soins, un total de 18,0 % des personnes ayant des escarres souffraient de douleurs. Parmi ces personnes, 17,1 % souffraient de douleurs d'une intensité de 7 points ou plus. Dans les autres types d'hôpitaux, les participant-e-s dans les cliniques spécialisées souffraient le moins de douleurs dues aux escarres (19,4 %). Parmi eux, 7,7 % ont indiqué un score de douleur de 7 et plus (voir Tableau 25). La part globale de participant-e-s avec un score de douleur > 7 a diminué d'un peu plus que de moitié dans les hôpitaux des soins généraux et les hôpituax de soins de base par rapport à l'année dernière.

Tableau 25 : patient-e-s avec des douleurs dues à une escarre par type d'hôpital

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires (n=2265)	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux (n=5732)**	**Hôpitaux soins de base (n=3953)**	**Cliniques spécialisées (n=953)**	**Total hôpitaux (n=12903)**
Nombres de patient-e-s	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Total des patient-e-s avec escarres	**194 (100)**	**445 (100)**	**281 (100)**	**67 (100)**	**987 (100)**
Douleurs (oui)	35 (18.0)	111 (24.9)	57 (20.3)	13 (19.4)	217 (22.0)
Valeur moyenne relative aux douleurs (SD+/-)	4.0 (2.3)	3.7 (1.6)	3.7 (2.0)	3.9 (1.8)	3.8 (1.9)
Intensité des douleurs ≥ 7 patient-e-s avec douleurs	6 (17.1)	5 (4.5)	5 (.8.8)	1 (7.7)	17 (7.8)

*Dans un cas, « oui » a été indiqué dans la catégorie des douleurs, mais un score de douleur de 0 a été coché

5.3.6 Mesures préventives

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.

En 2013, la catégorie « Repositionnement selon horaire individiualisé préétabli » a été remplacée par les catégories « Changement de position en étant couché-e suivant un horaire individualisé préétabli » et « Changement de position en étant assis-e suivant un horaire individualisé préétabli ». De plus, la nouvelle catégorie « Le/la patient-e refuse toutes les mesures proposées » a été introduite. La catégorie 2013 « Peaux de mouton et similaires » a été remplacée en 2014 par « Peaux de mouton » et « Peaux de mouton synthétiques ».

Tableau 26 : mesures de prévention et moyens auxiliaires chez les patient-e-s ayant un risque d'escarre par type d'hôpital

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux**	**Hôpitaux soins de base**	**Cliniques spécialisées**
Total (n=6'249)	**1210 (100)**	**2829 (100)**	**1769 (100)**	**441 (100)**
Mesures de prévention	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Changement de position en étant couché-e suivant un horaire indiv. préétabli	344 (28.4)	970 (34.3)	391 (22.1)	133 (30.2)
Changement de position en étant assis-e suivant un horaire indiv. préétabli	89 (7.4)	252 (8.9)	109 (6.2)	42 (9.5)
Stimuler la mobilisation	716 (59.2)	1775 (62.7)	1156 (65.3)	352 (79.8)
Prév./correct. déficits nutrition ou liquid	392 (32.4)	793 (28.0)	438 (24.8)	133 (30.2)
Info patient-e/proches assumant des soins	240 (19.8)	688 (24.3)	402 (22.7)	169 (38.3)
Réduction de la pression sur d'autres emplacements du corps à risque	214 (17.7)	376 (13.3)	197 (11.1)	93 (21.1)
Réduction de la pression sur les talons	391 (32.3)	884 (31.2)	514 (29.1)	221 (50.1)
Pommades ou crèmes pour la protection de la peau	609 (50.3)	1388 (49.1)	839 (47.4)	230 (52.2)
Autre mesure	46 (3.8)	165 (5.8)	45 (2.5)	23 (5.2)
Aucune mesure	200 (16.5)	483 (17.1)	333 (18.8)	35 (7.9)
Patient-e refuse toutes les mesures proposées	4 (0.3)	7 (0.2)	3 (0.2)	0 (0.0)

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées
Autres moyens auxiliaires	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Protection du coude	24 (2.0)	22 (0.8)	16 (0.9)	3 (0.7)
Protection des talons	76 (6.3)	114 (4.0)	71 (4.0)	54 (12.2)
Peaux de mouton	5 (0.4)	2 (0.1)	2 (0.1)	0 (0.0)
Peaux de mouton synthétique	5 (0.4)	3 (0.1)	8 (0.5)	0 (0.0)
Autre moyen	78 (6.4)	210 (7.4)	94 (5.3)	44 (10.0)
Aucun	1041 (86.0)	2507 (88.6)	1592 (90.0)	346 (78.5)
Patient-e refuse toutes les mesures proposées	2 (0.2)	2 (0.1)	4 (0.2)	0 (0.0)

Différentes autres mesures de prévention générale ont été prises pour les patient-e-s à risque. Le Tableau 26 les résume. Plusieurs réponses étaient possibles. Chez les patient-e-s à risque participant-e-s a été indiqué le plus souvent qu'aucune mesure de prévention générale n'était appliquée dans les soins de base. Parmi les interventions, celles concernant la stimulation de la mobilisation (catégorie introduite en 2012), les pommades ou crèmes pour la protection de la peau, la réduction de la pression sur les talons ainsi que le changement de position en étant couché-e suivant un horaire individualisé préétabli étaient au premier plan dans tous les types d'hôpitaux.

Les types de matelas/surmatelas de prévention des escarres utilisés pour les patient-e-s à risque sont présentés dans le Tableau 27 par type d'hôpital. Si des matelas de prévention des escarres ont été utilisés, des matelas en mousse latex refroidie ou des matelas en mousse visco-élastique ont été le plus souvent utilisés (prise en charge centralisée, hôpitaux généraux).

Tableau 27 : 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**
Total des patient-e-s avec escarres (n=6245)	**1209 (100)**	**2826 (100)**	**1769 (100)**	**441 (100)**
Matelas/Surmatelas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Matelas dynamique à basse pression alternée	138 (11.4)	157 (5.6)	86 (4.9)	16 (3.6)
Lit à air	17 (1.4)	32 (1.1)	29 (1.6)	5 (1.1)
Matelas en mousse latex refroidie	405 (33.5)	425 (15.0)	434 (24.5)	127 (28.8)
Matelas en mousse visco-élastique	200 (16.5)	611 (21.6)	331 (18.7)	60 (13.6)
Autres	16 (1.3)	546 (19.3)	124 (7.0)	65 (14.7)
Pas de matelas ou surmatelas de prévention des escarres	431 (35.6)	1052 (37.2)	763 (43.1)	167 (37.9)
Patient-e refuse toutes les mesures proposées	2 (0.2)	3 (0.1)	2 (0.1)	1 (0.2)

*Aucune donnée pour 4 patient-e-s

Le Tableau 28 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 deux tiers des patient-e-s à risque participant-e-s n'a bénéficié d'aucune mesure de prévention en position assise. C'est presque deux fois plus que l'année dernière.

Tableau 28: mesures de prévention en position assise chez les patient-e-s ayant un risque d'escarre par type d'hôpital

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux**	**Hôpitaux soins de base**	**Cliniques spécialisées**
Total des patient-e-s avec escarres (n=6249)	**1210 (100)**	**2829 (100)**	**1769 (100)**	**441 (100)**
Coussins	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Coussin de gel	13 (1.1)	47 (1.7)	28 (1.6)	14 (3.2)
Coussin d'air/ en coquille d'oeuf	12 (1.0)	25 (0.9)	15 (0.8)	7 (1.6)
Coussin à mousse	103 (8.5)	213 (7.5)	93 (5.3)	76 (17.2)
Autre coussin	61 (5.0)	183 (6.5)	77 (4.4)	30 (6.8)
Pas de coussin de prévention des escarres	892 (73.7)	2211 (78.2)	1470 (83.1)	288 (65.3)
Non pertient (position assise pas possible)	129 (10.7)	139 (4.9)	81 (4.6)	24 (5.4)
Patient-e refuse toutes les mesures proposées	0 (0.0)	11 (0.4)	5 (0.3)	2 (0.5)

Les mesures de prévention générales et les moyens auxiliaires utilisés chez les participant-e-s ayant des escarres sont résumés dans le Tableau 29. Plusieurs réponses étaient possibles. Parmi les personnes ayant des escarres dans les hôpitaux de soins spécialisés et de soins de base, 4,3 à 8,8 % ont indiqué qu'aucune mesure de prévention générale n'avait été prise et pour les interventions, la stimulation de la mobilisation (nouvelle catégorie 2012) et les pommades ou crèmes pour la protection de la peau étaient encore au premier plan. Dans ces types d'hôpitaux, le recours à d'autres moyens auxiliaires n'était pas considéré dans environ deux tiers des cas.

Tableau 29 : mesures préventives générales et moyens auxiliaires chez les patient-e-s avec escarres par type d'hôpital

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux**	**Hôpitaux soins de base**	**Cliniques spécialisées**
Total des patient-e-s avec escarres (n=987)	**194 (100)**	**445 (100)**	**281 (100)**	**67 (100)**
Mesures	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Changement de position en étant couché-e suivant un horaire indiv. préétabli	81 (41.8)	256 (57.5)	122 (43.4)	41 (61.2)
Changement de position en étant assis-e suivant un horaire indiv. préétabli	17 (8.8)	72 (16.2)	44 (15.7)	11 (16.4)
Stimuler la mobilisation	115 (59.3)	298 (67.0)	207 (73.7)	59 (88.1)
Prév./correct. déficits nutrition ou liquid	93 (47.9)	180 (40.4)	97 (34.5)	34 (50.7)
Info patient-e/proches assumant des soins	44 (22.7)	138 (31.1)	92 (32.7)	39 (58.2)
Réduction de la pression sur d'autres emplacements du corps à risque	68 (35.1)	131 (29.4)	77 (27.4)	31 (46.3)
Réduction de la pression sur les talons	102 (52.6)	235 (52.8)	136 (48.4)	44 (65.7)
Pommades ou crèmes pour la protection de la peau	128 (66.0)	306 (68.8)	194 (69.0)	50 (74.6)
Autre mesure	9 (4.6)	40 (9.0)	12 (4.3)	8 (11.9)
Aucune mesure	17 (8.8)	19 (4.3)	22 (7.8)	0 (0.0)
Patient-e refuse toutes les mesures proposées	0 (0.0)	2 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
Autres moyens auxiliaires	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Protection du coude	13 (6.7)	7 (1.6)	7 (2.5)	0 (0.0)
Protection des talons	32 (16.5)	46 (10.3)	25 (8.9)	6 (9.0)
Peaux de mouton	2 (1.0)	1 (0.2)	1 (0.4)	0 (0.0)
Peaux de mouton synthétique	2 (1.0)	1 (0.2)	3 (1.1)	0 (0.0)
Autre moyen	20 (10.3)	57 (12.8)	28 (10.0)	15 (22.4)

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées
Aucun	135 (69.6)	342 (76.9)	225 (80.1)	47 (70.1)
Patient-e refuse toutes les mesures proposées	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (0.4)	0 (0.0)

Comme indiqué dans le Tableau 30, des matelas en mousse latex refroidie ont été utilisés le plus souvent chez les patient-e-s ayant des escarres. Chez 25,3 % des personnes avec escarre, il a été indiqué qu'aucun matelas ou surmatelas n'a été utilisé. Des matelas à pression alternée et des matelas en mousse visco-élastique ont été utilisés plus fréquemment dans les hôpitaux universitaires et les hôpitaux de soins généraux que dans les autres types d'hôpitaux.

Tableau 30: matelas et surmatelas de prévention des escarres comme mesure préventive chez les patient-e-s avec escarre par type d'hôpital*

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées
Matelas/Surmatelas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Total des patient-e-s avec escarres (n=986)	**194 (100)**	**444 (100)**	**281 (100)**	**67 (100)**
Matelas dynamique à basse pression alternée	59 (30.4)	78 (17.6)	37 (13.2)	6 (9.0)
Lit à air	7 (3.6)	12 (2.7)	13 (4.6)	1 (1.5)
Matelas en mousse latex refroidie	58 (29.9)	69 (15.5)	66 (23.5)	26 (38.8)
Matelas en mousse visco-élastique	22 (11.3)	127 (28.6)	50 (17.8)	7 (10.4)
Autres	2 (1.0)	65 (14.6)	17 (6.0)	11 (16.4)
Pas de matelas ou surmatelas de prévention des escarres	46 (23.7)	91 (20.5)	97 (34.5)	16 (23.9)
Patient-e refuse toutes les mesures proposées	0 (0.0)	2 (0.5)	1 (0.4)	0 (0.0)

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

Le Tableau 31 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. Environ la moitié des personnes concernées par les escarres n'ont bénéficié d'aucune mesure préventive pour la position assise. Parmi les réponses proposées, la réponse « Non pertinent (position assise pas possible) » a souvent été sélectionnée, c.-à-d. que les patient-e-s n'ont pas pu prendre de position assise.

Tableau 31: mesures préventives en position assise chez les patient-e-s à risque avec escarre par type d'hôpital

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux**	**Hôpitaux soins de base**	**Cliniques spécialisées**
Total des patient-e-s avec escarres (n=987)	**194 (100)**	**445 (100)**	**281 (100)**	**67 (100)**
Coussins	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Coussin de gel	5 (2.6)	13 (2.9)	12 (4.3)	8 (11.9)
Coussin d'air/ en coquille d'oeuf	4 (2.1)	14 (3.1)	4 (1.4)	1 (1.5)
Coussin à mousse	25 (12.9)	65 (14.6)	24 (8.5)	16 (8.5)
Autre coussin	11 (5.7)	38 (8.5)	21 (7.5)	5 (7.5)
Pas de coussin de prévention des escarres	118 (60.8)	277 (62.2)	199 (70.8)	33 (49.3)
Non pertient (position assise pas possible)	31 (16.0)	33 (7.4)	21 (7.5)	3 (4.5)
Patient-e refuse toutes les mesures proposées	0 (0.0)	5 (1.1)	0 (0.0)	1 (1.5)

5.3.7 Traitement des escarres

Le Tableau 32 à Tableau 35 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. Comme une personne peut avoir plusieurs escarres, il est possible que le nombre de blessures traitées soit supérieur au nombre de participant-e-s avec escarre. Le Tableau 32 indique que des pansements ont été utilisés même pour les escarres de catégorie 1.

Tableau 32 : pansements pour escarres de catégorie 1 par type d'hôpital

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux**	**Hôpitaux soins de base**	**Cliniques spécialisées**
Total des patient-e-s avec des escarres de catégorie 1	**106 (100)**	**214 (100)**	**142 (100)**	**36 (100)**
Matériel de pansement	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Alginates	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Pansement sec	7 (5.8)	4 (1.6)	11 (6.9)	2 (5.0)
Pansement humide	1 (0.8)	1 (0.4)	1 (0.6)	0 (0.0)
Pansement transparent	10 (8.3)	1 (0.4)	1 (0.6)	1 (2.5)
Compresses pommadées et pommades antibactériennes	7 (5.8)	14 (5.6)	15 (9.4)	2 (5.0)
Pansements antibactériens	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.6)	2 (5.0)
Pansement imprégné gras	3 (2.5)	3 (1.2)	1 (0.6)	1 (2.5)
Hydrocolloïdes	11 (9.1)	25 (10.0)	17 (10.6)	2 (5.0)
Pansement autoadhésif en mousse	2 (1.7)	11 (4.4)	2 (1.3)	3 (7.5)
Hydrogel	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.6)	1 (2.5)
Hydrofibre	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Thérapie par pression négative	0 (0.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
Autres traitements des plaies	10 (8.3)	55 (22.0)	19 (11.9)	2 (5.0)
Aucun	121 (100)	237 (94.8)	158 (98.8)	36 (90.0)

Le Tableau 33 indique que des pansements sont très peu utilisés pour les escarres de catégorie 2.

Tableau 33 : traitement des plaies d'escarres de catégorie 2 par type d'hôpital

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universi-taires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées
Total des patient-e-s avec des escarres de catégorie 2	**50 (100)**	**147 (100)**	**95 (100)**	**25 (100)**
Matériel de pansement	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Alginates	0 (0.0)	2 (1.3)	8 (8.5)	1 (4.2)
Pansement sec	7 (12.7)	22 (14.7)	8 (8.5)	5 (20.8)
Pansement humide	0 (0.0)	4 (2.7)	1 (1.1)	0 (0.0)
Pansement transparent	4 (7.3)	0 (0.0)	1 (1.1)	2 (8.3)
Compresses pommadées et pommades antibactériennes	2 (3.6)	3 (2.0)	5 (5.3)	1 (4.2)
Pansements antibactériens	1 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Pansement imprégné gras	4 (7.3)	6 (4.0)	9 (9.6)	0 (0.0)
Hydrocolloïdes	7 (12.7)	45 (30.0)	23 (24.5)	7 (29.2)
Pansement autoadhésif en mousse	7 (12.7)	16 (10.7)	15 (16.0)	1 (4.2)
Hydrogel	2 (3.6)	3 (2.0)	2 (2.1)	0 (0.0)
Hydrofibre	1 (1.8)	6 (4.0)	5 (5.3)	0 (0.0)
Thérapie par pression néga-tive	0 (0.0)	2 (1.3)	2 (2.1)	0 (0.0)
Autres traitements des plaies	15 (27.3)	5 (3.3)	3 (3.2)	1 (4.2)
Aucun	14 (25.5)	51 (34.0)	32 (34.0)	9 (37.5)

Le Tableau 34 indique que pour l'escarre de catégorie 3, très souvent aucun pansement n'était utilisé dans les soins spécialisés (hôpitaux universitaires).

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

	Hôpitauxprise en charge centralisée, hôpitaux universi-taires	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux**	**Hôpitaux soins de base**	**Cliniques spécialisées**
Total des patient-e-s avec des escarres de catégorie 3	**21 (100)**	**57 (100)**	**26 (100)**	**5 (100)**
Matériel de pansement	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Alginates	2 (7.7)	3 (5.2)	3 (11.5)	0 (0.0)
Pansement sec	5 (19.2)	6 (10.3)	2 (7.7)	1 (14.3)
Pansement humide	4 (15.4)	3 85.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
Pansement transparent	1 (3.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (14.3)
Compresses pommadées et pommades antibactériennes	6 (23.1)	5 (8.6)	5 (19.2)	0 (0.0)
Pansements antibactériens	0 (0.0)	2 (3.4)	1 (3.8)	0 (0.0)
Pansement imprégné gras	5 (19.2)	1 (1.7)	2 (7.7)	2 (28.6)
Hydrocolloïdes	2 (7.7)	12 (20.7)	4 (15.4)	1 (14.3)
Pansement autoadhésif en mousse	3 (11.5)	7 (12.1)	6 (23.1)	2 (28.6)
Hydrogel	0 (0.0)	7 (12.1)	5 (19.2)	0 (0.0)
Hydrofibre	1 (3.8)	4 (6.9)	1 (3.8)	0 (0.0)
Thérapie par pression négative	0 (0.0)	2 (3.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
Autres traitements des plaies	0 (0.0)	1 (1.7)	1 (3.8)	0 (0.0)
Aucun	10 (38.5)	10 (17.2)	0 (0.0)	0 (0.0)

Le Tableau 35 indique que pour les escarres de catégorie 4 aussi, souvent aucun pansement n'était utilisé dans les soins spécialisés (hôpitaux universitaires).

Tableau 35 : traitement des plaies d'escarres de catégorie 4 par type d'hôpital

	Hôpitauxprise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux**	**Hôpitaux soins de base**	**Cliniques spécialisées**
Total des patient-e-s avec des escarres de catégorie 4	**17 (100)**	**27 (100)**	**18 (100)**	**1 (100)**
Matériel de pansement	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Alginates	2 (13.3)	2 (7.4)	1 (5.6)	1 (100)
Pansement sec	2 (13.3)	8 (29.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
Pansement humide	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Pansement transparent	0 (0.0)	1 (3.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
Compresses pommadées et pommades antibactériennes	2 (13.3)	1 (3.7)	2 (11.1)	0 (0.0)
Pansements antibactériens	1 (6.7)	1 (3.7)	3 (16.7)	0 (0.0)
Pansement imprégné gras	1 (6.7)	1 (3.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
Hydrocolloïdes	0 (0.0)	4 (14.8)	1 (5.6)	0 (0.0)
Pansement autoadhésif en mousse	1 (6.7)	1 (3.7)	1 (5.6)	0 (0.0)
Hydrogel	0 (0.0)	3 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
Hydrofibre	1 (6.7)	1 (3.7)	7 (38.9)	0 (0.0)
Thérapie par pression négative	1 (6.7)	1 (3.7)	3 (16.7)	0 (0.0)
Autres traitements des plaies	2 (13.3)	2 (7.4)	2 (11.1)	0 (0.0)
Aucun	8 (53.3)	1 (3.7)	1 (5.6)	0 (0.0)

5.3.8 Indicateurs des structures des escarres

Les indicateurs des structures ont été collectés au niveau de l'hôpital (Tableau 36) et des unités de soins (Tableau 37). Chaque indicateur indique une grande dispersion entre les types d'hôpitaux. De fortes différences ont été notées entre les types d'hôpitaux quant à la présence d'indicateurs des structures relatifs aux escarres au niveau des hôpitaux (cf. Tableau 36). Dans l'ensemble, les informations standardisées lors du transfert, une personne désignée pour vérifier et actualiser le standard ainsi qu'un-e standard/directive pour la prévention et le traitement des escarres sont le plus souvent disponibles. En revanche, la disponibilité des brochures d'informations destinées aux patient-e-s est relativement basse.

Tableau 36 : indicateurs de structure pour les escarres au niveau des hôpitaux

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux**	**Hôpitaux soins de base**	**Cliniques spécialisées**	**Total hôpitaux**
Indicateurs de structure « Escarres »	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Informations standardisées lors du transfert	5 (100.0)	50 (86.2)	80 (92.0)	28 (77.8)	163 (87.6)
Standard/directive pour la prévention et le traitement des escarres	5 (100.0)	54 (93.1)	73 (83.9)	18 (50.0)	150 (80.6)
Personne désignée à vérifier et actualiser le standard	5 (100.0)	50 (86.2)	73 (83.9)	19 (52.8)	147 (79.0)
Standard/directive pour la gestion du matériel de prévention	4 (80.0)	49 (84.5)	62 (71.3)	22 (61.1)	137 (73.7)
Formation continue durant les 2 dernières années	4 (80.0)	38 (65.5)	40 (46.0)	19 (52.8)	101 (54.3)
Groupe multidisciplinaire spécialisé dans le domaine des escarres	4 (80.0)	36 (62.1)	36 (41.4)	9 (25.0)	85 (45.7)
Brochure d`informations	0 (0.0)	5 (8.6)	19 (12.8)	3 (8.3)	27 (14.5)
Total hôpitaux (sites)	**5 (100)**	**58 (100)**	**87 (100)**	**36 (100)**	**186 (100)**

De fortes différences ont été remarquées entre les types d'hôpitaux quant à la présence d'indicateurs des structures relatifs aux escarres au niveau des unités de soins (voir Tableau 37). Dans l'ensemble, le matériel de prévention et de traitement, la documentation des mesures appliquées, les informations standardisées lors du transfert ainsi que saisie et documentation du risque d'escarre sont les plus fréquemment disponibles. Selon les réponses fournies, la proportion de brochures d'informations est la plus basse par rapport aux autres éléments.

Tableau 37 : 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)	182 (90.5)	508 (98.1)	405 (99.5)	79 (96.3)	1174 (97.2)
Documentation des mesures appliquées	192 (95.5)	510 (98.5)	375 (92.1)	79 (96.3)	1165 (95.7)
Informations standardisées lors de transfert	187 (93.0)	468 (90.3)	366 (89.9)	61 (74.4)	1082 (89.6)
Saisie et documentation du risque d'escarre.	178 (88.6)	470 (90.7)	370 (90.9)	60 (73.2)	1078 (89.2)
Application du standard vérifié systématiquement	141 (70.1)	399 (77.0)	267 (65.6)	45 (54.9)	852 (70.5)
Personne spécialisée pour la prise en charge des escarres	131 (65.2)	323 (62.4)	189 (46.4)	36 (43.9)	679 (56.2)
Colloques multidisciplinaires	38 (18.9)	301 (58.1)	196 (48.2)	47 (57.3)	582 (48.2)
Brochure d'informations	0 (0.0)	39 (7.5)	64 (15.7)	6 (7.3)	109 (9.0)
Total unités de soins	**201 (100)**	**518 (100)**	**407 (100)**	**82 (100)**	**1208 (100)**

Dans l'ensemble, la disponibilité est comparable à celle de l'année précédente à la fois pour les indicateurs des structures au niveau de l'hôpital et pour les indicateurs au niveau des unités de soins. À l'exception des indicateurs « Standard/directive pour la gestion du matériel de prévention » (augmentation de 8,1 % au niveau des hôpitaux) et « Application du standard vérifié systématiquement » (augmentation de 7,4 % au niveau des unités de soins), seuls de petits décalages sont visibles dans une fourchette allant de 0,4 à 5,5 % pour chaque indicateur.

5.4 Résultats pour l'indicateur « Chutes »

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 ont chuté, la prévalence (avant et après l'hospitalisation), les conséquences de la chute, les mesures de prévention et les indicateurs des structures.

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

Au total, 19,5 % (plus 1,3 % par rapport à 2012) des patient-e-s participant-e-s sont tombé-e-s au moins une fois durant les 30 jours précédant la mesure, que ce soit avant ou pendant l'hospitalisation. Comme en 2012, 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 (55.9 %). L'âge moyen des personnes victimes d'une chute, tous types d'hôpitaux confondus, était de 73,5 ans (écart-type +/– 15,6 ans) et 29,3 % des personnes concernées ont été opérées dans les deux semaines précédant la mesure.

Le Tableau 38 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 38 : description des patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital)

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires		**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux**		**Hôpitaux soins de base**		**Cliniques spécialisées**		**Total hôpitaux**	
	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée
Nombre de patient-e-s	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n(%)*	n(%)*
Nombre total de patient-e-s ayant chuté	245 (74.2)	85 (25.8)	968 (79.6)	248 (20.4)	665 (81.8)	148 (18.2)	106 (66.3)	54 (33.8)	1984 (78.8)	535 (21.2)
Nombre des chutes	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexe féminin	121 (75.6)	39 (24.4)	561 (81.9)	124 (18.1)	387 (83.4)	77 (16.6)	72 (72.7)	27 (27.3)	1141 (81.0)	267 (19.0)
Âge moyen en années (SD)	68.7 (16.9)	69.8 (17.1)	73.9 (15.0)	75.5 (13.0)	73.8 (16.5)	74.5 (13.8)	71.6 (17.4)	79.4 (10.9)	73.1 (16.0)	74.7 (14.0)
A subi une intervention chirurgicale dans les 2 dernières semaines	87 (75.7)	28 (24.3)	280 (86.4)	44 (13.6)	209 (85.3)	36 (14.7)	45 (81.8)	10 (18.2)	621 (84.0)	118 (16.0)

*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 des chutes

La prévalence globale de tous les types d'hôpitaux est de 19,5 %. Pour l'ensemble des participant-e-s, la prévalence moyenne des chutes survenues à l'hôpital est de 4,1 % pour tous les types d'hôpitaux. C'est 0,3 % de plus que l'année précédente.

Le Tableau 39 montre que la prévalence des chutes durant l'hospitalisation varie au sein de chaque type d'hôpital (de 3,7 % à 5,7 %). En 2013 aussi, le taux des chutes survenues à l'hôpital est le plus élevé dans les cliniques spécialisées. Par comparaison avec l'année de mesure 2012, il a augmenté de 1,0 % et diminué de 1,4 % par rapport à l'année de mesure 2011.

Tableau 39 : 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**
Sturzereignisse	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Chutes avant l'entrée à l'hôpital					
2013	**245 (10.8)**	**968 (16.9)**	**665 (16.8)**	**106 (11.1)**	**1984 (15.4)**
2012	273 (11.2)	839 (15.4)	765 (16.0)	96 (9.6)	1973 (14.4)
2011	162 (11.1)	692 (15.9)	714 (16.8)	70 (13.1)	1638 (15.5)
Chutes après l'entrée à l'hôpital					
2013	**85 (3.8)**	**248 (4.3)**	**148 (3.7)**	**54 (5.7)**	**535 (4.1)**
2012	100 (4.1)	229 (4.2)	135 (2.9)	47 (4.7)	511 (3.8)
2011	50 (3.4)	197 (4.5)	168 (4.0)	38 (7.1)	453 (4.3)
Pas de chute					
2013	**1881 (83.0)**	**4424 (77.2)**	**3088 (78.1)**	**782 (82.1)**	**10175 (78.9)**
2012	2029 (83.0)	.4285 (78.6)	3800 (80.0)	847 (84.5)	10961 (80.3)
2011	1224 (83.8)	3383 (77.6)	3304 (77.8)	423 (78.9)	8334 (78.6)
Inconnu					
2013	**54 (2.4)**	**92 (1.6)**	**52 (1.3)**	**11 (1.2)**	**209 (1.6)**
2012	42 (1.7)	99 (1.8)	50 (1.1)	12 (1.2)	203 (1.5)
2011	25 (1.7)	85 (1.9)	61 (1.4)	5 (0.9)	176 (1.7)
Total					
2013	**2265 (100)**	**5732 (100)**	**3953 (100)**	**953 (100)**	**12903 (100)**
2012	2444 (100)	5452 (100)	4750 (100)	1002 (100)	13648 (100)
2011	1462 (100)	4360 (100)	4247 (100)	537 (100)	10606 (100)

*Le taux des chutes se base sur le nombre de patient-e-s participant à la mesure et NON sur le nombre de patient-e-s hospitalisé-e-s au moment de la mesure.

Au total, des événements de chutes qui se répètent (2x et plus) sont survenues chez 20,1 % des patient-e-s. Comme l'indique le Tableau 40, les événements de chutes qui se répètent, sauf pour les cliniques spécialisées, ont été mesurées la plupart du temps en dehors de la période d'hospitalisation.

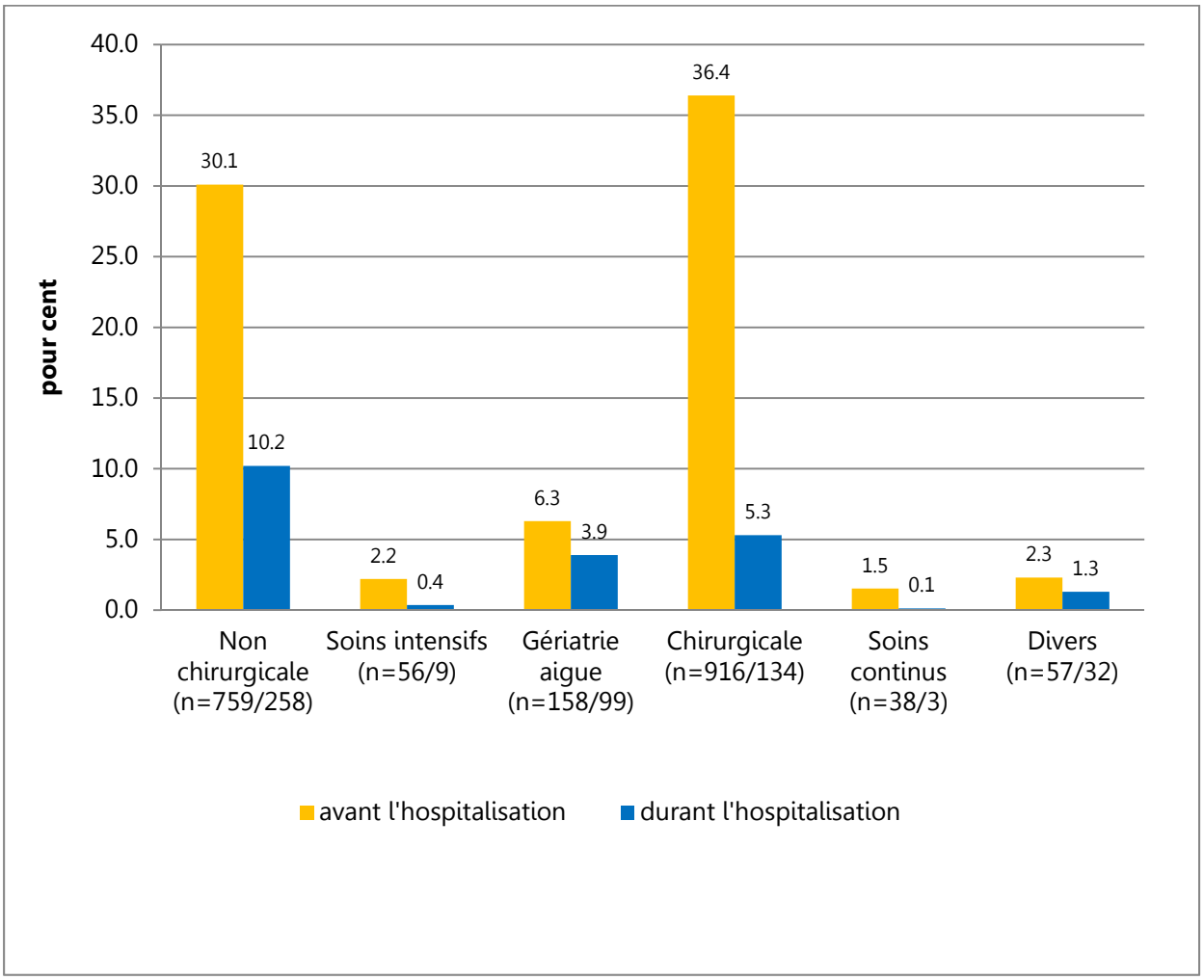
Tableau 40 : chutes répétées par type d'hôpital et lieu de la chute

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires		**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux**		**Hôpitaux soins de base**		**Cliniques spécialisées**		**Total hôpitaux**	
	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée
Événements des chutes	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1 x	202 (76.5)	62 (23.5)	813 (83.2)	164 (16.8)	542 (84.6)	99 (15.4)	90 (69.2)	40 (30.8)	1647 (81.9)	365 (18.1)
2 x	22 (61.1)	14 (38.9)	81 (62.8)	48 (37.2)	71 (69.6)	31 (30.4)	5 (38.5)	8 (61.5)	179 (63.9)	101 (36.1)
3 x	6 (50.0)	6 (50.0)	30 (66.7)	15 (33.3)	23 (74.2)	8 (25.8)	5 (62.5)	3 (37.5)	64 (66.7)	32 (33.3)
> 3 x	15 (83.3)	3 (16.7)	44 (67.7)	21 (32.3)	29 (74.4)	10 (25.6)	6 (66.7)	3 (33.3)	94 (71.8)	37 28.2)
Total des patient-e-s avec une chute (n = 2519)	**245 (74.2)**	**85 (25.8)**	**968 (79.6)**	**248 (20.4)**	**665 (81.8)**	**148 (18.2)**	**106 (66.3)**	**54 (33.8)**	**1984 (78.8)**	**535 (21.2)**

5.4.3 Prévalence par type d'unité de soins

La Figure 7 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 d'unités de soins, un nombre considérable de chutes est survenu avant l'hospitalisation, ce qui pourrait éventuellement expliquer la raison de l'hospitalisation.

Figure 7: (avant et après l'entrée à l'hôpital) patient-e-s qui sont tombé-e-s par type d'unités de soins*



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

Le Tableau 41 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. Encore une fois, on constate que près d'un tiers voire quatre cinquièmes des chutes se sont produites avant l'hospitalisation, tous types d'hôpitaux confondus. La majorité des patient-e-s qui est tombée (avant/après son hospitalisation) est hospitalisée dans une unité de soins chirurgicale ou non chirurgicale, hormis dans les cliniques spécialisées. Au sein des cliniques spécialisées, les types d'unités de soins « Gériatrie aiguë » et « Réadaptation » ont obtenu un résultat considérable.

Tableau 41 : 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	93 (28.2)	45 (13.6)	397 (32.6)	126 (10.4)	267 (32.8)	87 (10.7)	2 (1.3)	0 (0.0)
Soins intensifs	17 (5.2)	1 (0.3)	26 (2.1)	4 (0.3)	13 (1.6)	4 (0.5)	-	-
Soins continus/ SC de la chir.	9 (2.7)	3 (0.9)	17 (1.4)	0 (0.0)	10 (1.2)	0 (0.0)	2 (1.3)	0 (0.0)
Gériatrie aigue	0 (0.0)	6 (1.8)	63 (5.2)	47 (3.9)	49 (6.0)	12 (1.5)	46 (28.8)	34 (21.3)
Psychiatrie	-	-	0 (0.0)	2 (0.2)	-	-	-	-
Chirurgicale	113 (34.2)	27 (8.2)	452 (37.2)	60 (4.9)	310 (38.1)	40 (4.9)	41 (25.6)	7 (4.4)
Court séjour	1 (0.3)	0 (0.0)	-	-	8 (1.0)	0 (0.0)	-	-
Divers	12 (3.6)	3 (0.9)	13 (1.1)	9 (0.7)	8 (1.0)	5 (0.6)	2 (1.3)	5 (3.1)
Réadaptation	-	-	-	-	-	-	13 (8.1)	8 (5.0)
Total des patient-e-s avec	**245 (74.2)**	**85 (25.8)**	**968 (79.6)**	**248 (20.4)**	**665 (81.8)**	**148 (18.2)**	**106 (66.3)**	**54 (33.8)**

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

Le Tableau 42 décrit l'état de santé 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). En moyenne, les patient-e-s ayant chuté en hôpital ont eu entre 3,8 et 4,1 diagnostics médicaux. Les plus fréquentes étaient les maladies de l'appareil circulatoire (61,1 %) suivies des maladies ostéo-articulaires, des muscles et du tissu conjonctif (44,4 %).

Tableau 42 : Diagnostic(s) médical/médicaux pour les patient-e-s qui ont chuté (avant/après hospitalisation) par type d'hôpital

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires		**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux**		**Hôpitaux soins de base**		**Cliniques spécialisées**	
Total des patient-e-s avec une chute	**245**	**85**	**968**	**248**	**665**	**148**	**106**	**54**
	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
Diagnostic(s) médical/médicaux*	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Maladies de l'appareil circulatoire	126 (51.4)	47 (55.3)	575 (59.4)	162 (65.3)	378 (56.8)	91 (61.5)	59 (55.7)	33 (61.1)
Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	87 (35.5)	33 (38.8)	411 (42.5)	89 (35.9)	310 (46.6)	56 (37.8)	67 (63.2)	24 (44.4)
Maladies de l'appareil génito-urinaire	58 (23.7)	30 (35.3)	291 (30.1)	91 (36.7)	185 (27.8)	43 (29.1)	28 (26.4)	21 (38.9)
Mal. du système digestif	36 (14.7)	16 (18.8)	185 (19.1)	63 (25.4)	129 (19.4)	38 (25.7)	16 (15.1)	8 (14.8)
Maladies de l'appareil respiratoire	60 (24.5)	20 (23.5)	203 (21.0)	79 (31.9)	137 (20.6)	43 (29.1)	16 (15.1)	10 (18.5)
Maladie endocrinienne, nutritionnelle, métabol.	52 (21.2)	12 (14.1)	210 (21.7)	62 (25.0)	133 (20.0)	34 (23.0)	21 (19.8)	13 (24.1)
Tumeurs	24 (9.8)	21 (24.7)	77 (8.0)	50 (20.2)	67 (10.1)	33 (22.3)	7 (6.6)	8 (14.8)
Diabète	27 (11.0)	13 (15.3)	144 (14.9)	59 (23.8)	93 (14.0)	28 (18.9)	13 (12.3)	8 (14.8)
Mal.du sang ou d'un organe hématopoïétique	30 (12.2)	18 (21.2)	145 (15.0)	46 (18.5)	100 (15.0)	25 (16.9)	15 (14.2)	8 (14.8)
Maladie infectieuse et parasitaire	27 (11.0)	19 (22.4)	88 (9.1)	40 (16.1)	61 (9.2)	13 (8.8)	6 (5.7)	6 (11.1)
Troubles mentaux et du comportement	32 (13.1)	17 (20.0)	145 (15.0)	54 (21.8)	76 (11.4)	30 (20.3)	15 (14.2)	6 (11.1)
Maladie du système nerveux, sans AVC	28 (11.4)	16 (18.8)	126 (13.0)	40 (16.1)	81 (12.2)	27 (18.2)	16 (15.1)	10 (18.5)
Lésions traumaiques, empoisonnements et conséquences des causes externes	62 (25.3)	11 (12.9)	232 (24.0)	23 (9.3)	126 (18.9)	14 (9.5)	15 (14.2)	5 (9.3)
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	20 (8.2)	2 (2.4)	49 (5.1)	26 (10.5)	52 (7.8)	12 (8.1)	5 (4.7)	2 (3.7)
Démence	11 (4.5)	12 (14.1)	94 (9.7)	43 (17.3)	72 (10.8)	23 (15.5)	15 (14.2)	17 (31.5)

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires		Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux		Hôpitaux soins de base		Cliniques spécialisées	
Total des patient-e-s avec une chute	**245**	**85**	**968**	**248**	**665**	**148**	**106**	**54**
	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
Diagnostic(s) médical/médicaux*	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Maladie yeux	14 (5.7)	6 (7.1)	67 (6.9)	15 (6.0)	52 (7.8)	5 (3.4)	14 (13.2)	9 (16.7)
AVC/hémiparésie	36 (14.7)	7 (8.2)	70 (7.2)	36 (14.5)	46 (6.9)	9 (6.1)	3 (2.8)	12 (22.2)
Overdoses, abus/dépendance de psychotropes	19 (7.8)	9 (10.6)	63 (6.5)	20 (8.1)	44 (6.6)	13 (8.8)	6 (5.7)	2 (3.7)
Symptômes et résultats anormaux (ex. clinique et labo	14 (5.7)	2 (2.4)	51 (5.3)	15 (6.0)	25 (3.8)	9 (6.1)	5 (4.7)	3 (5.6)
Maladie oreilles	3 (1.2)	3 (3.5)	29 (3.0)	2 (0.8)	15 (2.3)	4 (2.7)	4 (3.8)	2 (3.7)
Causes externes de morbidité	6 (2.4)	4 (4.7)	20 (2.1)	8 (3.2)(	8 (1.2)	o6 (4.1)	7 (6.6)	5 (9.3)
Grossesse, accouchement et puerpéralité	1 (0.4)	0 (0.0)	4 (0.4)	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
Lésions médullaires/paraplégie	3 (1.2)	2 (2.4)	9 (0.9)	2 (0.8)	2 (0.3)	1 (0.7)	0 (0.0)	2 (3.7)
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	1 (0.4)	2 (2.4)	2 (0.2)	0 (0.0)	6 (0.9)	1 (0.7)	2 (1.9)	1 (1.9)
Impossibilité d'établir un diagnostic précis	3 (1.2)	0 (0.0)	9 (0.9)	2 (0.8)	8 (1.2)	1 (0.7)	5 (4.7)	1 (1.9)
Nombre de diagnostics (moyenne) par participant-e	**3.2**	**3.8**	**3.4**	**4.1**	**3.3**	**3.8**	**3.3**	**3.9**

*Plusieurs mentions

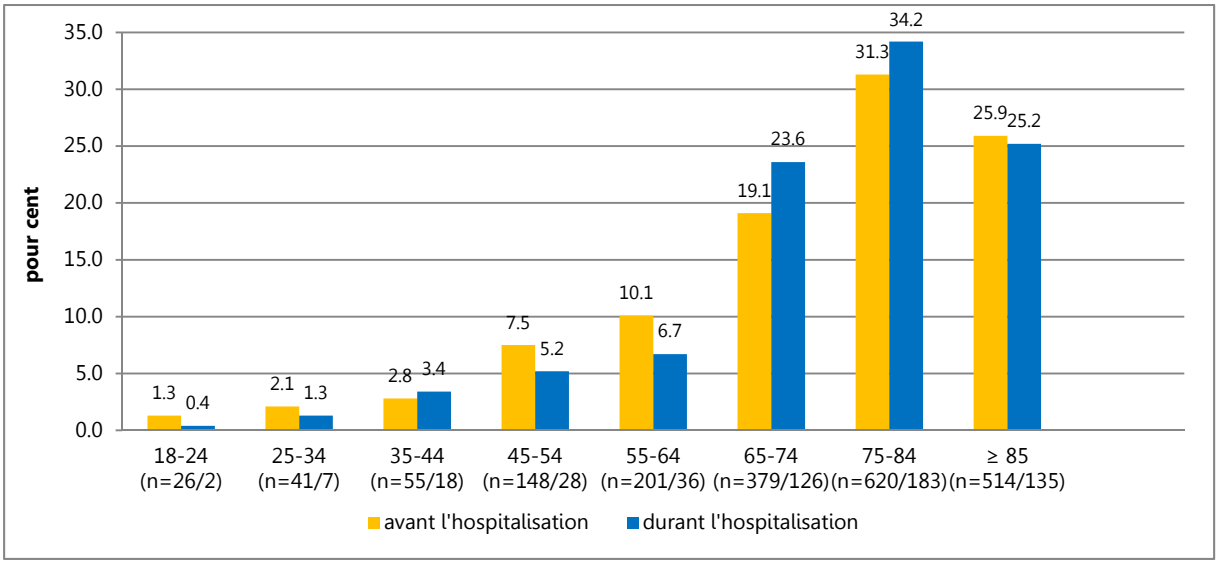
À partir de cette année, les questions relatives aux ADL et HDL ne faisaient plus partie du bloc de diagnostics médicaux, mais étaient des questions obligatoires indépendantes. Il y avait trois possibilités de réponses, les ADL et HDL pouvant aussi être une réponse multiple. La dernière ligne du tableau indique combien de patient-e-s étaient à la fois limité-e-s pour les ADL et HDL (Tableau 43). Une grande majorité des patient-e-s ayant chuté ont besoin d'aide : environ 60 % dans les ADL, 50 % dans les HDL. Encore une fois, environ la moitié des patient-e-s dépendaient à la fois des ADL et HDL.

Tableau 43 : besoin d'aide (avant/après l'hospitalisation) des patient-e-s ayant chuté par type d'hôpital

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires		**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux**		**Hôpitaux soins de base**		**Cliniques spécialisées**	
Total des patient-e-s avec une chute	**245**	**85**	**968**	**248**	**665**	**148**	**106**	**54**
	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée
Soins nécessaires*	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Nein	48 (19.6)	19 (22.4)	199 (20.6)	32 (12.9)	158 (23.8)	18 (12.2)	25 (23.6)	5 (9.3)
Besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (ADL)) (Oui)	189 (77.1)	64 (75.3)	743 (76.8)	208 (83.9)	477 (71.7)	127 (85.8)	79 (74.5)	49 (90.7)
Besoin d'aide pour les tâches ménagères (HDL) (Oui)	101 (41.2)	38 (44.7)	467 (48.2)	131 (52.8)	303 (45.6)	85 (57.4)	50 (47.2)	30 (55.6)
ADL et HDL	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Besoin d'aide ADL et HDL	93 (38.0)	36 (42.4)	441 (45.6)	123 (49.6)	273 (41.1)	82 (55.4)	48 (45.3)	30 (55.6)

La Figure 8 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.

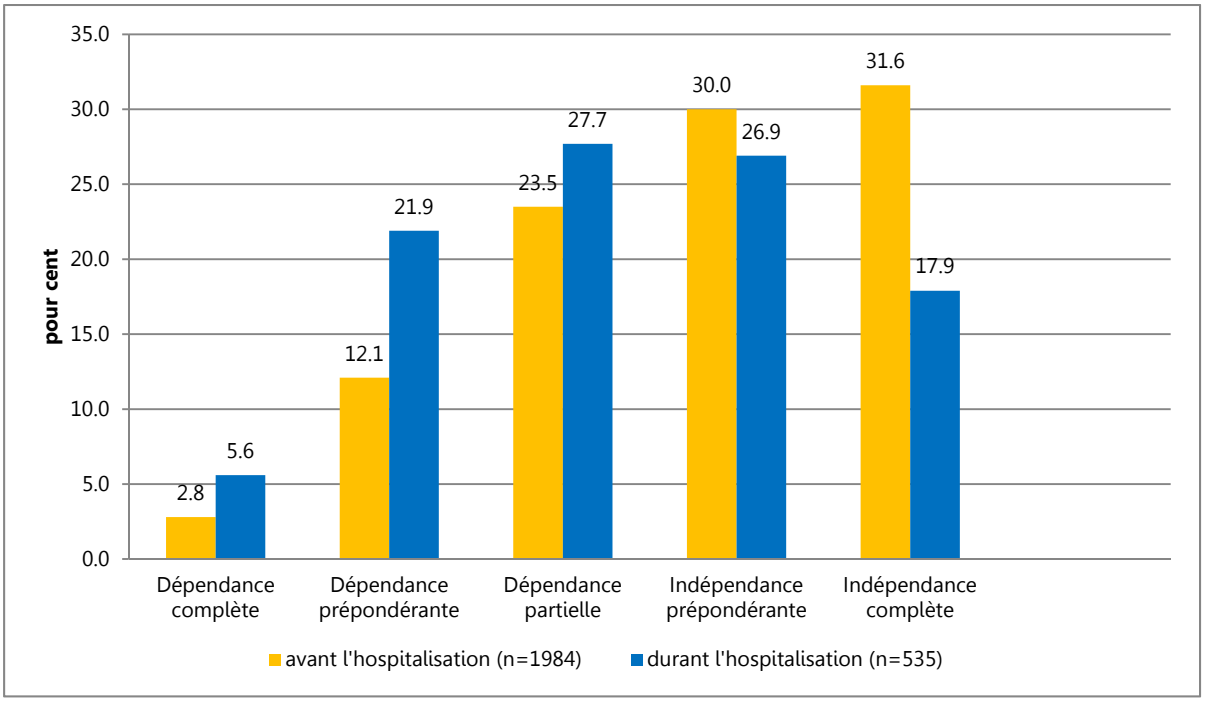
Figure 8: patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital) par groupe d'âge en années*



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

La Figure 9 montre qu'avant l'hospitalisation, le taux de chute des participant-e-s augmente alors que dans le même temps la dépendance aux soins diminue.

Figure 9: dépendance aux soins des patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital)



À partir de 2013, la logique du questionnaire a été modifiée dans le module « Chutes ». Des informations complémentaires sur les conditions de la chute (moment, lieu, activité) ont été collectées exclusivement sur les chutes survenues à l'hôpital. La question des conséquences des chutes concernait toutes/tous les patient-e-s ayant chuté avant ou après l'hospitalisation. En l'absence d'informations sur les conditions relatives aux chutes survenues en hôpital, aucune donnée sur les conséquences des chutes n'ont pu être fournies en raison de la logique du questionnaire. C'est pourquoi le n des participant-e-s est différent dans la présentation des résultats qui suivent.

Pour 94,4 % (n = 505) des chutes survenues à l'hôpital, de plus amples informations sont fournies au sujet du contexte de la chute et de ses conséquences. Dans 26,5 % des cas, les données montrent que la chute est survenue entre 14h01 et 22h00 et 34,3 % pendant les horaires de l'équipe du matin soit entre 07h01 et 14h00. Les autres chutes ont eu lieu entre 22h01 et 07h00 (39,2 %).

Au sein de l'hôpital, les lieux de chute les plus fréquents sont : la chambre du ou de la patient-e (70,1 %, n = 354), la salle de bain ou les toilettes (19,6 %, n = 99).

Le Tableau 44 indique que dans tous les types d'hôpitaux, l'activité indiquée le plus souvent en cas de chute était le fait de se déplacer ou de se tenir debout sans moyens auxiliaires/personne d'accompagnement.

Tableau 44 : activité en cas de chute par type d'hôpital

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux**	**Hôpitaux soins de base**	**Cliniques spécialisées**
Nombre des participant-e-s tombé-e-s.* (n=505)	78 (100)	234 (100)	140 (100)	53 (100)
Activité précédant la chute	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Inconnu	5 (6.4)	13 (5.6)	4 (2.9)	7 (13.2)
Déplacement ou position debout sans moyens auxiliaires /personne d'accompagnement	33 (42.3)	102 (43.6)	63 (45.0)	21 (39.6)
Déplacement ou position debout avec moyens auxiliaires / personne d'accompagnement	9 (11.5)	43 (18.4)	32 (22.9)	8 (15.1)
Position couchée ou assise au(bord du) lit	14 (17.9)	40 (17.1)	21 (15.0)	8 (15.1)
Position assise	14 (17.9)	26 (11.1)	12 (8.6)	6 (11.3)
Autre activité	3 (3.8)	10 (4.3)	8 (5.7)	3 (5.7)

*basé sur les données à disposition (aucune donnée pour 30 patient-e-s)

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 d'ordre somatique physique et psychique (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 à l'hôpital, les problèmes de santé d'ordre somatique se trouvent en tête (51,5 %) avec les conditions d'environnement (ou extrinsèques) (17,6 %) (cf. Tableau 45).

Tableau 45: causes principales pour les 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
Nombres des participant-e-s tombé-e-s (n=505)*	78 (100)	234 (100.0)	140 (100.0)	53 (100.0)
Cause de la chute	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Problèmes de santé d'ordre somatique	39 (50.0)	114 (48.7)	83 (59.3)	24 (45.3)
Problèmes de santé d'ordre psychique	13 (16.7)	44 (18.8)	20 (14.3)	9 (17.0)
Conditions d'environnement (ou extrinsèques)	15 (19.2)	35 (15.0)	28 (20.0)	11 (20.8)
Inconnu	11 (14.1)	41 (17.5)	9 (6.4)	9 (17.0)

*basé sur les données à disposition (aucune donnée pour 30 patient-e-s)

Pour 62,6 % (n = 1 577) des 2 489 chutes enregistrées, il est indiqué que la chute a engendré des lésions ou des blessures. Pour 1 577 des cas, les blessures/lésions concrètes dues à la chute ont été décrites. Parmi les conséquences de la chute, 29,0 % sont des lésions minimes, 20,5 % des blessures de moyenne gravité, 38,6 % des blessures graves et enfin dans 11,9 % des cas une fracture de la hanchen 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 183 cas (34,2 %). Parmi les conséquences de la chute, 66,7 % sont des lésions minimes, 18,0 % des blessures de moyenne gravité et 13,1 % des blessures graves. Dans 2,2 % des cas de chute à l'hôpital, une fracture de la hanche s'en est suivie. 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 les informations sur le dernier événement de chute sont à disposition. Dans l'année de mesure 2013, il n'y a plus aucune donnée pour les chutes avant l'hospitalisation pour les catégories de réponses suivantes : moment de la chute, lieu de la chute, activité effectuée au moment de la chute et cause principale de la chute.

Le Tableau 46 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 46 : conséquences des chutes par type d'hôpital pour les patient-e-s ayant chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital)

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires		**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux**		**Hôpitaux soins de base**		**Cliniques spécialisées**		**Total hôpitaux**	
	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée
conséquences de la chute	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Lésions minimes	39 (22.0)	18 (66.7)	174 (25.1)	58 (67.4)	112 (24.8)	37 (68.5)	10 (13.7)	9 (56.3)	335 (24.0)	122 (66.7)
Blessures de moyenne gravité	29 (16.4)	5 (18.5)	138 (19.9)	14 (16.3)	107 (23.7)	9 (16.7)	17 (23.3)	5 (31.3)	291 (20.9)	33 (18.0)
Blessures graves	88 (49.7)	4 (14.8)	281 (40.5)	13 (15.1)	182 (40.4)	6 (11.1)	33 (45.2)	1 (6.3)	584 (41.9)	24 (13.1)
Fracture de la hanche	21 (11.9)	0 (0.0)	100 (14.4)	1 (1.2)	50 (11.1)	2 (3.7)	13 (17.8)	1 (6.3)	184 (13.2)	4 (2.2)
Nombre de participant-e-s tombé-e-s avec des lésions (n=1577)	**177 (86.8)**	**27 (13.2)**	**693 (89.0)**	**86 (11.0)**	**451 (89.3)**	**54 (10.7)**	**73 (82.0)**	**16 (18.0)**	**1394 (88.4)**	**183 (11.6)**

Le Tableau 47 présente un indice de blessures (patient-e-s ayant chuté avant et après l'hospitalisation). Les calculs se rapportent à la part des patient-e-s ayant chuté, pour qui les conséquences de la chute ont été données (n=1 577). Il s'avère que sur les patient-e-s ayant chuté après l'hospitalisation, 12,1 % ont subi des blessures de moyenne gravité, des blessures graves ou une fracture de la hanche. Pour les blessures graves ou les fractures de la hanche, ces valeurs sont de 5,5 %. Il n'y a pas de très grandes différences entre les types d'hôpitaux concernant l'indice de blessure après une chute à l'hôpital.

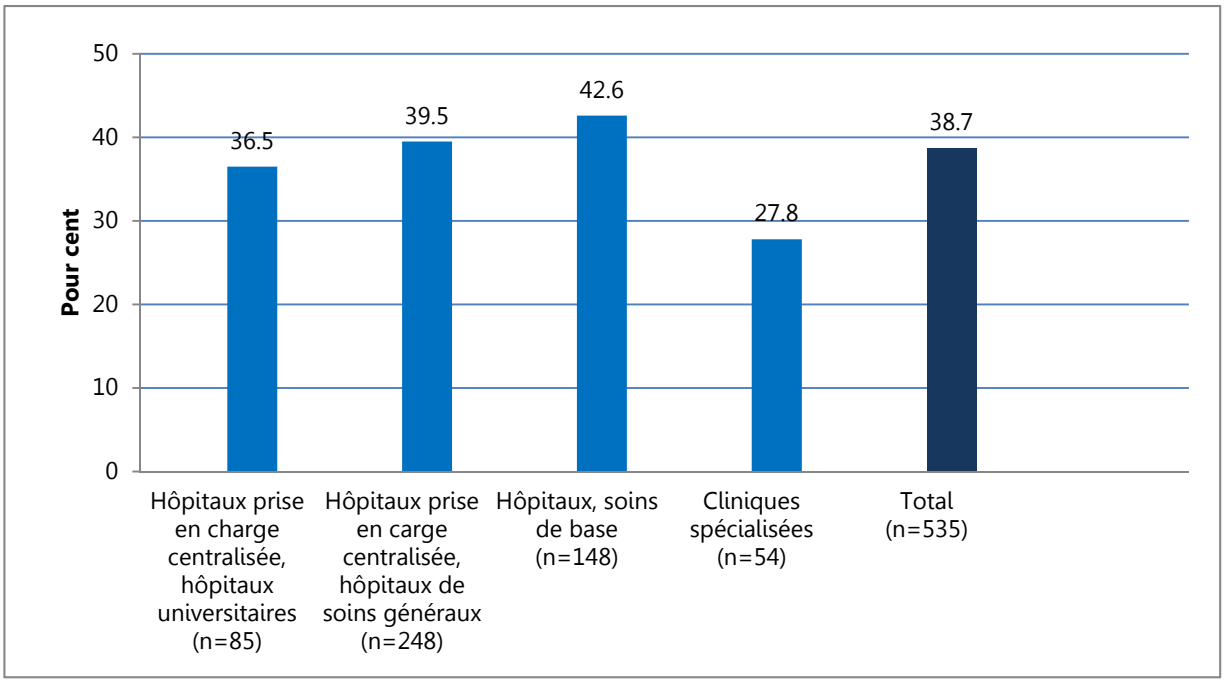
Tableau 47 : indice des blessures par type d'hôpital pour les patient-e-s tombé-e-s (avant/après hospitalisation)

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires		**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux**		**Hôpitaux soins de base**		**Cliniques spécialisées**		**Total hôpitaux**	
	Avant l'entrée	Après l'entrée	Avant l'entrée	Après l'entrée	Avant l'entrée	Après l'entrée	Avant l'entrée	Après l'entrée	Avant l'entrée	Après l'entrée
Lésions occasionées par la chute	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Blessures de gravité moyenne, grave ou fracture de la hanche (oui)	138 (56.3)	9 (11.5)	519 (53.6)	28 (12.0)	339 (51.0)	17 (12.1)	63 (59.4)	7 (13.2)	1059 (53.4)	61 (12.1)
Blessures graves ou fracture de la hanche (oui)	109 (44.5)	4 (5.1)	381 (39.4)	14 (6.0)	232 (34.9)	8 (5.7)	46 (43.4)	2 (3.8)	768 (38.7)	28 (5.5)
Nombre de patient-e-s chuté-e-s avec des lésions (n=1577)	**177 (86.8)**	**27 (13.2)**	**693 (89.0)**	**86 (11.0)**	**451 (89.3)**	**54 (10.7)**	**73 (82.0)**	**16 (18.0)**	**1394 (88.4)**	**183 (11.6)**

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

Parmi les patient-e-s tombé-e-s à l'hôpital, 38,7 % d'entre eux/elles ont peur de tomber à nouveau. Comme le montre la Figure 10, cette valeur varie selon les types d'hôpitaux entre 27,8 % et 42,6 %.

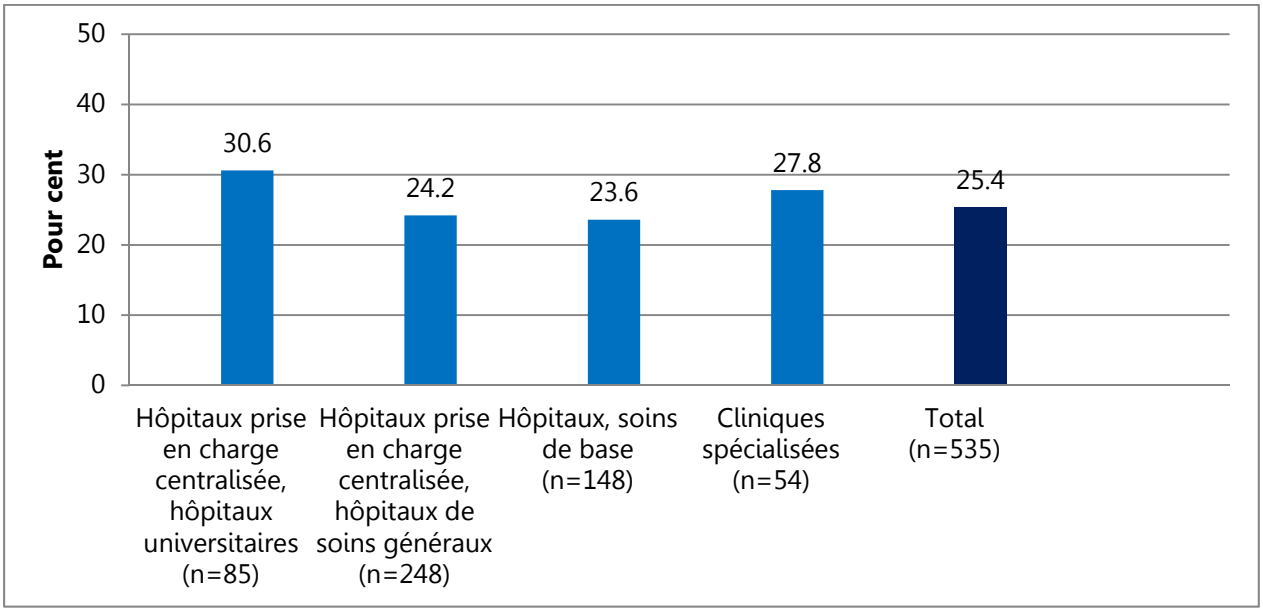
Figure 10 : peur de chuter chez les patient-e-s tombé-e-s à l'hôpital (oui)



40,2 % de tous les patient-e-s qui ont chuté, quel que soit le lieu de la chute, ont avoué avoir peur de tomber. En comparaison, 23,2 % 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, 25,4 % d'entre eux déclarent les activités. Comme le montre la Figure 11, cette valeur varie selon les types d'hôpitaux entre 23,6 % et 30,6 %.

Figure 11: renoncement des activités pour les patient-e-s tombé-e-s à l'hôpital par type d'hôpital (oui)



5.4.5 Mesures préventives

Le Tableau 48 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 24,8 % – 49,2 % et aucune mesure de prévention des blessures chez 87,7 % – 88,9 % 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 donnée aux patient-e-s, les exercices et entraînements (training) ainsi que l'accompagnement pour se déplacer. Pour ce qui est des autres mesures entreprises, des différences existaient selon les types d'hôpitaux.

Tableau 48: mesures de prévention des chutes et des blessures chez les patient-e-s qui ne sont pas tombé-e-s par type d'hôpital

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux**	**Hôpitaux soins de base**	**Cliniques spécialisées**
Mesures de prévention des chutes	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Acune mesure	925 (49.2)	1932 (43.7)	1431 (46.3)	194 (24.8)
Examen du programme de médication	103 (5.5)	395 (8.9)	229 (7.4)	180 (23.0)
Exercises et training	439 (23.3)	1249 (28.2)	886 (28.7)	430 (55.0)
Examen des moyens auxiliaires utilisés	246 (13.1)	776 (17.5)	570 (18.5)	299 (38.2)
Examen de la vue	31 (1.6)	44 (1.0)	27 (0.9)	46 (5.9)
Examen du déroulement des journées	37 (2.0)	125 (2.8)	72 (2.3)	48 (6.1)
Surveillance	292 (15.5)	749 (16.9)	290 (9.4)	66 (8.4)
Adaptations de l'environnement	287 (15.3)	661 (14.9)	484 (15.7)	238 (30.4)
Autre mesure	45 (2.4)	128 (2.9)	67 (2.2)	5 (0.6)
Système d'alarme	23 (1.2)	108 (2.4)	87 (2.8)	49 (6.3)
Accord individuel avec le/la patient-e et les proches	124 (6.6)	464 (10.5)	246 (8.0)	107 (13.7)
Information au/à la patient-e	399 (21.2)	1307 (29.5)	829 (26.8)	403 (51.5)
Accompagnement pour se déplacer	465 (24.7)	1270 (28.7)	836 (27.1)	292 (37.3)
Examen des chaussures utilisées	320 (17.0)	1136 (25.7)	735 (23.8)	424 (52.2)
Mesures de contention	48 (2.6)	122 (2.8)	59 (1.9)	18 (2.3)
Patient-e refuse toutes les mesures proposées	0 (0.0)	1 (0.0)	1 (0.0)	1 (0.1)

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux	Hôpitaux soins de base	Cliniques spécialisées
Mesures de prévention des blessures	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Aucune mesure	1672 (88.9)	3878 (87.7)	2741 (88.8)	688 (88.0)
Protection de la tête	4 (0.2)	8 (0.2)	3 (0.1)	1 (0.1)
Attelle/Soutien	41 (2.2)	41 (0.9)	41 (1.3)	20 (2.6)
Protection de la hanche en matériel dur	0 (0.0)	2 (0.0)	2 (0.1)	1 (0.1)
Protection de la hanche en matériel mou	2 (0.1)	9 (0.2)	5 (0.2)	6 (0.8)
Autre mesure	85 (4.5)	167 (3.8)	68 (2.2)	21 (2.7)
Renforcement de l'ossature	82 (4.4)	348 (7.9)	240 (7.8)	54 (6.9)
Total de patient-e-s qui n'ont pas chuté	**1881 (18.5)**	**4424 (43.5)**	**3088 (30.3)**	**782 (7.7)**

Le Tableau 49 affiche les mesures de prévention des chutes et les blessures pour les patient-e-s participant à la mesure qui n'ont pas chuté. Les données fournissent un aperçu de la prévention secondaire des chutes. En d'autres termes, elles définissent les mesures qui ont été mises en place afin d'éviter d'autres cas. On remarque que plus de mesures de prévention ont été prises pour les patient-e-s qui ont chuté au moins une fois (avant/après l'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 blessures étaient plus rares.

En effet, aucune mesure de prévention des blessures n'a été appliquée pour environ 75 % des patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'hospitalisation).

Tableau 49: mesures de prévention des chutes et des blessures chez les patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital) par type d'hôpital

	Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux universitaires		**Hôpitaux prise en charge centralisée, hôpitaux de soins généraux**		**Hôpitaux soins de base**		**Cliniques spécialisées**		**Total hôpitaux**	
	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée	avant l'entrée	après l'entrée
Mesures de prévention des chutes	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Acune mesure	48 (19.6)	6 (7.1)	145 (15.0)	14 (5.6)	106 (15.9)	7 (4.7)	12 (11.3)	1 (1.9)	311 (15.7)	28 (5.2)
Examen du programme de médication	38 (15.5)	26 (30.6)	198 (20.5)	62 (25.0)	151 (22.7)	43 (29.1)	47 (44.3)	36 (66.7)	434 (21.9)	167 (31.2)
Exercises et training	93 (38.0)	41 (48.2)	500 (51.7)	150 (60.5)	338 (50.8)	86 (58.1)	75 (70.8)	43 (79.6)	1006 (50.7)	320 (59.8)
Examen des moyens auxiliaires utilisés	65 (26.5)	29 (34.1)	368 (38.0)	111 (44.8)	250 (37.6)	77 (52.0)	49 (46.2)	35 (64.8)	732 (36.9)	252 (47.1)
Examen de la vue	6 (2.4)	1 (1.2)	19 (2.0)	5 (2.0)	17 (2.6)	6 (4.1)	16 (15.1)	3 (5.6)	58 (2.9)	15 (2.8)
Examen du déroulement des journées	7 (2.9)	1 (1.2)	56 (5.8)	14 (5.6)	40 (6.0)	18 (12.2)	16 (15.1)	8 (14.8)	119 (6.0)	41 (7.7)
Surveillance	73 (29.8)	37 (43.5)	292 (30.2)	112 (45.2)	139 (20.9)	65 (43.9	23 (21.7)	26 (48.1)	527 (26.6)	240 (44.9)
Adaptations de l'environnement	65 (26.5)	24 (28.2)	255 (26.3)	94 (37.9)	195 (29.3)	65 (43.9)	31 (29.2)	24 (44.4)	546 (27.5)	207 (38.7)
Autre mesure	8 (3.3)	1 (1.2)	45 (4.6)	29 (11.7)	26 (3.9)	10 (6.8)	4 (3.8)	0 (0.0)	83 (4.2)	40 (7.5)
Système d'alarme	7 (2.9)	9 (10.6)	80 (8.3)	57 (23.0)	43 (6.5)	30 (20.3)	8 (7.5)	17 (31.5)	138 (7.0)	113 (21.1)
Accord indiv. avec le/la patient-e et les proches	41 (16.7)	26 (30.6)	236 (24.4)	72 (29.0)	138 (20.8)	49 (33.1)	32 (30.2)	17 (31.5)	447 (22.5)	164 (30.7)

	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
Information au/à la patient-e	93 (38.0)	53 (62.4)	497 (51.3)	127 (51.2)	316 (47.5)	84 (56.8)	60 (56.6)	31 (57.4)	966 (48.7)	295 (55.1)
Accompagnement pour se déplacer	108 (44.1)	49 (57.6)	526 (54.3)	164 (66.1)	344 (51.7)	107 (72.3)	55 (51.9)	34 (63.0)	1033 (52.1)	354 (66.2)
Examen des chaussures utilisées	66 (26.9)	20 (23.5)	395 (40.8)	118 (47.6)	252 (37.9)	72 (48.6)	62 (58.5)	37 (68.5)	775 (39.1)	247 (46.2)
Mesures de contention	14 (5.7)	14 (16.5)	73 (7.5)	48 (19.4)	40 (6.0)	24 (16.2)	10 (9.4)	11 (20.4)	137 (6.9)	97 (18.1)
Patient-e refuse toutes les mesures proposées	1 (0.4)	1 (1.2)	2 (0.2)	1 (0.4)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (0.2)	2 (0.4)
Mesures de prévention des blessures	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Aucune mesure	190 (77.6)	64 (75.3)	725 (74.9)	181 (73.0)	510 (79.7)	112 (75.7)	69 (65.1)	23 (42.6)	1494 (75.3)	380 (71.0)
Protection de la tête	1 (0.4)	1 (1.2)	1 (0.1)	0 (0.0)	2 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (0.2)	1 (0.2)
Attelle/Soutien	16 (6.5)	6 (7.1)	44 (4.5)	2 (0.8)	20 (3.0)	0 (0.0)	2 (1.9)	3 (5.6)	82 (4.1)	11 (2.1)
Protection de la hanche en matériel dur	1 (0.4)	2 (2.4)	2 (0.2)	0 (0.0)	2 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.9)	4 (7.4)	6 (0.3)	6 (1.1)
Protection de la hanche en matériel mou	2 (0.8)	1 (1.2)	3 (0.3)	1 (0.4)	3 (0.5)	2 (1.4)	4 (3.8)	11 (20.4)	12 (0.6)	15 (2.8)
Autre mesure	18 (7.3)	5 (5.9)	62 (6.4)	23 (9.3)	27 (4.1)	7 (4.7)	4 (3.8)	3 (5.6)	111 (5.6)	38 (7.1)
Renforcement de l'ossature	23 (9.4)	10 (11.8)	149 (15.4)	44 (17.7)	110 (16.5)	27 (18.2)	29 (27.4)	23 (42.6)	311 (15.7)	104 (19.4)

5.4.6 Indicateurs des structures chute

De fortes différences ont été notées entre les types d'hôpitaux quant à la présence d'indicateurs des structures relatifs aux chutes, au niveau des hôpitaux (cf. Tableau 50). Au total, les indicateurs suivants étaient les plus représentés : saisie décentralisée et centralisée des événements de chute, informations standardisées lors de transfert, les standards et directives reconnues concernant les chutes. Les colloques multidisciplinaire s'occupant des chutes ainsi que la brochure d'information ont été cités le moins souvent comme étant disponibles par les patient-e-s.

Tableau 50: 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**
Indicateurs de structures « chutes »	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Saisie (dé)centralisée des événements de chute	4 (80.0)	48 (82.8)	81 (93.1)	29 (80.6)	162 (87.1)
Informations standardisées lors de transfert (chutes)	4 (80.0)	50 (86.2)	71 (81.6)	26 (72.2)	151 (81.2)
Standard/directive reconnue concernant les chutes	2 (40.0)	40 (69.0)	59 (37.8)	19 (52.8)	120 (64.5)
Personne responsable de l'actualisation/ diffusion de la directive	2 (40.0)	36 (62.1)	61 (70.1)	17 (47.2)	116 (62.4)
Formation thème de la mobilisations (2 dernières années)	3 (60.0)	24 (41.4)	47 (54.0)	20 (55.6)	94 (50.5)
Formation thème des chutes (2 dernières années)	1 (20.0)	24 (41.4)	31 (35.6)	10 (27.8)	66 (35.5)
Colloques multidisciplinaires concernant les chutes	1 (20.0)	29 (50.0)	27 (31.0)	13 (36.1)	70 (37.6)
Brochure d'information	1 (20.0)	22 (37.9)	22 (25.3)	5 (13.9)	50 (26.9)
Total hôpitaux-(sites)	**5 (100)**	**58 (100)**	**87 (100)**	**36 (100)**	**186 (100)**

De fortes différences ont été relevées entre les types d'hôpitaux quant à la présence d'indicateurs des structures relatifs aux chutes au niveau des unités de soins (cf. Tableau 51). Dans l'ensemble, les indicateurs liés à la disponibilité du matériel de prévention des chutes, la documentation sur les mesures dans le dossier patient ainsi que la transmission d'informations standardisées étaient les plus fréquents. Les plus rares étaient les brochures d'information sur le thème des chutes.

Tableau 51 : 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 « chutes »	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Matériel pour la prévention des chutes toujours à disposition	175 (87.1)	457 (88.2)	394 (96.8)	76 (92.7)	1102 (91.2)
Documentation des mesures dans le dossier de soins	185 (92.0)	463 (89.4)	388 (95.3)	77 (93.9)	1113 (92.1)
Informations standardisées lors de transfert	173 (86.1)	449 (86.7)	333 (81.8)	58 (70.7)	1013 (83.9)
Matériel pour la prévention de blessures toujours à disposition	104 (51.7)	382 (73.7)	323 (79.4)	64 (78.0)	873 (72.3)
Evaluation du risque de chute lors de l'admission	113 (56.2)	407 (78.6)	318 (78.1)	54 (65.9)	892 (73.8)
Application du standard vérifié systématiquement	115 (57.2)	278 (53.7)	263 (64.6)	45 (54.9)	701 (58.0)
Colloques pluridisciplinaires concernant la prévention des chutes	38 (18.9)	279 (53.9)	187 (45.9)	49 (59.8)	553 (45.8)
Personne spécialisée pour la prévention des chutes	45 (22.4)	236 (45.6)	105 (25.8)	20 (24.4)	406 (33.6)
Brochure d'information	46 (22.9)	106 (20.5)	73 (17.9)	13 (15.9)	238 (19.7)
Total unités de soins	**201 (100)**	**518 (100)**	**407 (100)**	**82 (100)**	**1208 (100)**

Dans l'ensemble, la disponibilité s'est améliorée par rapport à l'année précédente, à la fois pour les indicateurs des structures (en particulier : personne compétente et service multidisciplinaire) et pour les indicateurs individuels au niveau des unités de soins (en particulier : évaluation du risque de chute lors de l'admission et brochure d'information). Mais il ne s'agit que de décalages entre 2,4 et 6,2 %. Pour les indicateurs application du standard vérifié systématiquement, colloques pluridisciplinaires et personnes spécialisée dans la prévention des chutes, une baisse est visible.

6. Résultats ajustés au risque

Les résultats ajustés au risque pour les trois indicateurs (escarres nosocomiales 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 (Tableau 58 - 60). Les variables de chaque modèle et leurs 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 contractées à l'hôpital toutes catégories (1 à 4). Selon le modèle de sélection, les variables retenues pour le modèle hiérarchique sont les suivantes (Tableau 52) :

Tableau 52 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives - escarres nosocomiales toutes catégories (1-4) confondues

	OR	Ecart type	Valeur p	OR - intervalle de confiance à 95%	
Jusqu'à 54 ans	Réference				
55-74 ans	1.78	0.31	0.001	1.27	2.50
75 ans et plus	2.14	0.41	0.000	1.47	3.12
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 0-7 jours	Réference				
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 8-28 jours	2.67	0.27	0.000	2.19	3.25
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 29 jours et plus	4.85	0.71	0.000	3.63	6.47
EDS Indépendance complète	Réference				
EDS Indépendance prépondérante	1.67	0.25	0.001	1.24	2.24
EDS Dépendance partielle	3.03	0.47	0.000	2.24	4.11
EDS Dépendance prépondérante	4.80	0.84	0.000	3.42	6.76
EDS Dépendance complète	7.61	1.56	0.000	5.09	11.38
Score de Braden ≤20 (1/0)	3.10	0.47	0.000	2.31	4.16
Maladie du sang ou d'un organe hematopoïétique (1/0)	1.20	0.14	0.127	0.95	1.51
Démence	0.49	0.09	0.000	0.35	0.69
Maladies du système nerveux	0.72	0.10	0.020	0.54	0.95
AVC/hémiparésie	0.65	0.12	0.018	0.45	0.93
Maladies de l'appareil respiratoire	1.29	0.13	0.010	1.06	1.57
Maladies du système digestif	0.90	0.10	0.337	0.73	1.11

	OR	Ecart type	Valeur p	OR - intervalle de confiance à 95%	
Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	1.33	0.13	0.003	1.10	1.60
Overdoses, abus/dépendance de psychotropes	0.68	0.17	0.113	0.42	1.10
Causes externes de morbidité	1.46	0.21	0.008	1.10	1.93
	OR	**Ecart type**	**Valeur p**	**OR - intervalle de confiance à 95%**	
Symptômes et résultats anormaux non classés	0.51	0.14	0.013	0.30	0.87
Impossibilité d'établir un diagnostic précis	0.24	0.25	0.164	0.03	1.79
Interaction intervention chirurgicale – - type d'hôpital	1.19	0.05	0.000	1.10	1.30
Interaction Troubles mentaux et du comportement - type d'hôpital	0.77	0.06	0.000	0.67	0.88
Interaction âge – type d'hôpital	1.00	0.00	0.162	1.00	1.00

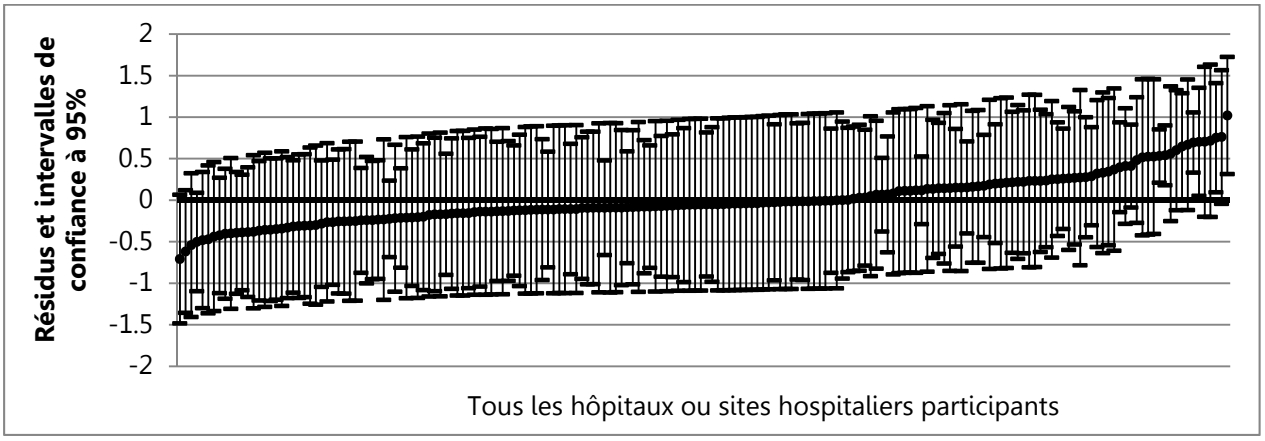
La principale valeur est le rapport des cotes en lien avec la valeur p du test de signification et avec les intervalles de confiance du rapport des cotes. Comme on pouvait s'y attendre, un score de Braden bas (risque élevé) constitue un prédicteur pertinent. Dans la procédure LPZ, la valeur limite est fixée à ≤ 20. Les patient-e-s qui ont un score de 20 ou moins présentent un risque d'escarre trois fois plus élevé que ceux ayant plus de 20. L'échelle de dépendance aux soins montre une croissance presque linéaire du risque d'escarre avec l'augmentation de la dépendance. Comparé à l'indépendance complète, le degré « indépendance prépondérante » est lié à un risque deux fois plus important et pour la dépendance 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 4,8 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 diagnostics médicaux augmentent aussi le risque d'escarre de manière indépendante les uns des autres ; cela concerne les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies ostéo-articulaires, muscles et tissu conjonctif, ainsi que des causes externes (par ex. accidents). D'autres diagnostics médicaux ont été intégrés au modèle, mais ne constituent pas des prédicteurs significatifs dans ce cas.

Il est intéressant de noter qu'un risque d'escarres plus faible est associé à certains diagnostics médicaux. Ceci vaut pour la démence, les maladies du système nerveux et les événements cérébrovasculaire. 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. Il en va de même pour les maladies psychiques. De manière générale, celles-ci ne constituent pas un facteur de risque, mais c'est le cas en fonction du type d'hôpital. Les termes d'interaction dans les équations de régression (pour rester dans cet exemple) indiquent que le lien constaté des troubles mentaux dans les différents milieux a une pertinence différente. Ceci est probablement dû aussi au fait que les troubles mentaux sont plus fréquents dans certains types d'hôpitaux que d'autres.

Compte tenu de ces variables de risque, l'évaluation des résidus des escarres toutes catégories (1 à 4) donne pour l'ensemble des hôpitaux les résultats suivants (Figure 12). 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 12 : 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



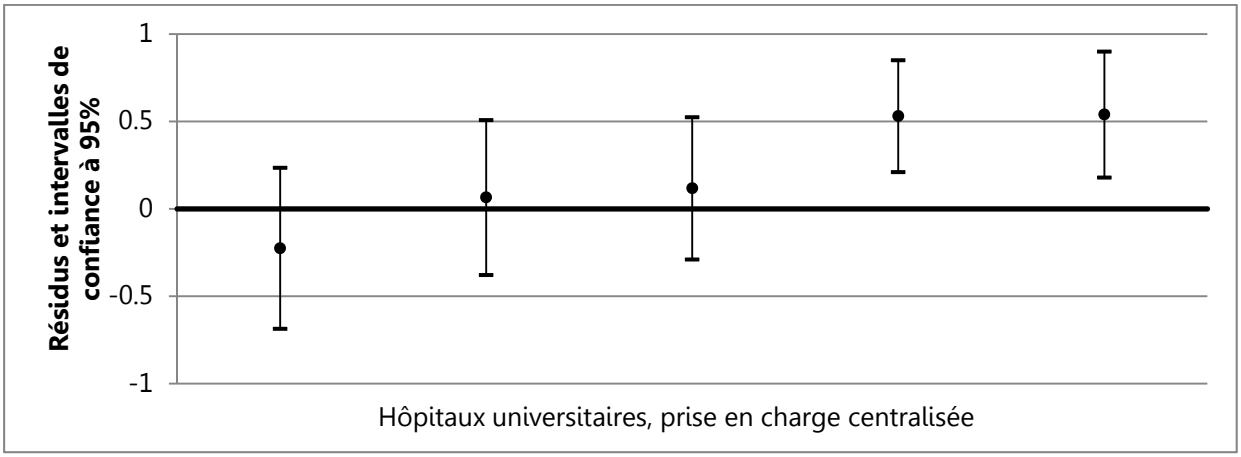
La référence est l'ensemble des hôpitaux participants. Par conséquent, comme la structure des risques se base sur un grand échantillon, les résultats sont statistiquement très significatifs.

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 des résultats au risque dans l'hôpital concerné. Les chiffres situés dans la zone négative indiquent une fréquence des escarres plus faible que la moyenne. Les résultats indiquent que d'un point de vue statistique, seuls sept 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 cas dans beaucoup d'hôpitaux, ce qui donne des intervalles de confiance très larges. Ceux-ci reflètent la certitude ou l'incertitude statistique avec laquelle il faut interpréter les résultats.

Comment lire concrètement ce graphique (exemple de lecture 1). Si l'on observe les 13 points de données ou les hôpitaux à droite, les points de données de sept hôpitaux sont au-dessus de la ligne du zéro (résidus). La différence est que les intervalles de confiance de ces sept hôpitaux ne coupent pas la ligne du zéro, alors que c'est le cas pour trois autres hôpitaux. Bien que les escarres soient plus fréquentes que la moyenne globale dans ces treize hôpitaux, le constat n'est statistiquement significatif que pour les sept hôpitaux dont l'intervalle de confiance global est au-dessus de la ligne du zéro. Pour les six 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 12, mais sont réparties par type d'hôpital. Les hôpitaux universitaires sont représentés en premier dans la Figure 13. Il est important de noter que la référence ne se limite pas aux hôpitaux universitaires.

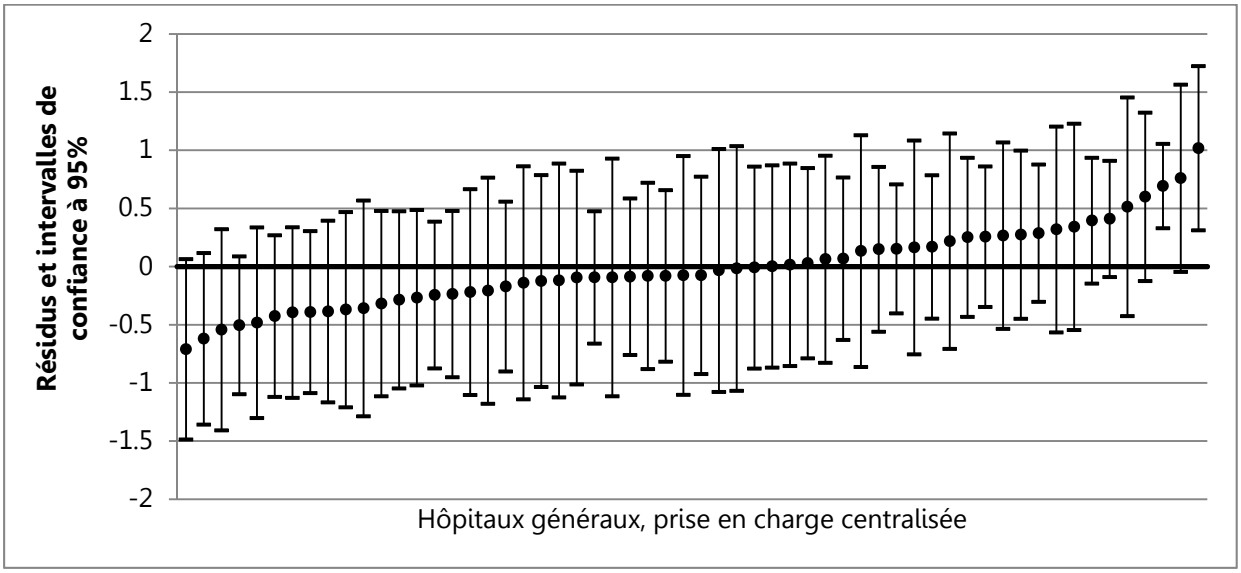
Figure 13: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux universitaires, prise en charge centralisée – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 à 4) confondues



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

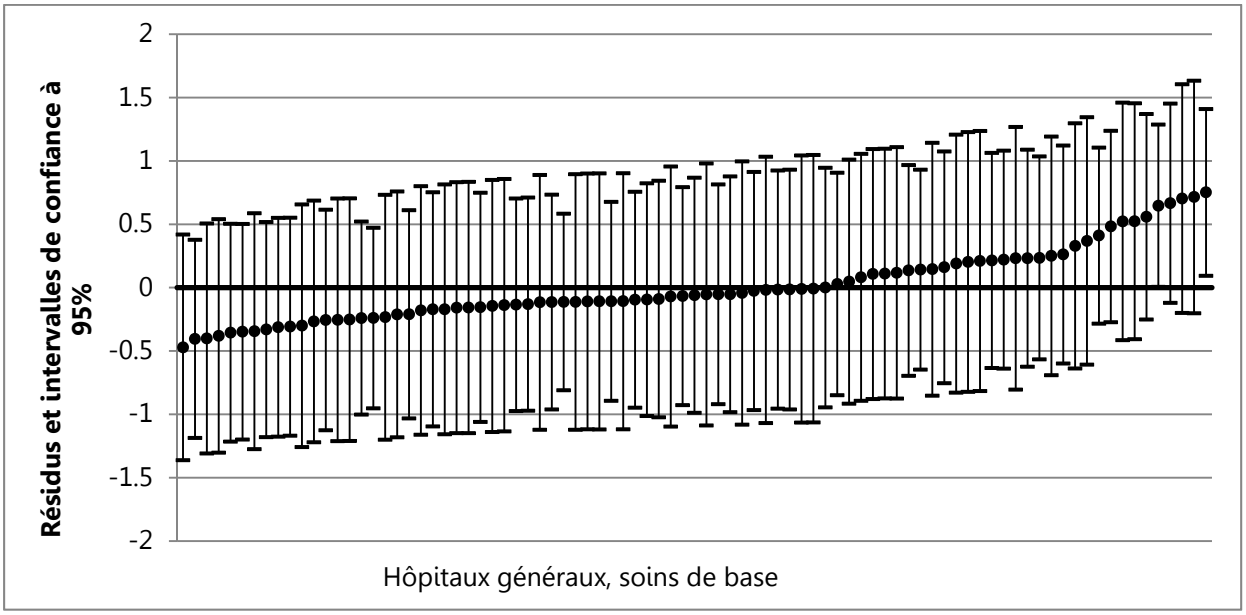
Ils sont représentés en comparaison des hôpitaux de prise en charge centralisée dans la Figure 14.

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



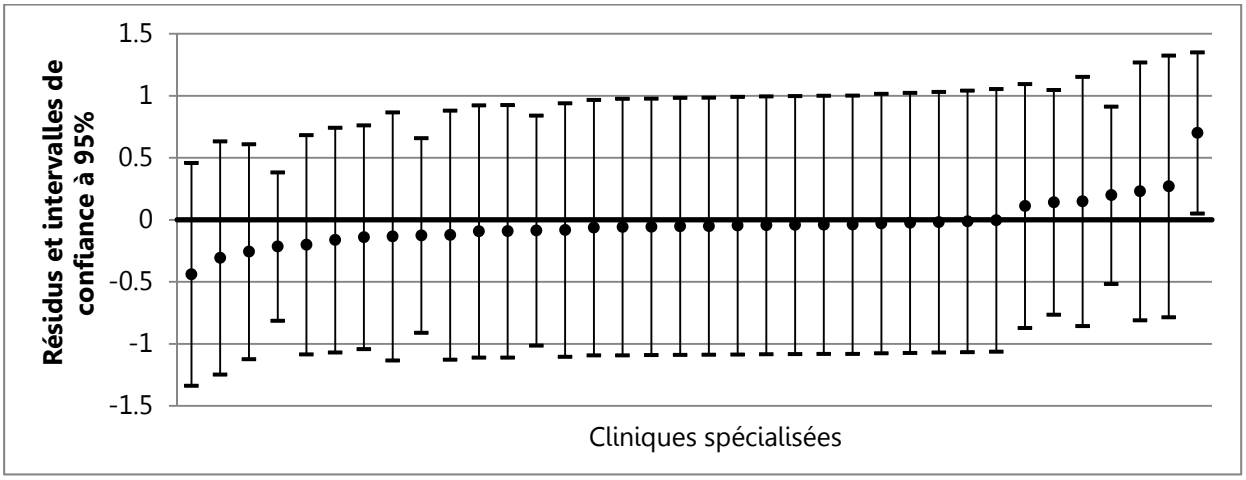
Pour les hôpitaux de prise en charge centralisée, deux hôpitaux négatifs au sens clinique s'écartent à chaque fois des autres hôpitaux. Les hôpitaux de soins de base sont représentés dans la Figure 15.

Figure 15: 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



Deux hôpitaux de soins de base s'écartent significativement de l'ensemble des hôpitaux. Pour finir, les cliniques spécialisées sont comparées à la Figure 16.

Figure 16: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, cliniques spécialisées – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 à 4) confondues



Une clinique spécialisée 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, 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 contractées 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 53) :

Tableau 53: variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives – escarres nosocomiales hors catégorie 1

	OR	Ecart type	Valeur p	OR - intervalle de confiance à 95%	
Jusqu'à 54 ans	Référence				
55-74 ans	1.41	0.33	0.143	0.89	2.24
75 ans et plus	1.57	0.37	0.056	0.99	2.49
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 0-7 jours	Référence				
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 8-28 jours	4.09	0.67	0.000	2.97	5.63
Durée de l'hospitalisation jusqu'a la mesure 29 jours et plus	8.06	1.67	0.000	5.36	12.11
EDS Indépendance complète	Référence				
EDS Indépendance prépondérante	1.67	0.41	0.039	1.03	2.70
EDS Dépendance partielle	3.27	0.81	0.000	2.02	5.31
EDS Dépendance prépondérante	5.32	1.40	0.000	3.17	8.92
EDS Dépendance complète	10.47	3.00	0.000	5.97	18.34
Score de Braden ≤20 (1/0)	2.83	0.69	0.000	1.76	4.57
Intervention chirurgicale (1/0)	1.66	0.23	0.000	1.26	2.18
Démence	0.40	0.11	0.001	0.24	0.68
Maladies du système nerveux	0.59	0.13	0.017	0.39	0.91
Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	1.44	0.20	0.008	1.10	1.88

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

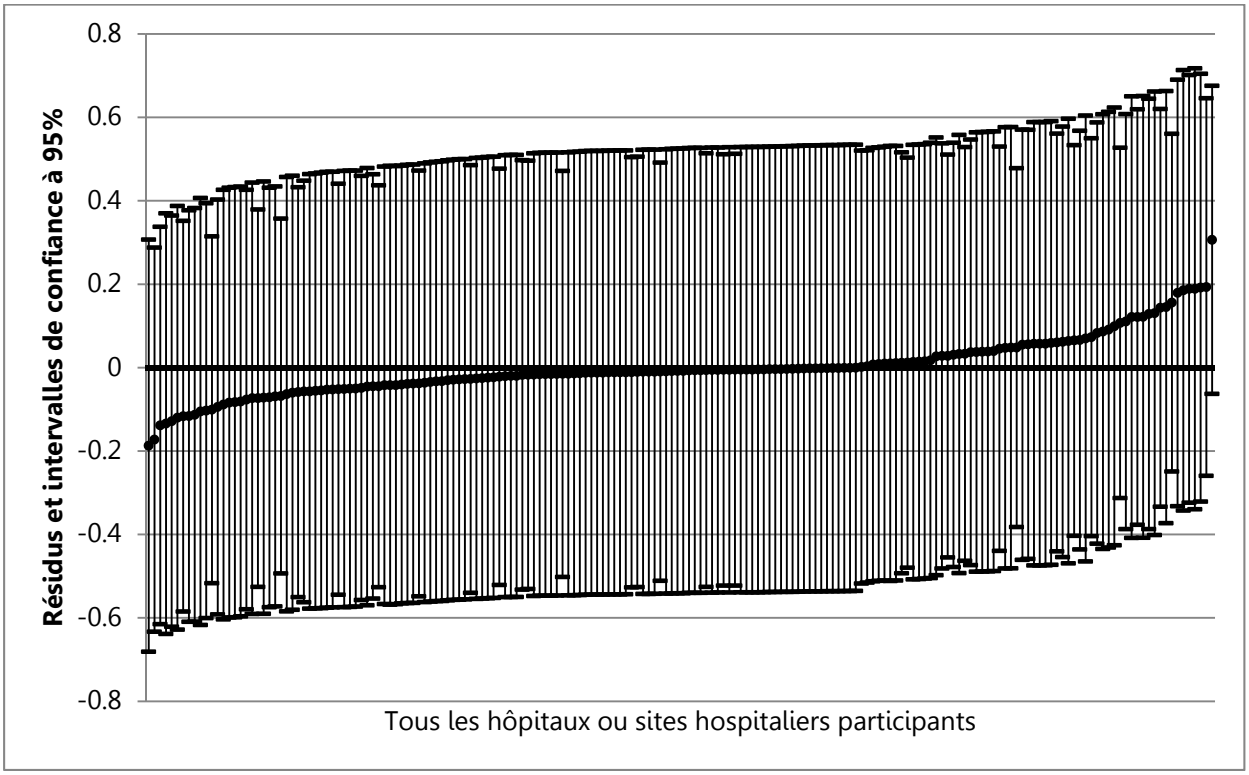
La différence entre les escarres avec la catégorie 1 et celles hors catégorie 1 se manifeste aussi par une différence dans la structure des risques. Là encore, un score de Braden ≤ 20 est un prédicteur pertinent. Mais une longue hospitalisation est encore plus importante, car les participant-e-s hospitalisé-e-s plus de 28 jours présentent un risque plus de 8 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. Une intervention chirurgicale pendant l'hospitalisation augmente le risque d'escarre de plus de 60 %, indépendamment de tous les autres facteurs.

Ici, seules les maladies de l'appareil locomoteur se sont avérées être des diagnostics médicaux pertinents. Par contre, les maladies démentielles telles que les maladies du système nerveux étaient liées à un risque d'escarre significativement plus bas.

Compte tenu de ces variables, les résultats ajustés aux risques pour les escarres acquises à l'hôpital hors degré 1 sont les suivants : (Figure 17).

Figure 17: 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'aucun hôpital ne s'écarte significativement 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. Étant donné qu'aucun hôpital ne diverge de la moyenne, les évaluations des types d'hôpitaux sont présentées sans commentaires dans les Figures suivantes (18 – 21).

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

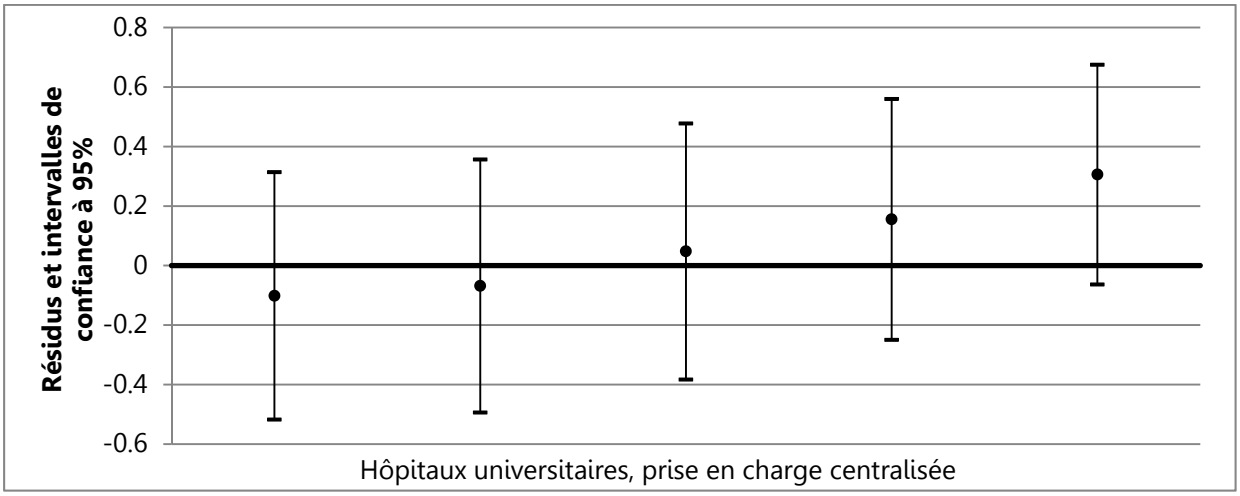


Figure 19 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux généraux, prise en charge centralisée – escarres nosocomiales hors catégorie 1

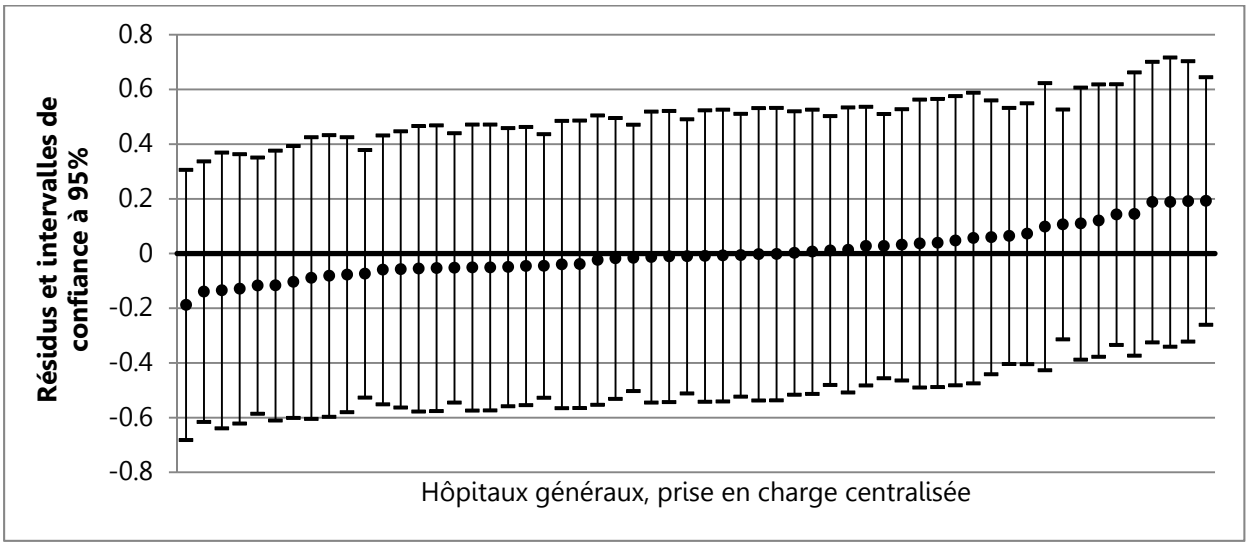


Figure 20 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux généraux, soins de base – escarres nosocomiales hors catégorie 1

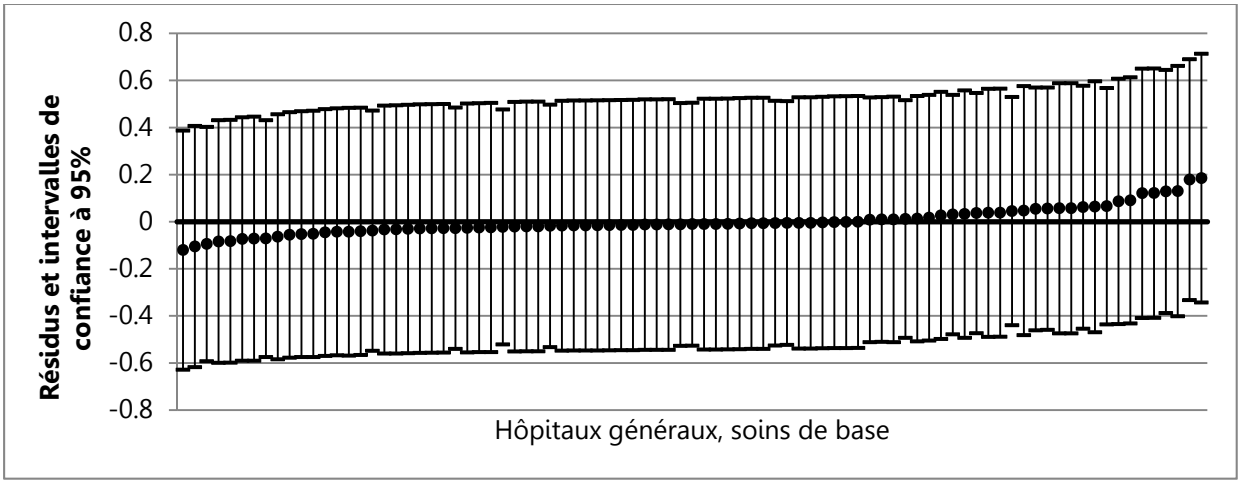
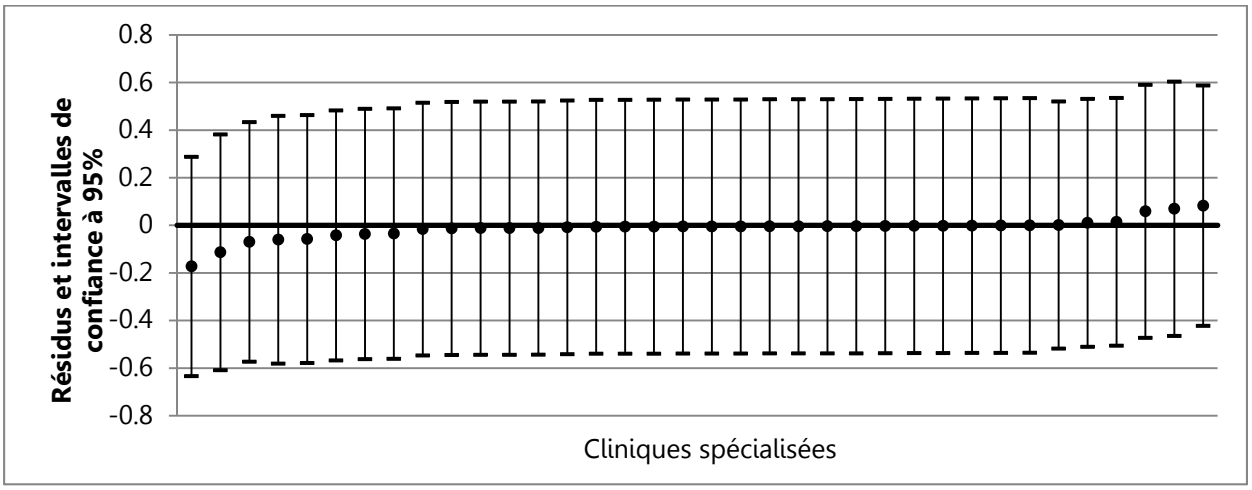


Figure 21 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – cliniques spécialisées – escarres nosocomiales hors catégorie 1



6.3 Chutes survenues en milieu hospitalier

Après sélection du modèle, les variables retenues pour le modèle hiérarchique sont les suivantes (Tableau 54) :

Tableau 54 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives – chutes à l'hôpital

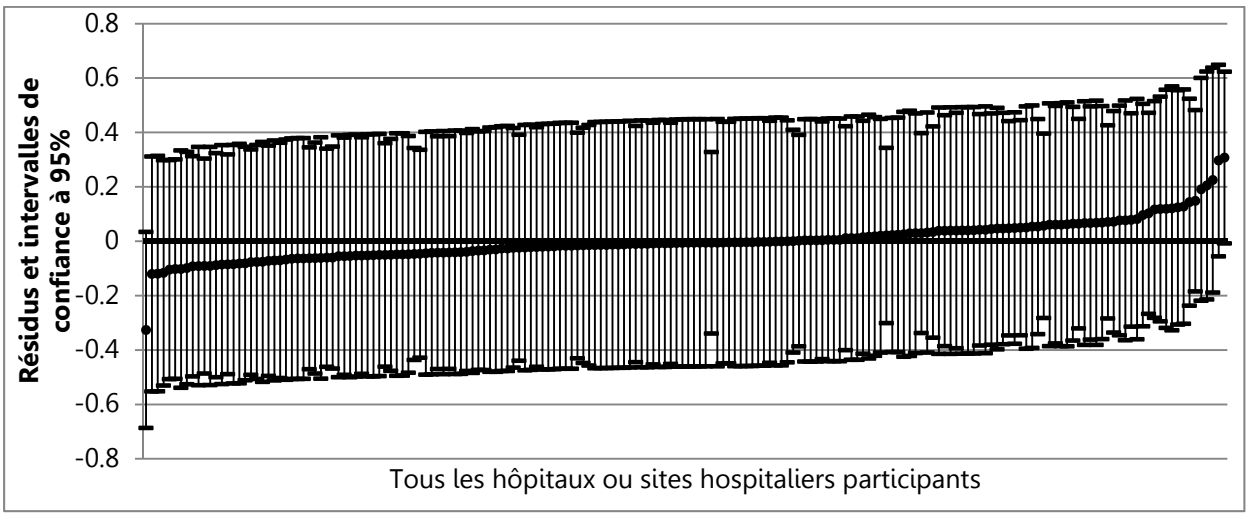
	OR	Ecart type	Valeur p	OR - intervalle de confiance à 95%	
EDS Indépendance complète	Réference				
EDSI ndépendance prépondérante	3.51	0.48	0.000	2.69	4.58
EDS Dépendance partielle	5.23	0.72	0.000	3.99	6.85
EDS Dépendance prépondérante	7.68	1.16	0.000	5.71	10.32
EDS Dépendance complète	5.56	1.25	0.000	3.57	8.64
Intervention chirurgicale (1/0)	0.47	0.05	0.000	0.38	0.58
Tumeurs (1/0)	1.64	0.19	0.000	1.31	2.05
Démence (1/0)	1.65	0.22	0.000	1.28	2.14
Troubles psychiques (1/0)	1.61	0.19	0.000	1.28	2.02
Diabètes Mellitus (1/0)	1.29	0.15	0.026	1.03	1.62

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

La valeur déterminante est à nouveau le rapport des cotes en lien avec la valeur p significative au niveau 5 % et son intervalle de confiance à 95 %. Pour le formuler plus simplement : La dépendance aux soins est particulièrement significative. Cependant, contrairement aux escarres, il n'y a pas d'augmentation graduelle avec l'augmentation de la dépendance aux soins. La présence des diagnostics médicaux cités augmente ou diminue le risque de chute de manière indépendante. Les risques les plus importants sont les troubles psychiques et du comportement ainsi que la démence et le diabète, mais également les tumeurs. Une intervention chirurgicale fait par contre office de « facteur protecteur », car elle réduit le risque de plus de la moitié.

Compte tenu des variables influençant 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 22.

Figure 22 : 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 86) qu'aucun hôpital ne s'écarte significativement de la moyenne, du fait que l'intervalle de confiance ne coupe pas la ligne du zéro. Par ailleurs, on note ici aussi une grande homogénéité des hôpitaux ou sites hospitaliers.

Les Figures suivantes (23 – 26) permettent une comparaison des différents types d'hôpitaux. Elles ne sont pas commentées car aucune particularité n'est à signaler.

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

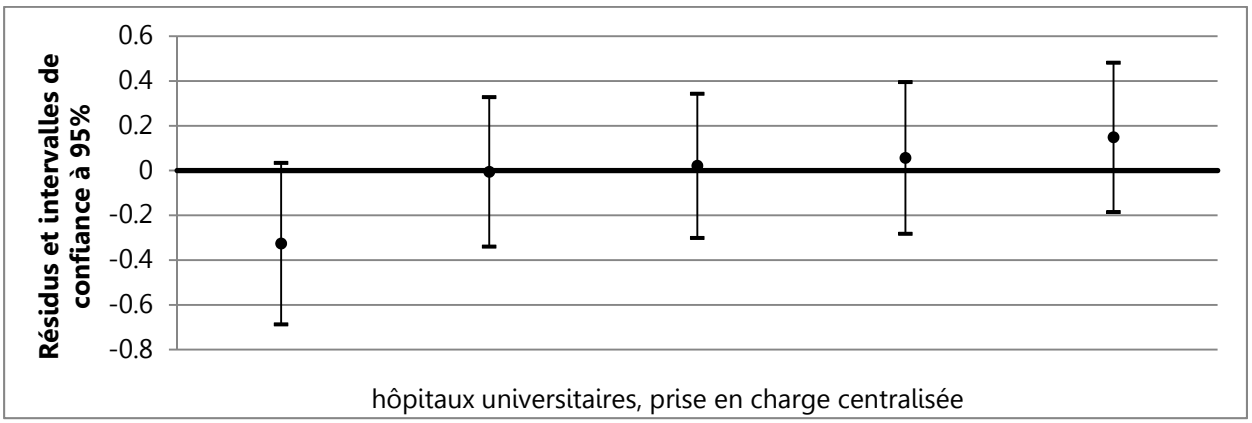


Figure 24 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, prise en charge centralisée – chutes à l'hôpital

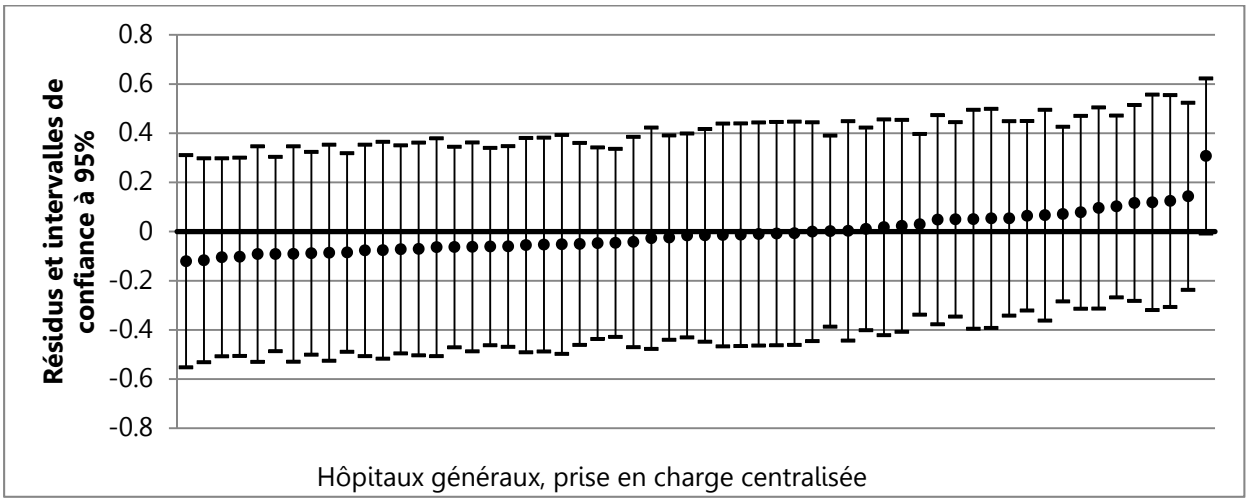


Figure 25 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, soins de base– chutes à l'hôpital

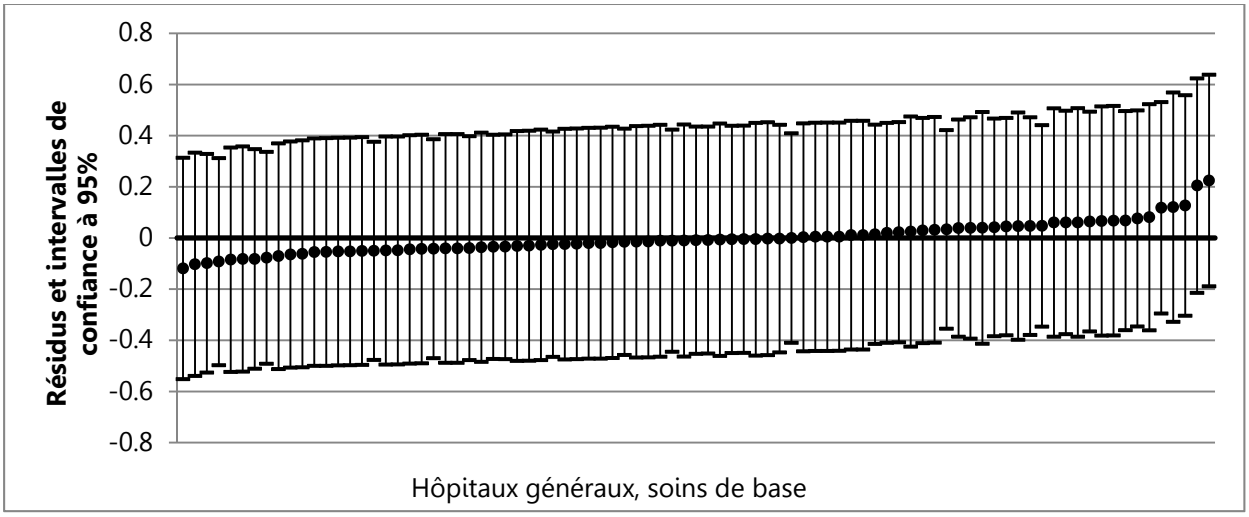
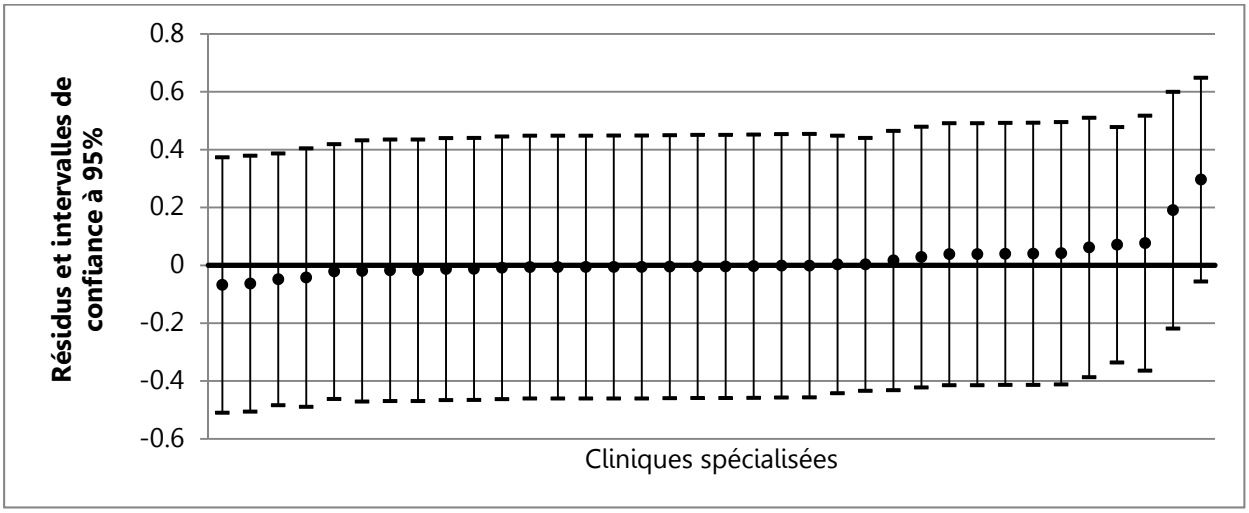


Figure 26 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, cliniques spécialisées – chutes à l'hôpital



7. Discussion et conclusions

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

7.1 Participant-e-s

112 hôpitaux et groupes hospitaliers (répartis sur 159 sites) ont participé à la première mesure de la prévalence nationale en 2011. En 2012, 132 hôpitaux et groupes hospitaliers (répartis sur 186 sites hospitaliers) de Suisse et du Liechtenstein ont participé. Lors de la troisième mesure de la prévalence nationale, des données ont été collectées dans 133 hôpitaux suisses et groupes hospitaliers (répartis sur 187 sites hospitaliers). Cela correspond à env. 81,3 % des hôpitaux de soins aigus de Suisse ou 85,3 % des hôpitaux rattachés au contrat de qualité national de l'ANQ. Des hôpitaux de tous les cantons ont participé à la mesure. Le jour de la mesure, 17 486 patient-e-s âgé-e-s d'au moins 18 ans étaient hospitalisés dans ces hôpitaux ; 12 903 personnes (taux de participation= 73,8 %) ont participé à la mesure. On peut donc dire que les unités de soins participantes sont représentatives des hôpitaux de soins aigus de la Suisse. L'engagement à réaliser la mesure à travers un contrat de qualité national a contribué à cette forte participation souhaitée.

Un écart est visible avec les autres pays, avec une participation toujours assez faible des patient-e-s à la mesure (73,8 %) en Suisse. Aux Pays-Bas, la participation aux trois dernières mesures LPZ (avec déclaration de consentement orale au moment de la mesure) est de 94,3 % en moyenne (Halfens, et al., 2011; Halfens et al., 2012; Halfens et al., 2013). Concernant les trois dernières mesures en Autriche, où une déclaration de consentement écrite était nécessaire, la participation a été de 77,5 % en moyenne (Lohrman, 2011, 2012, 2013). Il faut également noter que, comparé à la Suisse, un plus petit nombre d'hôpitaux ont participé volontairement à la mesure en Autriche (en moyenne 30 hôpitaux) et aux Pays-Bas (en moyenne 33 hôpitaux) par rapport à la population totale.

En Suisse, les raisons les plus diverses peuvent provoquer une baisse importante des 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 des deuxième et troisième cycles de mesure indique que la procédure de consentement orale était considérée comme bien plus facile à gérer. Désormais les participant-e-s citent toujours la déclaration de consentement comme un facteur difficile de la mesure. Cependant, l'information complète aux patient-e-s et la demande du consentement oral ne semblent pas faciles en pratique. Une formation plus approfondie de l'équipe de mesure peut être utile. Le scepticisme ou l'ignorance du public concernant l'objectif de la mesure de prévalence peuvent aussi avoir une influence négative sur la participation, rendre plus difficile l'obtention du consentement éclairé et augmenter le temps nécessaire pour l'obtenir. C'est pourquoi il semble généralement important pour la participation à la mesure de la prévalence d'informer le public de manière plus claire et plus fréquente de l'obligation des hôpitaux à assurer la qualité. Il est tout aussi important que la population développe une compréhension de la procédure d'assurance qualité et sache reconnaître les liens entre le contrôle qualité, le développement de la qualité et un excellent

système de santé publique. Des informations gérées de manière centrale (par H+ et l'ANQ), des prospectus présentés dans les hôpitaux, des informations chez les médecins de famille, etc. sont des exemples de manières pour mieux préparer la population, les patient-e-s et leurs proches à la mesure nationale relative à la qualité.

Dans l'ensemble, il est difficile de déterminer l'influence des facteurs cités et 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 était important d'obtenir des données plus précises sur les patient-e-s qui ne voulaient ou ne pouvaient pas participer à la mesure. C'est pourquoi en 2013, la BFH a effectué une première analyse complémentaire de non-participation. Cette mesure démontre que dans les types d'unités de soins en gériatrie aiguë, en soins continus/soins continus de la chirurgie cardiaque, en réadaptation, les motifs « refus de participer » et « non accessible » étaient souvent indiqués comme raisons pour la non participation (voir chapitre 5.1). Ceci indique qu'une part importante des patient-e-s à risque (âgés) n'a pas participé à la mesure. Afin d'obtenir des données encore plus détaillées sur les non-participants à l'avenir, il serait avantageux de conserver l'analyse des non-participant-e-s et de les intégrer directement dans la mesure LPZ à moyen terme.

Les données socio-démographiques des patients participants portent sur les patient-e-s hospitalisés 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 8,6 jours (2012 : 9,1 jours), la durée d'hospitalisation moyenne dans la mesure 2013 est proche de la moyenne suisse de 9,58 jours, d'après les statistiques des hôpitaux 2012 (Office fédéral de la statistique OFS, 2013). Seul-e-s quelques patient-e-s sont hospitalisé-e-s plus longtemps. 41 % 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 de soins chirurgicaux. Dans cette mesure, les diagnostics médicaux les plus fréquents sont les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies ostéo-articulaires, muscles et tissu conjonctif, les maladies de l'appareil génito-urinaire, les maladies du système digestif ainsi que les maladies de l'appareil respiratoire (tout comme en 2012). Dans les statistiques médicales des hôpitaux 2012 (OFS, 2013) les lésions, les maladies ostéo-articulaires, muscles et tissu conjonctif, les maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif et les tumeurs font partie des diagnostic principaux. Ceci correspond assez, mais pas totalement, aux données de la mesure 2013.

28,6 % des participant-e-s ont besoin d'aide dans la vie quotidienne (ADL) et pour les tâches ménagères (HDL). Si l'on compare ces données sur le besoin d'aide avec les résultats de la dernière mesure LPZ aux Pays-Bas (Halfens, et al., 2013) et en Autriche (Lohrman, 2013), dans les hôpitaux suisses, les participant-e-s ont besoin de nettement plus d'aide et de soutien que ceux des Pays-Bas (ADL : 55,3 % contre 51,8 % aux Pays-Bas et 39,1 % en Autriche ; HDL : 31,6 % contre 17,4 % aux Pays-Bas et 30,3 % en Autriche). Actuellement, on ne sait pas pourquoi les patient-e-s des hôpitaux suisses ont besoin de nettement plus d'aide. Il est possible que ces résultats soient liés à la logique de questionnaire modifiée dans la version 2013. De nombreux autres facteurs d'influence peuvent jouer un rôle, par ex. des différences du système de santé, une aide familière, le vieillissement, etc. Si ces différences se confirment dans d'autres mesures, il pourrait être très utile de poursuivre cette thématique.

Le besoin d'aide relativement élevé pour les tâches ménagères et les ADL est confirmé par les données de dépendance aux soins relevées. Un quart des participant-e-s est au moins partiellement dépendant aux soins. Ces données relatives à la dépendance aux soins sont comparables aux mesures LPZ aux Pays-Bas et en Autriche, où une part moyenne de 24,9 % (PB), respectivement 20,0 % (AUT) a été relevée ces trois dernières années.

7.2 Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital

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

Dans l'analyse *descriptive,* les patients souffrant d'escarres nosocomiales sont en moyenne plus souvent des hommes (53,2 %) et ont 6 ans de plus que l'échantillon global. Parmi ces patient-e-s, environ 48,0 % ont été opéré-e-s dans les deux dernières semaines, c'est-à-dire 7,1 % de plus que l'échantillon global.

En comparant les diagnostics medicaux des patient-e-s participant-e-s hospitalisé-e-s en général avec les patient-e-s souffrant d'escarres nosocomiales, il ressort que ces derniers/dernières présentent beaucoup plus de diagnostics médicaux (nombre moyen 4,0) que l'échantillon global (nombre moyen de diagnostics médicaux 2,9). Ainsi par exemple, la part de patient-e-s ayant des maladies de l'appareil circulatoire (15,3 %), des maladies infectieuses/parasitaires (14,1 %), des maladies ostéo-articulaires, muscles et tissu conjonctif (9,2 %), du diabète mellitus (9,2 %) et des maladies endocriniennes, nutritionnelles, métaboliques (8,1 %) est plus élevée. Ces patient-e-s sont également plus dépendant-e-s au niveau de besoin d'aide que l'échantillon global (90,1 % sont dépendant-e-s d'une aide pour les activités de la vie quotidienne (ADL) contre 55,3 % ; 55,2 % sont dépendant-e-s d'une aide pour les tâches ménagères contre 31,6 %). Ceci correspond aux résultats de l'échelle de dépendance aux soins, où 29.0 % 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 14.3 %.

L'*analyse multivariée* a confirmé l'influence de l'âge sur le risque d'escarre, mais uniquement pour l'apparition d'escarres incluant 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 sont en accord avec la recherche internationale des facteurs de risques pour les escarres survenues à l'hôpital (Fogerty et al., 2008; Wann-Hanson, Hagell, & Willman, 2008). Il est possible que pour les escarres à partir de la catégorie 2, la trajectoire de la maladie en tant que tel (durée d'hospitalisation, dépendance aux soins, etc.) dépasse les autres facteurs de risque.

Comme déjà défini, la dépendance aux soins est particulièrement remarquable pour les deux analyses multivariées des escarres. Le risque augmente de façon linéaire avec l'augmentation de la dépendance aux soins. Même si cela était prévisible du point de vue des soins cliniques, la littérature ne l'a pas indiqué jusqu'à présent. C'est prévisible en raison de l'immobilité accrue, du besoin d'aide croissant dans les ADL, ainsi que de l'état général souvent réduit avec une augmentation de la dépendance aux soins. La valeur prédictive de l'EDS pour les escarres a déjà été étudiée et confirmée à plusieurs reprises (Mertens, Halfens, Dietz, Scheufele, & Dassen, 2008; Tannen et al., 2010).

La recherche actuelle des facteurs de risque d'escarre va principalement dans la même direction. Sur la base des caractéristiques collectées spécifiquement pour les escarres ainsi que pour les analyses multivariées, la mobilité/l'activité réduite et les problèmes d'irrigation sanguine en particulier sont identifiés comme des facteurs pertinents en parallèle à l'état de santé général, à l'état de nutrition, ainsi que d'autres caractéristiques cutanées (Coleman et al., 2013). Les thèmes particuliers discutés sont également la charge mécanique sur la peau ainsi que la perception sensorielle réduite des patient-e-s à risque (Coleman, Nixon, et al., 2014). D'un point de vue scientifique et de la pratique des soins, on se demande si et à quel point la capacité prévisionnelle de l'évaluation clinique subjective par les infirmier-ère-s est supérieure l'évaluation à l'aide de l'échelle de Braden ou à une autre échelle d'évaluation des risques. Le développement d'un nouveau cadre conceptuel pour l'évaluation des risques sur la base d'un aperçu littéraire systématique suivi d'une concultation des expert-e-s (Coleman, et al., 2013;

Coleman, Nelson, et al., 2014) ainsi que d'une nouvelle approche du dépistage suivi d'une évaluation approfondie des risques est intéressant dans ce contexte (Coleman, Nixon, et al., 2014). C'est pourquoi une question relative à l'évaluation clinique subjective sera également intégrée pour les adultes dans le prochain cycle de mesure 2015, dans le questionnaire LPZ pour les adultes.

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 égale. Avec une prévalence nosocomiale de 4.6 %, les données de la Suisse dans la comparaison mondiale (fourchette entre 5,0 % et 11,6 %) présentent aussi des valeurs basses dans la mesure 2013. Concernant les taux de prévalence nosocomiale hors catégorie 1, les soins intensifs présentent les prévalences d'escarres nosocomiales les plus élevées parmi tous les types d'unités de soins. Pour le domaine nosocomial hors catégorie 1, la mesure nationale de la Suisse indique de nouveau, avec une valeur moyenne de 2,0 % au-dessus de l'ensemble des types d'hôpitaux, un taux plus bas que dans les publications internationales, où les valeurs indiquées sont comprises entre 3,1 % et 6,3 % (Vangelooven, et al., 2012). Une comparaison avec les trois dernière mesures LPZ aux Pays-Bas (Halfens, et al., 2011; Halfens, et al., 2012; Halfens, et al., 2013) confirment cette affirmation (Tableau 55). La comparaison avec l'Autriche fait exception. Les taux de prévalence nosocomiale des catégories 1 à 4 y sont nettement plus bas qu'en Suisse (Lohrman, 2011, 2012, 2013).

Tableau 55 : comparaison des taux de prévalence des escarres entre la Suisse, les Pays-Bas et l'Autriche

	Suisse			Autriche			LPZ Pays Bas		
Taux de prévalence	**2013**	**2012**	**2011**	**2013**	**2012**	**2011**	**2013****	**2012**	**2011**
Prévalence des escarres catégorie 1-4	7.6	6.9	9.4	3.2	2.9	8.7	*8.7**	10.23	*11.8**
Prévalence des escarres catégorie 2-4	3.8	3.3	4.0	2.2	1.7	5.9	*4.7**	*7.7**	6.65*
Prévalence nosocomiale des escarres catégorie 1-4	*4.6*	*4.4*	*5.8*	*0.9**	*1.2**	*0.8**	*5.0**	*9.75**	*8.45**
Prévalence nosocomiale des escarres catégorie 2-4	2.0	1.7	2.1	---	---	---	2.4*	8.65*	4.85*
Prévalence totale catégories 2-4 patient-e-s à risques	7.1	6.4	7.7	6.5	6.0	5.9	8.7	6.9*	*11.6**
Prévalence nosocomiale catégories 2-4 patient-e-s à risques	3.6	3.3	4.0	---	---	---	8.5*	8.3*	*8.6**

*valeurs calculées par la BFH sur la base des chiffres indiqués dans le rapport correspondant.
**aucun hôpital universitaire (non participation)

Concernant la prévalence des escarres hors catégorie 1 chez les patient-e-s à risque (Tableau 15), les résultats de la prévalence globale dans les hôpitaux suisses (7,1 %), comparés à la prévalence indiquée dans les publications internationales (entre 6,1 % et 27,6 %), se trouvent dans la partie inférieure (Vangelooven, et al., 2012). Par rapport aux trois dernières mesures LPZ aux Pays-Bas et en Autriche, ce résultat est un peu plus élevé qu'en Autriche et un peu plus bas qu'aux Pays-Bas (Tableau 55). Les résultats des taux de prévalence nosocomiale hors catégorie 1 chez les patient-e-s à risque dans les hôpitaux suisses (3,6 %) sont plus bas que les données des LPZ aux Pays-Bas (8,3 % – 8,6 %) Tableau 55.

Si l'on compare les résultats à ceux de l'année précédente, on remarque une légère augmentation des taux de prévalence descriptifs pour les escarres. Cela concerne principalement les hôpitaux de prise en charge centralisée (hôpitaux universitaires et hôpitaux généraux) ainsi que les hôpitaux de soins de base. Dans les cliniques spécialisées par contre, la prévalence des escarres nosocomiales hors catégorie 1 a légèrement diminué en particulier. Mais dans l'ensemble, ces décalages sont faibles. Par rapport à l'année 2011, les taux de prévalence de la mesure de cette année sont cependant plus bas. Une telle tendance à la baisse pourrait se poursuivre à l'avenir. Au cours des années 2011-2013, les taux de prévalence varient de manière hasardeuse. Si l'on tient compte du fait que les taux étaient relativement bas au niveau international, c'est un résultat réjouissant. Dans la 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 chutes et les caractéristiques spécifiques des patient-e-s de ces établissements.

Concernant les escarres survenues à l'hôpital, la catégorie la plus fréquente est la catégorie 1 avec une part de 50,5 % pour la prévalence nosocomiale. La deuxième catégorie la plus fréquente est la catégorie 2 avec 32,1 %. Ces résultats correspondent aux données des publications internationales (par exemple, Defloor et al., 2008; Gallagher et al., 2008; Halfens, et al., 2011). 10,4 % des escarres nosocomiales (17 % dans les hôpitaux universitaires) tombent dans les catégories 3 à 4. Il est admis que toutes les escarres ne peuvent pas être évitées (Black et al., 2011), mais il pourrait encore y avoir une marge d'amélioration. Concernant la souffrance et les coûts (Chan, Ieraci, Mitsakakis, Pham, & Krahn, 2013; Spetz, Brown, Aydin, & Donaldson, 2013) causés toute l'année par les escarres nosocomiales, cela vaudrait sûrement le coup de se demander à quel point et comment atteindre une diminution des cas d'escarres de catégories 3 et 4. Ceci vaut également pour la qualité des liaisons entre prestataires de services, étant donné que 39,6 % d'escarres étaient déjà présentes avant l'hospitalisation.

Comme l'année précédente, le sacrum et le talon sont les localisations des escarres citées le plus fréquemment. Ces résultats correspondent aux données des publications (Bååth, Idvall, Gunningberg, & Hommel, 2014; Jenkins & O'Neal, 2010; Lohrman, 2010) ainsi qu'aux résultats LPZ aux Pays-Bas (Halfens, et al., 2013). En Autriche, il s'agissait de la tubérosité ischiatique, du sacrum et du talon (Lohrman, 2013).

Le taux de participation de la mesure 2013 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 et le chapitre 5.1) (Kottner, Wilborn, Dassen, & Lahmann, 2009). De plus, on peut supposer avec une probabilité élevée qu'une partie des patient-e-s à risque n'ont pas participé à la mesure, car cette hypothèse a également été confirmée par l'analyse des non-participant-e-s.

7.3 Indicateurs des structures escarres

Les résultats pour les indicateurs des structures des escarres *au niveau de l'hôpital* indiquent dans certains domaines une différence entre les types d'hôpitaux suisses au niveau de la disponibilité de ces indicateurs. Dans la comparaison internationale avec les autres mesures LPZ de ces trois dernières années aux Pays-Bas (Halfens, et al., 2011; Halfens, et al., 2012; Halfens, et al., 2013) et en Autriche (Lohrman, 2011, 2012, 2013), la disponibilité des standards et 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 résultat semblable dans la comparaison internationale (CH : 87,6 % par rapport aux PB 83,9 – 89,5 %, AUT : 91,7 – 100 %). Les résultats pour les personnes compétentes et un groupe spécialisé dans la prise en charge des escarres sont comparables aux résultats autrichiens des trois dernières années (30,3 - 42,9 %) et sont nettement inférieurs aux résultats des deux dernières années aux Pays-Bas (CH 45,7 par rapport à PB 98,45 – 100 %). La disponibilité des formations continues en Suisse (54,3 %) est comparable à l'Autriche (42,4 – 61,9 %), mais elle est inférieure aux Pays-Bas (LPZ 84,2-100 %). Les résultats pour les brochures d'information sont légèrement inférieurs à ceux de l'Autriche (2013), mais restent bien en dessous des valeurs des Pays-Bas sur les deux dernières années (CH 14,5 % par rapport à PB 94,7-98,45 %).

L'observation des indicateurs des structures relatifs aux escarres *au niveau des unités de soins* montre des différences modérées entre les types d'hôpitaux. Au niveau international, les hôpitaux suisses obtiennent des valeurs semblables aux Pays-Bas et à l'Autriche ces trois dernières années pour les informations standardisées en cas de transfert, (CH 89,6 % contre PB 86,0–86,8 %, AUT 97,5-98,4 %), pour la disponibilité de matériel de prévention (CH 97,2 % par rapport aux PB 90,35–98,3 %, AUT 99,2-100 %) et pour le recensement des risques (CH 89,2 % par rapport aux PB 79,45–89 %, AUT 99,2-98,5 %). Cependant, les brochures d'information (CH 9,0 % par rapport aux PB 33,9 –38 %, AUT 19,7-26 %) sont nettement moins disponibles qu'aux Pays-Bas et en Autriche. Les brochures d'information sont très importantes pour pouvoir relever le défi de la décision autonome et de la participation des patient-e-s au traitement (Office fédéral de la santé publique OFSP, 2013). C'est pourquoi il est recommandé de rechercher une amélioration dans ce domaine. De même, la tenue de colloques multidisciplinaires (CH 48,2 % par rapport aux PB 61,4-65,5 %, AUT 68,1-74 %) a été indiquée moins souvent dans les hôpitaux suisses. Ici aussi, une amélioration permettrait d'atteindre des objectifs importants : une collaboration interdisciplinaire est également un élément central des exigences de priorités en matière de politique de santé du Conseil fédéral « Santé 2020 » (OFSP, 2013).

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

7.4.1 Caractéristiques des patient-e-s qui ont chuté

La répartition par sexe des patient-e-s participant-e-s victimes d'une chute diffère légèrement de l'échantillon global. La participation des femmes est plus basse de 2,0 %. Les patient-e-s victimes d'une chute sont en moyenne plus âgé-e-s de 8,6 ans que l'échantillon global. La part des participant-e-s victimes d'une chute qui ont subi une opération dans les deux semaines précédant la mesure, est plus faible d'environ 18,9 % par rapport à l'échantillon global.

En comparant les diagnostics medicaux 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'AVC/hémiparésie (17,1 %), ainsi que la part des patient-e-s souffrant d'une maladie cardiovasculaire (11,7%), est plus importante que dans l'échantillon global. Les maladies de l'appareil génito-urinaires (12,3 % de plus), maladies de l'œil et de ses annexes (11,3 % de plus) et la démence (26,0 % de plus) sont 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 : 83,8 % contre 55,3 % ; besoin d'aide pour les tâches ménagères : 53,1 % contre 31,6 %).

Ces résultats de l'analyse descriptive s'avèrent en partie différents dans l'analyse multivariée. Après ajustement pour de nombreux autres facteurs, le sexe se révèle ne plus présenter un plus grand risque de chute. Comme pour l'escarre, la dépendance aux soins joue un rôle relativement important. Mais ici, seul un rapport linéaire partiel est visible. Le risque de chute augmente jusqu'à la dépendance partielle, 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 diagnostics médicaux 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 grande probabilités d'immobilité du/de la patient-e après l'opération, cette dernière agit comme facteur protecteur des chutes. Les prédicteurs identifiés dans l'analyse présente coïncident à quelques détails près avec les facteurs de risque connus 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

Si l'on compare les résultats de 4,1 % à ceux de 2012, on constate une légère augmentation des taux de prévalence descriptifs. Par rapport à l'année 2011, les taux de prévalence de la mesure de cette année sont cependant un peu plus bas. Une telle tendance à la baisse pourrait se poursuivre dans les mesures futures. Mais dans l'ensemble, ces décalages sont minimes et sont aléatoires. Le taux de prévalence des chutes survenues dans les hôpitaux suisses est relativement élevé pour toutes les années de mesure au niveau international (Vangelooven, et al., 2012), les valeurs collectées le jour de la mesure étant de 1,5 et 3,8 %. Cela vaut notamment aussi pour la comparaison avec les mesures selon la méthode LPZ. Alors que dans les hôpitaux suisses, le taux de prévalence des chutes survenues à l'hôpital est de 4,1 % pour tous les types d'hôpitaux, les derniers résultats disponibles pour les Pays-Bas sont de 0,4 – 1,6 % (Halfens, et al., 2011; Halfens, et al., 2012; Halfens, et al., 2013) et de 2,1 – 3,0 % pour l'Autriche (Lohrman, 2011, 2012, 2013), voir

Tableau 56. Si l'on tient compte du fait que les résultats aux Pays-Bas et en Autriche ont été obtenus avec la même méthode, ceci peut indiquer qu'il faut agir pour améliorer la qualité pour l'indicateur « chute » (voir aussi chapitre **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

Tableau 56 : valeurs comparatives de la prévalence des chutes en Suisse, aux Pays-Bas et en Autriche

	Suisse			Autriche			LPZ Pays Bas		
Taux de prévalence	**2013**	**2012**	**2011**	**2013**	**2012**	**2011**	**2013****	**2012**	**2011**
Prévalence des chutes totale	19.5	18.2	19.8	14.3	15.2	14.8	11.8	17.8	13.2
Prévalence des chutes après l'entrée à l'hôpital	4.1	3.8	4.3	3.0	2.7	2.1	0.4	1.6	1.6*

*valeurs calculées par la BFH sur la base des chiffres indiqués dans le rapport/les documents de LPZ ;
** sans'hôpitaux universitaires (non participation)

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 dernières mesures LPZ aux Pays-Bas et en Autriche. On remarque que les conséquences de chutes minimes (29,0 %) et de gravité moyenne (20,5 %) représentent une part plus importante que chez LPZ (respectivement environ 18,0 % et 13 %). En revanche, les valeurs sont semblables pour les blessures graves (38,6 %) et beaucoup plus basses pour les fractures de la hanche (11,9 %) que dans les LPZ (respectivement 33 à 49 % et 21 à 33 %). La part de blessures graves en Suisse est semblable à l'Autriche (30,1 – 40,6 %), mais la part de fractures de la hanche est plus basse en Autriche qu'en Suisse avec des valeurs entre 6,2 et 8,5 % ces trois dernières années.

7.5 Indicateurs de structure « Chutes »

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

Dans la comparaison internationale des trois dernières mesures LPZ, il faut tenir compte du fait qu'aux Pays-Bas (Halfens, et al., 2011; Halfens et al., 2010; Halfens, et al., 2012; Halfens, et al., 2013), l'échantillon est petit en comparaison avec cinq à neuf institutions participantes et que ces institutions participent volontairement à la mesure. Pour l'Autriche 21 (2011), 33 (2012) et 36 (2013) hôpitaux ont participé à la mesure ces trois dernières années (Lohrman, 2011, 2012, 2013). Dans les hôpitaux suisses, l'enregistrement (décentralisé) des chutes est comparable aux mesures LPZ des trois dernières années aux Pays-Bas, mais il est légèrement inférieur aux trois dernières mesures en Autriche. La transmission d'informations lors du transfert (81,2 %) a plus souvent lieu en Suisse (83,9 %) qu'aux Pays-Bas (54 %), mais un peu moins souvent qu'en Autriche (94 %). Avec 64,5 %, l'existence d'un standard ou d'une directive pour la prévention des chutes est comparable aux Pays-Bas (72,6 %), mais nettement inférieure à l'Autriche, où une moyenne de 95 % des hôpitaux ont considéré cet indicateur comme rempli lors des trois dernières mesures LPZ. De même, les formations à la prévention des chutes et à la mobilisation (respectivement 35,5 et 50,5 %) sont nettement moins proposées en Suisse qu'aux Pays-Bas (65,9 et 80 %) ou qu'en Autriche (73,0 ou 82 %). Les brochures d'information sont nettement plus souvent disponibles aux Pays-Bas (55,6 %) qu'en Suisse ou en Autriche (26,9 % pour les deux).

Concernant les indicateurs des structures sur le thème des chutes *au niveau des unités de soins*, les hôpitaux suisses ont tendance à présenter des valeurs plus basses (autour de 20-25 %) pour tous les indicateurs que les trois dernières mesures aux Pays-Bas et en Autriche. Des valeurs nettement plus basses sont indiquées pour les indicateurs Application du standard vérifié systématiquement. Des valeurs un peu plus basses (d'env. 10 %) apparaissent pour les indicateurs des structures de l'évaluation du risque de chute à l'admission, informations standardisées lors du transfert (chute) et matériel de prévention des chutes disponibles en permanence. Les personnes compétentes sur la prévention des chutes au niveau des unités de soins sont indiqués comme étant plus souvent disponibles en Suisse (33,6 %) qu'en Autriche (16,9 %), mais bien moins souvent qu'aux Pays-Bas (77,2 %). Les brochures d'informations ont une disponibilité comparable aux Pays-Bas (22,9 % par rapport à 19,7 %), mais inférieure à l'Autriche (3,8 %).

Comme dans les résultats internationaux, il y a globalement en Suisse moins d'indicateurs des structures relatifs aux chutes que d'indicateurs des structures relatifs aux escarres. Au vu de la prévalence des chutes élevée dans les hôpitaux suisses par rapport à l'international, il y aurait ici certainement un bon point de départ pour les futurs programmes d'amélioration de la qualité, en particulier en matière de chute. Pour obtenir de meilleurs résultats, il serait préférable d'introduire des mesures au niveau des processus et des structures.

7.6 Comparaison des résultats des hôpitaux ajustés au risque

Pour résumer, on peut constater que les résultats de la comparaison ajustée aux risques révèlent une grande homogénéité pour les trois indicateurs. Seuls quelques hôpitaux se démarquent véritablement de la moyenne globale 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 cette méthode à trouver moins d'écarts statistiques en raison de l'ajustement global.

Une autre explication pourrait résider dans le faible nombre de cas dans chaque hôpital. Comme le suggère par exemple la comparaison des graphiques des hôpitaux universitaires avec les trois autres types d'hôpitaux, les intervalles de confiance à 95 % indiqués pour les résidus sont également influencés par le nombre 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 cas. Cette association des taux de prévalence et du nombre de cas 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 de la collecte le jour de référence (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 aux années précédentes. Le nombre d'hôpitaux identifiés comme « ayant des valeurs aberrantes » varie uniquement pour les escarres de catégories 1 – 4. En 2013, il n'y en a pas eu pour les escarres de catégories 2 – 4, alors qu'il n'y en a eu qu'un les années précédentes. Il n'y en a eu aucun pour les chutes, contrairement aux années précédentes, où un et deux ont été identifiés. Dans l'ensemble, les raisons à cela sont probablement de nature plus méthodique. Pour les chutes, le problème susmentionné de la convergence difficile du modèle statistique doit aussi être pris en compte. Au fil des années, les hôpitaux « ayant des valeurs aberrantes » ne sont généralement pas les mêmes institutions, mais ils changent d'une année de mesure à l'autre (à quelques exceptions près).

Les caractéristiques des patient-e-s utilisées pour l'ajustement des risques se différencient en partie de celles des années précédentes. Cette circonstance se justifie sur le fait que la sélection des variables se renouvelle chaque année et se fonde sur les données correspondantes enregistrées. Ce procédé suit la méthode statistique de la sélection et non la méthode théorique-clinique. Les avantages et inconvénients de cette méthode sont discutés de manière détaillée dans le paragraphe suivant.

7.7 Points forts et point faibles

Il convient de noter qu'avec cette mesure, il s'agit de la troisième mesure à l'échelle de la 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'améliorer la qualité des données, tous les coordinateurs des hôpitaux ont suivi une formation unifiée dispensée par la BFH et des partenaires de coopération. Le contenu des documents de formation des équipes de mesure a été prescrit et structuré et le dossier d'informations/manuel suisse de la mesure élaboré en détails. De plus, un service téléphonique a été mis à disposition en allemand, français et italien la veille et le jour-même de la mesure.

Cette mesure a comme point fort le fait que les instruments de mesure sont les mêmes au niveau international. Comme indiqué au chapitre 4, les instruments de mesure LPZ pour la Suisse ont été développés grâce à d'autres procédures de validation (techniques d'interrogation cognitives et tests psychométriques) (Thomas, 2013; Zürcher, 2012).

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

La participation plutôt faible des patient-e-s peut nuire à la représentativité de l'échantillon (voir chapitre 7.1). Depuis la deuxième mesure, la suppression du consentement écrit a diminué un facteur d'influence sur la faible participation. Les taux de participation n'ont tout de même pas continué d'augmenter et sont très différentes d'une institution à l'autre. Une participation d'au moins 80 % doit être recherchée pour la mesure de la prévalence, car cela augmente la comparabilité des données avec les mesures LPZ et 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. Pour la mesure 2014, il est donc prévu d'intégrer le thème du taux de participation et de non-participation aux réunions de formation. D'après l'analyse des non-particpant-e-s, le « refus » et la « non disponibilité » semblent être les raisons principales de la non participation, des raisons pouvant être influencées positivement par des équipes de mesure « motivantes ».

Un autre point fort de cette méthode est la procédure d'évaluation mise en place après chaque cycle de mesure. Les résultats amènent à des adaptations au niveau de l'organisation de la mesure et des instruments de récolte des résultats en accord avec le groupe de recherche international LPZ. Globalement, l'institut d'analyse nationale (BFH) et la mesure ont aussi été évalués de manière positive par les participant-e-s pour la mesure 2013.

L'analyse par site hospitalier selon la typologie hospitalière de l'office fédéral de la statistique (OFS, 2006) signifie que les établissements, dont le mandat de prestations est varié, ont pu se voir attribuer des types d'hôpitaux différents en fonction du site. Pour l'évaluation, cela signifie que ces résultats

d'analyse ont également été affectés à plusieurs types d'hôpitaux. Par conséquent, les différents mandats de prestations ont pu être pris en compte au niveau des sites hospitaliers (mais pas au niveau de la totalité de l'institution), ce qui a un effet négatif sur le benchmarking. Un benchmarking au niveau de la totalité de l'institution n'est pas toujours possible. Cette imprécision ne peut pas être évitée en raison de la typologie de l'OFS. Elle doit être acceptée en tant que conséquence inévitable de l'utilisation de cette typologie.

Concernant les forces et les faiblesses de l'approche de l'ajustement des résultats au risque et après trois mesures, il faut se demander si l'approche purement statistique utilisée ici contribue davantage à la modélisation. Au cours des mesures, on constate que peu à aucun hôpital divergeant de l'ensemble des hôpitaux n'a pu être identifié. Ceci peut avoir différentes raisons méthodiques, c'est-à-dire la procédure de base de la modélisation et, en lien avec elle, le grand nombre de variables intégrées au modèle.

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

La procédure statistique implique le risque de suradaptation du modèle (Babyak, 2004). Selon ce risque, le modèle statistique est « adapté excessivement », c'est-à-dire qu'il comprend trop de variables et que le résultat est « trop bien » prévu dans une certaine mesure. Ce risque devrait être annulé par la procédure de sélection utilisée AIC, car elle exclut de nombreuses variables.

Cette procédure doit être revue sous plusieurs aspects pour les prochaines mesures. D'une part, d'autres adaptations méthodiques et tests pourraient être effectués afin de minimiser la suradaptation ou même la supprimer. D'autre part, l'adéquation et la pertinence du modèle de risque pourraient être testées d'un point de vue pratique par le biais d'une expertise de soins cliniques. Il pourrait être possible de développer un modèle de risque suisse pour les escarres et les chutes, utilisé tel quel dans les mesures suivantes.

8. Recommandations

Le déroulement des mesures répétées dans le contexte international suggère que les taux de prévalence tendent à être de plus en plus bas (Brown, Donaldson, Burnes Bolton, & Aydin, 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).

En Suisse aussi, les mesures passées (2011 – 2013) ont indiqué globalement une évolution vers une légère diminution de la prévalence. Si l'on compare les résultats des mesures 2012 et 2013, on constate une légère augmentation des taux de prévalence nosocomiale des escarres et chutes. Mais dans l'ensemble, ces décalages sont faibles et non significatifs d'un point de vue statistique. Par rapport à l'année 2011, ces taux de prévalence sont cependant plus bas dans la mesure de cette année. Une telle tendance à la baisse pourrait se poursuivre à l'avenir. Si l'on tient compte du fait que ces taux étaient relativement bas pour la prévalence des escarres au niveau international, c'est un résultat positif. La situation est moins réjouissante pour les chutes survenues en hôpital. Les résultats ajustés au risque pour l'indicateur « chute » sont répartis de manière très homogène entre les hôpitaux suisses, mais ils sont élevés au niveau international. Il faut agir pour améliorer la qualité dans ce domaine.

Au vu des taux de prévalence variables au cours des années 2011 – 2013, il serait recommandable d'effectuer les mesures chaque année à l'avenir. De plus, cette approche permettrait aussi de mettre à disposition des données constantes pour la discussion du DRG (par ex. risque de baisse de la qualité des soins).

Les indicateurs des structures et de processus collectés dans les mesures de la prévalence 2011-2013 peuvent être considérés comme une bonne approche pour des programmes d'amélioration de la qualité futurs. 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 des structures utilisés, la question se pose de savoir à quel point les mesures de prévention et de traitement existantes ou introduites sont effectives et efficaces. Pour éviter les chutes et les blessures dues aux chutes chez les patient-e-s participants n'ayant pas chuté lors de la mesure, les résultats indiquent que chez 24,8 - 49,2 % aucune mesure de prévention des chutes n'a été prise et que chez 88,0 – 88,9 % des participant-e-s aucune mesure de prévention des blessures n'a été prise. En effet, aucune mesure de prévention des blessures n'a été appliquée pour environ 75 % des patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'hospitalisation). Les dernières revues scientifiques indiquent qu'une approche d'intervention multiple est efficace pour la prévention des chutes à l'hôpital (Cameron, et al., 2010; Miake-Lye, Hempel, Ganz, & Shekelle, 2013). Miake-Ly et al. (2013) en particulier ont constaté l'importance de la culture organisationnelle (interlocuteurs et moyens auxiliaires spécialisés, etc.) pour une mise en œuvre réussie d'un programme d'intervention contre les chutes. En tenant en compte qu'une chute en cours d'anamnèse est considérée comme le prédicteur le plus important pour les autres chutes (Frank & Schwendimann, 2008; Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2004; Victorian Government Department of Human Services, 2004), un important potentiel existe donc ici pour le développement de la qualité. Étant donné les taux de prévalence des chutes trop élevés sur trois ans par rapport au niveau international, des interventions doivent être considérées comme une priorité dans ce domaine pour le processus de développement de la qualité des hôpitaux suisses.

Concernant le traitement des blessures liées aux escarres, les résultats de 2013 sont comparables à la mesure 2011 et 2012. 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 à quel point les mesures préventives et le traitement des escarres correspondent respectivement à l'état actuel de la science et à l'évidence actuelle. Environ deux tiers des patient-e-s à risques participant n'ont bénéficié d'aucune mesure de prévention en position assise (c'est presque le double de l'année dernière). De plus, comme l'année précédente, un éventail particulièrement large de produits de traitement des plaies est utilisé pour les escarres de catégorie 1. Comme la peau est intacte pour les escarres de catégorie 1, les directives/recommandations internationales recommandent un soulagement de la pression et des soins de peau immédiats en tant que premières mesures (Defloor et al., 2004; European Pressure Ulcer Advisory Panel 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. C'est pourquoi il faut aussi certainement agir dans ce domaine pour améliorer la qualité, notamment pour l'effectivité et l'efficacité. Concernant la souffrance et les coûts (Chan, et al., 2013; Spetz, et al., 2013) causés toute l'année par les escarres nosocomiales, il faudrait chercher à atteindre une diminution des cas d'escarres de catégories 3 et 4. Concernant la qualité des liaisons entre prestataires de services, il pourrait y avoir un potentiel d'optimisation au vu des 39,6 % d'escarres déjà présentes avant l'hospitalisation.

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. Cette mesure permet une comparaison concrète de l'état théorique/réel avec le niveau de qualité défini en interne, permettant d'acquérir des indications importantes pour la priorisation des processus internes de développement de la qualité.

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

Bibliographie

Amlung, S. R., Miller, W. L., & Bosley, L. M. (2001). The 1999 National Pressure Ulcer Prevalence Survey: a benchmarking approach. Advances in Skin & Wound care, 14(6), 297-301.

Bååth, C., Idvall, E., Gunningberg, L., & Hommel, A. (2014). Pressure-reducing interventions among persons with pressure ulcers: results from the first three national pressure ulcer prevalence surveys in Sweden. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 20(1), 58-65.

Babyak, M. A. (2004). What you see may not be what you get: a brief, nontechnical introduction to overfitting in regression-type models. Psychosom Med, 66(3), 411-421.

Barbut, F., Parzybut, B., Boelle, P. Y., Neyme, D., Farid, R., Kosmann, M. J., & Luquel, L. (2006). [Pressure sores in a university hospital]. Presse Med, 35(5 Pt 1), 769-778.

Baum, S., Rüegg, I., Wyss, C., & Läuchli, S. (2012). Wundversorgung bei Hautblasen - Praxisbeispiele. Wund Management Sonderheft (2), 20-28.

Black, J. M., Edsberg, L. E., Baharestani, M. M., Langemo, D., Goldberg, M., McNichol, L., & Cuddigan, J. (2011). Pressure ulcers: avoidable or unavoidable? Results of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference. [Consensus Development Conference, Practice Guideline]. Ostomy/wound management, 57(2), 24-37.

Bours, G. J., Halfens, R. J. G., Lubbers, M., & Haalboom, J. R. (1999). The development of a national registration form to measure the prevalence of pressure ulcers in The Netherlands. Ostomy/wound management, 45(11), 28-33, 36-28, 40.

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 Gesundheit BAG. (2013). Gesundheit 2020 - Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Direktionsbereich Gesundheitspolitik.

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. (2013, 14.03.2013). Krankenhäuser - IndikatorenHospitalisierungen Retrieved Juni 2013, 2013, from http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/04/01/key/inanspruchnahme.html

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). Retrieved from http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD005465/frame.html?systemMessage=Due+to+system+maintenance%2C+Usage+reports+are+currently+unavailable.

Chan, B., Ieraci, L., Mitsakakis, N., Pham, B., & Krahn, M. (2013). Net costs of hospital-acquired and pre-admission PUs among older people hospitalised in Ontario. Journal of Wound Care, 22(7), 341-346.

Coleman, S., Gorecki, C., Nelson, E. A., Closs, S. J., Defloor, T., Halfens, R., . . . Nixon, J. (2013). Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. International Journal of Nursing Studies, 50(7), 974-1003.

Coleman, S., Nelson, E. A., Keen, J., Wilson, L., McGinnis, E., Dealey, C., . . . Nixon, J. (2014). Developing a pressure ulcer risk factor minimum data set and risk assessment framework. Journal of advanced nursing, n/a-n/a.

Coleman, S., Nixon, J., Keen, J., Wilson, L., McGinnis, E., Dealey, C., . . . Nelson, E. A. (2014). A new pressure ulcer conceptual framework. Journal of advanced nursing, n/a-n/a.

Currie, L. (2008). Chapter 10: Fall and Injury Prevention. In R. G. Hughes (Ed.), Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2653/.

Dassen, T., Tannen, A., & Lahmann, N. (2006). Pressure ulcer, the scale of the problem. In M. Romanelli (Ed.), Science and Praxis of pressure ulcer management London: Springer.

Defloor, T., Gobert, M., Bouzegta, N., Beeckman, D., Vanderwee, K., & Van Durme, T. (2008). Etude de la prévalence des escarres dans les hôpitaux belges 2008, Projet PUMap. Bruxelles: Bruxelles: Service Public Fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Universiteit Gent, Université Catholique de Louvain.

Defloor, T., Herremans, A., Grypdonck, M., De Schuijmer, J., Paquay, L., Schoonhoven, L., . . . Weststraete, J. (2004). Recommandation belge pour la prévention des escarres (Vol. 2). Bruxelles: Santé publique, Securité de la Cheine Alimentaire et Environnement.

Defloor, T., Schoonhoven, L., Fletcher, J., Furtado, K., Lubbers, M., Witherow, A., . . . Verdu, S. J. (n.d.). ePUCLAS 2 Retrieved Juni 2013, 2013, from http://www.puclas.ugent.be/puclas/d/ und

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., Poulose, 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.

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., 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. A. L. M., & Schols, J. M. G. A. (2012). Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Rapportage resultaten 2012. In C. s. f. P. H. a. P. c. Universiteit Maastricht, Department of Health Services Research (Ed.). Maastricht.

Halfens, R. J. G., Van Achterberg, T., & Bal, R. M. (2000). Validity and reliability of the braden scale and the influence of other risk factors: a multi-centre prospective study. [Multicenter Study]. International Journal of Nursing Studies, 37(4), 313-319.

Halfens, R. J. G., van Nie, N. C., Meijers, J. M. M., Meesterberends, E., Neyens, J. C. L., Rondas, A. A. L. M., . . . Schols, J. M. G. A. (2013). Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Rapportage resultaten 2013. In C. s. f. P. H. a. P. c. Universiteit Maastricht, Department of Health Services Research (Ed.). Maastricht.

Iezzoni, L. I. (2013). Conceptual and practical issues in developing risk adjustment methods. In L. I. Iezzoni (Ed.), Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes (4 ed., pp. 195-223). Chicago: Health Administration Press.

Jenkins, M. L., & O'Neal, E. (2010). Pressure ulcer prevalence and incidence in acute care. Adv Skin Wound Care, 23(12), 556-559.

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.

Kuster, B. (2009). Literaturarbeit und Expertinnen/Experten-Bewertung für relevante Qualitätsindikatoren Pflege. Bern: Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. (2004). Richtlijn: Preventie van valincidenten bij ouderen. Retrieved from

Läuchli, S., Signer, M., & Keller-Preisig, C. (2012). Wundkompendium der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung

Lohrman, C. (2010). Europäische Pflegequalitätserhebung: 13. April 2010. Graz: Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft.

Lohrman, C. (2011). Europäische Pflegequalitätserhebung: 5. April 2011. Graz: Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft.

Lohrman, C. (2012). Europäische Pflegequalitätserhebung: 17. April 2012. Graz: Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft.

Lohrman, C. (2013). Europäische Pflegequalitätserhebung: 9. April 2013. Graz: Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft.

Lovaglio, P. G. (2012). Benchmarking strategies for measuring the quality of healthcare: problems and prospects. TheScientificWorldJournal, 2012, 606154.

LPZ Maastricht. (2012). Messhandbuch und Begleitdokumente LPZ, Messzyklus 2011 Maastricht: Universiteit Maastricht, CAPHRI school for Public Health and Primary care, Department of Health Services Research.

Meddings, J. A., Reichert, H., Hofer, T., & McMahon, L. F., Jr. (2013). Hospital report cards for hospital-acquired pressure ulcers: how good are the grades? [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Validation Studies]. Annals of internal medicine, 159(8), 505-513.

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., Research Support, U.S. Gov't, P.H.S., Review]. Annals of internal medicine, 158(5 Pt 2), 390-396.

Neyens, J. (2007). Fall prevention in psychogeriatric nursing home residents. PhD, Maastricht University, Maastricht.

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2013). Santé2020. Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral. Berna: Office fédéral de la santé publique (OFSP), Unité de direction Politique de la santé.

Oliver, D., Daly, F., Martin, F. C., & McMurdo, M. E. T. (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: A systematic review. Age and Ageing, 33, 122-130.

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), 884-893.

Signer, M., Keller-Preisig, C., & Läuchli, S. (2012). Wundauflagen. Wund Managment Sonderheft (3/2012), 40-43.

Spetz, J., Brown, D. S., Aydin, C., & Donaldson, N. (2013). The value of reducing hospital-acquired pressure ulcer prevalence: an illustrative analysis.

Research Support, Non-U.S. Gov't]. The Journal of nursing administration, 43(4), 235-241.

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

The University of Kansas School of Nursing. (n.d.). Guidelines for Data Collection and Submission on Quarterly Indicators: Nursing-Sensitive Quality Indicator (NSQI): User's Manual Retrieved from http://www.wsha.org/files/127/NSQI%20Binder.pdf.

Thomas, K. (2013). Schweizer Prävalenzerhebung in Gesundheitsinstitutionen: Inhaltsvalidierung des Fragebogens Sturz der Messmethode LPZ in den drei Landessprachen Deutsch, Italienisch und Französisch. Master Thesis Berner Fachhochschule, 2013 Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Pflege Bern.

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 Nie, N. C., Schols, J. M. G. A., Meesterberends, E., Lohrmann, C., Meijers, J. M. M., & Halfens, R. J. G. (2013). An international prevalence measurement of care problems: study protocol. Journal of advanced nursing, 69(9), e18-29.

Vangelooven, C., Kunz, S., Richter, D., Zürcher, S., Grossmann, N., Blaettler, T., & Hahn, S. (2014). Mesure nationale de la prévalence, Module escarres enfants: Rapport Comparatif National de la mesure 2013. Bern: 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.

Vangelooven, C., Richter, D., & Hahn, S. (2012). Mesure nationale de la prévalence chutes et escarres. Rapport final de la mesure 2011. Berne: Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), Haute école spécialisée bernoise (BFH), Section Santé, recherche appliquée et développement Soins.

Vangelooven, C., Richter, D., Kunz, S., Grossmann, N., & Hahn, S. (2013). Mesure nationale de la prévalence chutes et escarres. Rapport final de la mesure 2012. Berne: Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), Haute école spécialisée bernoise (BFH), Section Santé, recherche appliquée et développement Soins.

Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland. (2011). Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandelling. Utrecht.

Victorian Government Department of Human Services. (2004). Minimising the Risk of Falls and Fall-related Injuries. Guidelines for Acute, Sub-acute and Residential Care Settings. Melbourne Victoria: Victorian Government Department of Human Services.

Von Siebenthal, D., & Baum, S. (2012). Dekubitus: Epidemiologie, Definition und Prävention. Wundmanagement, Supplement (3), 20-27.

Wann-Hanson, C., Hagell, P., & Willman, A. (2008). Risk factors and prevention among patients with hospital-acquired and pre-existing pressure ulcers in an acute care hospital. Journal of Clinical Nursing, 17, 1718-1727.

White, P., McGillis Hall, l., & Lalonde, M. (2011). Adverse Patient Outcomes In D. M. Doran (Ed.), Nursing Outcomes. The state of the science. (second ed.). Sudbury MA: Jones & Bartlett Learning.

Zürcher, S. (2012). Psychometrische Überprüfung der Pflegeabhängigkeitsskala (CDS). Bachelor Thesis Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit, Pflege, Bern

Annexe

Figure 27 : non-participation par tranche d'âge et sexe selon l'enquêtea en ligne de la BFH

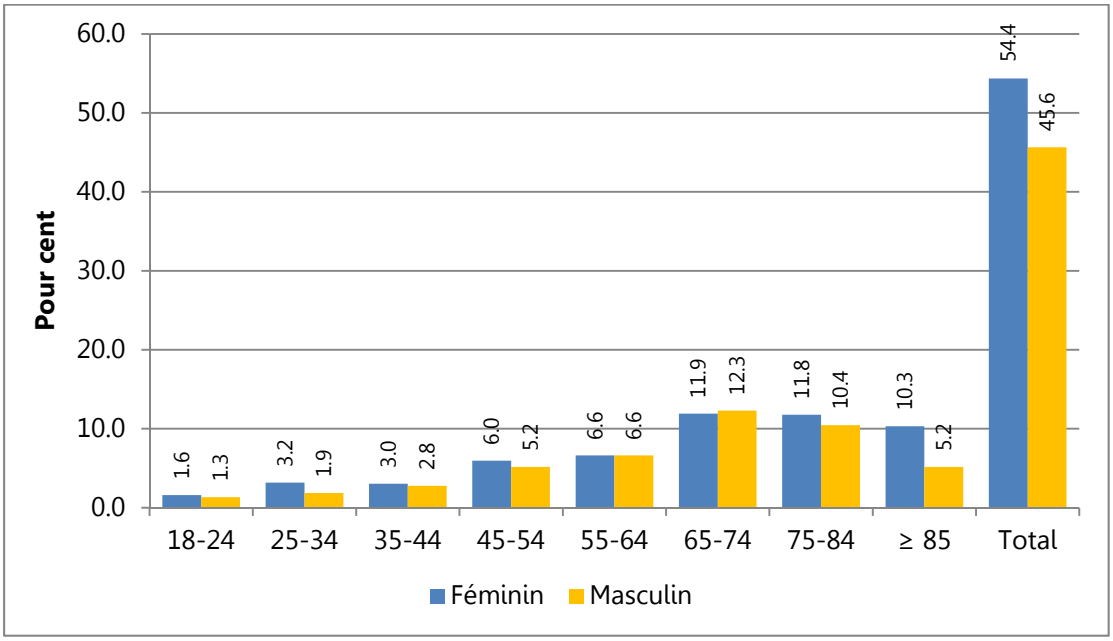


Figure 28 : raisons de la non-participation selon l'enquête en ligne pour les non-participants

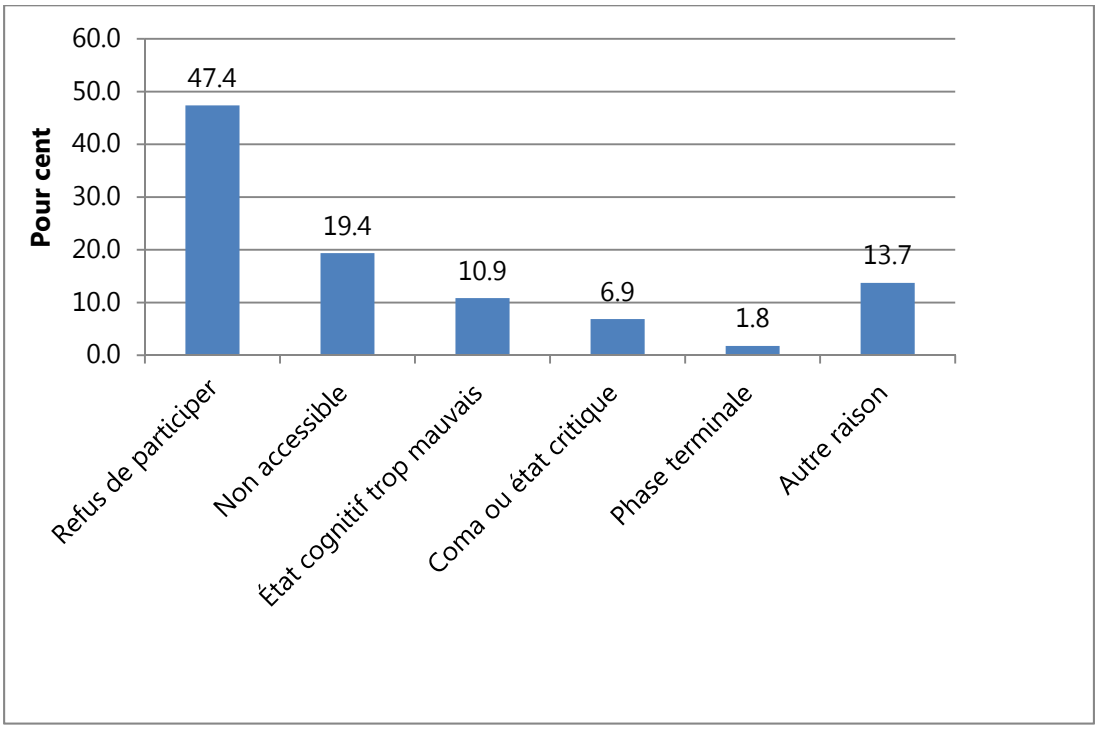


Figure 29 : raison de la non-participation (ensemble de données LPZ)

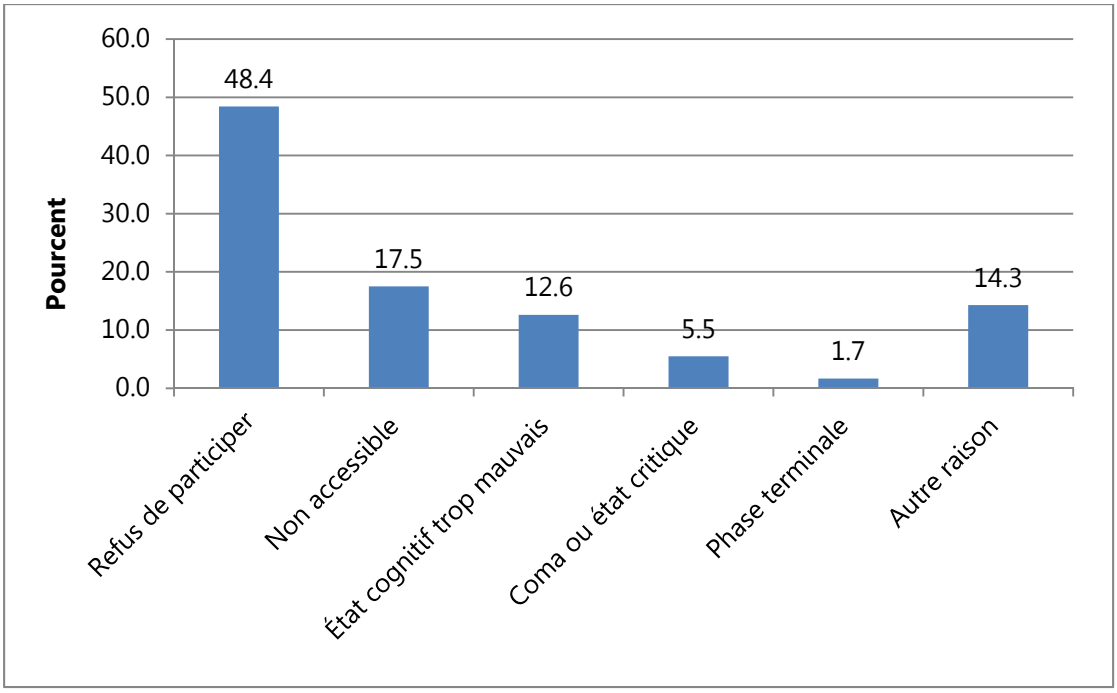


Tableau 57: taux de réponse au niveau des sites hospitaliers

Hôpital	Participation non	Participation oui
Numéro	n (%)	n (%)
1	65 (31.1)	144 (68.9)
2	22 (24.7)	67 (75.3)
3	3 (8.8)	31 (91.2)
4	15 (35.7)	27 (64.3)
5	2 (9.1)	20 (90.9)
6	129 (35.9)	230 (64.1)
7	0 (0.0)	9 (100.0)
8	14 (25.9)	40 (74.1)
9	32 (31.1)	71 (68.9)
10	28 (19.3)	117 (80.7)
11	5 (12.5)	35 (87.5)
12	32 (28.8)	79 (71.2)
13	5 (14.3)	30 (85.7)
14	20 (22.2)	70 (77.8)
15	28 (17.4)	133 (82.6)
16	64 (24.1)	202 (75.9)
17	54 (27.3)	144 (72.7)
18	14 (28.0)	36 (72.0)
19	9 (21.4)	33 (78.6)
20	17 (35.4)	31 (64.6)
21	10 (16.4)	51 (83.6)
22	32 (56.1)	25 (43.9)
23	2 (13.3)	13 (86.7)
24	33 (28.7)	82 (71.3)
25	93 (25.1)	278 (74.9)
26	16 (17.8)	74 (82.2)
27	8 (10.4)	69 (89.6)
28	40 (24.4)	124 (75.6)
29	47 (29.6)	112 (70.4)
30	9 (18.4)	40 (81.6)
31	50 (26.6)	138 (73.4)
32	14 (45.2)	17 (54.8)
33	2 (4.3)	45 (95.7)
34	6 (12.0)	44 (88.0)
35	26 (34.2)	50 (65.8)
36	2 (15.4)	11 (84.6)
37	14 (20.6)	54 (79.4)
38	113 (20.1)	449 (79.9)
39	27 (43.5)	35 (56.5)
40	39 (22.2)	137 (77.8)

Hôpital	Participation non	Participation oui
Numéro	n (%)	n (%)
41	6 (40.0)	9 (60.0)
42	7 (26.9)	19 (73.1)
43	32 (32.7)	66 (67.3)
44	13 (9.5)	124 (90.5)
45	14 (25.9)	40 (74.1)
46	43 (19.3)	180 (80.7)
47	18 (33.3)	36 (66.7)
48	34 (19.4)	141 (80.8)
49	102 (42.7)	137 (57.3)
50	19 (18.3)	85 (81.7)
51	7 (19.4)	29 (80.6)
52	5 (14.7)	29 (85.3)
53	19 (28.4)	48 (71.6)
54	14 (25.0)	42 (75.0)
55	16 (47.1)	18 (52.9)
56	2 (20.0)	8 (80.0)
57	2 (22.2)	7 (77.8)
58	17 (39.5)	26 (60.5)
59	156 (27.4)	414 (72.6)
60	69 (27.0)	187 (73.0)
61	101 (27.5)	266 (72.5)
62	19 (27.5)	50 (72.5)
63	6 (14.3)	36 (85.7)
64	9 (30.0)	21 (70.0)
65	6 (9.1)	60 (90.9)
66	6 (22.2)	21 (77.8)
67	0 (0.0)	4 (100.0)
68	154 (31.7)	332 (68.3)
69	16 (34.8)	30 (65.2)
70	12 (27.9)	31 (72.1)
71	64 (34.8)	120 (65.2)
72	67 (28.6)	167 (71.4)
73	5 (21.7)	18 (78.3)
74	34 (40.0)	51 (60.0)
75	17 (37.8)	28 (62.2)
76	0 (0.0)	4 (100.0)
77	2 (14.3)	12 (85.7)
78	22 (22.2)	77 (77.8)
79	9 (10.8)	74 (89.2)
80	3 (7.9)	35 (92.1)
81	5 (50.0)	5 (50.0)

Hôpital	Participation non	Participation oui
Numéro	n (%)	n (%)
82	41 (26.1)	116 (73.9)
83	127 (26.7)	349 (73.3)
84	16 (23.5)	52 (76.5)
85	18 (26.5)	50 (73.5)
86	0 (0.0)	28 (100.0)
87	9 (39.1)	14 (60.9)
88	20 (23.3)	66 (76.7)
89	24 (21.4)	88 (78.6)
90	53 (42.4)	72 (57.6)
91	53 (36.3)	93 (63.7)
92	10 (18.2)	45 (81.8)
93	13 (48.1)	14 (51.9)
94	36 (32.1)	76 (67.9)
95	4 (22.2)	14 (77.8)
96	14 (43.8)	18 (56.3)
97	19 (16.1)	99 (83.9)
98	0 (0.0)	12 (100.0)
99	29 (53.7)	25 (46.3)
100	12 (28.6)	30 (71.4)
101	16 (28.1)	41 (71.9)
102	22 (24.2)	69 (75.8)
103	9 (23.7)	29 (76.3)
104	3 (12.0)	22 (88.0)
105	41 (35.7)	74 (64.3)
106	7 (17.5)	33 (82.5)
107	12 (54.5)	10 (45.5)
108	92 (38.5)	147 (61.5)
109	37 (35.2)	68 (64.8)
110	24 (30.0)	56 (70.0)
111	6 (27.3)	16 (72.7)
112	10 (8.2)	112 (91.8)
113	33 (40.2)	49 (59.8)
114	2 (7.1)	26 (92.9)
115	3 (7.1)	39 (92.9)
116	2 (15.4)	11 (94.6)
117	3 (14.3)	18 (85.7)
118	29 (30.5)	66 (69.5)
119	3 (11.5)	23 (88.5)
120	0 (0.0)	1 (100.0)
121	19 (33.9)	37 (66.1)
122	6 (40.0)	9 (60.0)

Hôpital	Participation non	Participation oui
Numéro	n (%)	n (%)
123	2 (4.8)	40 (95.2)
124	71 (33.0)	144 (67.0)
125	10 (17.2)	48 (82.8)
126	19 (30.6)	43 (69.4)
127	0 (0.0)	22 (100.0)
128	115 (19.8)	466 (80.2)
129	20 (28.2)	51 (71.8)
130	157 (25.6)	456 (74.4)
131	13 (26.0)	37 (74.0)
132	27 (31.0)	60 (69.0)
133	5 (22.7)	17 (77.3)
134	105 (46.3)	122 (53.7)
135	9 (32.1)	19 (67.9)
136	96 (36.1)	170 (63.9)
137	4 (16.0)	21 (84.0)
138	0 (0.0)	3 (100.0)
139	30 (14.9)	172 (85.1)
140	5 (9.8)	46 (90.2)
141	26 (21.1)	97 (78.9)
142	9 (34.6)	17 (65.4)
143	16 (37.2)	27 (62.8)
144	14 (9.6)	132 (90.4)
145	6 (5.3)	107 (94.7)
146	0 (0.0)	12 (100.0)
147	33 (31.4)	72 (68.6)
148	0 (0.0)	9 (100.0)
149	26 (25.0)	78 (75.0)
150	0 (0.0)	40 (100.0)
151	45 (39.8)	68 (60.2)
152	0 (0.0)	8 (100.0)
153	0 (0.0)	7 (100.0)
154	1 (5.3)	18 (94.7)
155	30 (28.0)	77 (72.0)
156	11 (14.9)	63 (85.1)
157	13 (48.1)	14 (51.9)
158	163 (25.3)	480 (74.7)
159	36 (24.0)	114 (76.0)
160	11 (16.9)	54 (83.1)
161	44 (30.3)	101 (69.7)
162	0 (0.0)	4 (100.0)
163	39 (37.1)	66 (62.9)

Hôpital	Participation non	Participation oui
Numéro	n (%)	n (%)
164	0 (0.0)	9 (100.0)
165	0 (0.0)	10 (100.0)
166	6 (28.6)	15 (71.4)
167	61 (61.0)	39 (39.0)
168	0 (0.0)	12 (100.0)
169	11 (12.1)	80 (87.9)
170	0 (0.0)	10 (100.0)
171	8 (30.8)	18 (69.2)
172	14 (36.4)	39 (73.6)
173	6 (14.0)	37 (86.0)
174	9 (90.0)	1 (10.0)
175	36 (22.9)	121 (77.1)
176	0 (0.0)	4 (100.0)
177	6 (14.3)	36 (85.7)
178	9 (32.1)	19 (67.9)
179	7 (16.3)	36 (83.7)
180	1 (3.3)	29 (96.7)
181	16 (21.3)	59 (78.7)
182	4 (66.7)	2 (33.3)
183	3 (37.5)	5 (62.5)
184	3 (25.0)	9 (75.0)
185	0 (0.0)	9 (100.0)
186	0 (0.0)	1 (100.0)
187	2 (100.0)	0 (0.0)

Tableau 58: 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 12 à 16)

Numéro de l'hôpital	Résidu	Intervalle de confiance supérieur	Intervalle de confiance inférieur
1	-0.4237131	0.27076244	-1.1181886
2	-0.3123372	0.55125409	-1.1759284
3	-0.1708873	0.81487675	-1.1566514
4	-0.2106555	0.75950573	-1.1808168
5	0.15053286	1.15493478	-0.8538691
6	-0.6185785	0.11936265	-1.3565196
7	-0.0903687	0.92744201	-1.1081794
8	0.11314103	1.09687749	-0.8705954
9	0.13625704	0.96825777	-0.6957437
10	0.41120902	1.10630748	-0.2838894
11	-0.3053367	0.63509959	-1.2457729
12	-0.1069035	0.67818695	-0.8919939
13	-0.2534726	0.70454136	-1.2114865
14	0.1427393	0.9313522	-0.6458736
15	-0.11228	0.58395627	-0.8085164
16	-0.2425883	0.3880899	-0.8732665
17	-0.0852456	0.5876504	-0.7581415
18	-0.1791013	0.80162965	-1.1598323
19	-0.051649	0.87906761	-0.9823655
20	-0.2519915	0.70553735	-1.2095204
21	0.22132125	1.0815464	-0.6389039
22	0.04807885	1.01152672	-0.915369
23	-0.0532314	0.98072132	-1.0871841
24	-0.255449	0.61124676	-1.1221448
25	-0.0912546	0.47793236	-0.6604415
26	-0.0784194	0.72262107	-0.8794599
27	-0.4803991	0.33922684	-1.300025
28	-0.0782091	0.65891644	-0.8153346
29	-0.1696412	0.56036565	-0.899648
30	0.34321225	1.23003465	-0.5436102
31	-0.3163268	0.48073915	-1.1133928
32	-0.1213589	0.88229467	-1.1250124
33	0.235303	1.0362673	-0.5656613
34	-0.437693	0.46007815	-1.3354641
35	0.01771734	0.88774733	-0.8523126
36	-0.0737098	0.95307344	-1.100493
37	-0.4005256	0.5076865	-1.3087378
38	0.54085761	0.9013128	0.18040243

Numéro de l'hôpital	Résidu	Intervalle de confiance supérieur	Intervalle de confiance inférieur
39	-0.3804138	0.54159006	-1.3024177
40	-0.2336903	0.48097146	-0.9483521
41	-0.1375799	0.86377162	-1.1389313
42	-0.0611338	0.96866268	-1.0909303
43	0.27606106	0.99942786	-0.4473057
44	-0.7084865	0.06692511	-1.4838981
45	0.70377553	1.60679764	-0.1992466
46	-0.2393443	0.47265591	-0.9513446
47	-0.0940507	0.82473024	-1.0128316
48	0.17146665	0.7878074	-0.4448741
49	-0.3890994	0.30694774	-1.0851465
50	0.60170865	1.32493055	-0.1215132
51	-0.1168367	0.88847882	-1.1221523
52	-0.0144133	0.93176276	-0.9605893
53	0.52444744	1.45551336	-0.4066185
54	-0.3431782	0.5877077	-1.2740641
55	-0.069189	0.95713125	-1.0955092
56	-0.0400234	0.99971319	-1.0797601
57	-0.0506786	0.98520099	-1.0865582
58	0.14621504	1.14430369	-0.8518736
59	0.06599124	0.5097744	-0.3777919
60	0.25869018	0.86299241	-0.345612
61	0.41181591	0.91110414	-0.0874723
62	-0.137574	0.85841912	-1.133567
63	0.10818958	1.09471732	-0.8783382
64	0.71590859	1.6334517	-0.2016345
65	0.26214191	1.12216744	-0.5978836
66	0.3692131	1.34590983	-0.6074836
67	-0.010592	1.04365526	-1.0648393
68	-0.502525	0.08988804	-1.0949381
69	0.16629973	1.08538285	-0.7527834
70	-0.2051668	0.76671749	-1.1770511
71	-0.3680486	0.47100249	-1.2070998
72	-0.2654562	0.48812026	-1.0190327
73	-0.1063753	0.90400131	-1.1167518
74	0.76163262	1.56627554	-0.0430103
75	-0.0926376	0.82611478	-1.01139
76	-0.0907564	0.93052819	-1.112041
77	-0.0227742	1.02521954	-1.070768
78	0.75250155	1.41037226	0.09463084
79	-0.3548433	0.50449947	-1.214186

Numéro de l'hôpital	Résidu	Intervalle de confiance supérieur	Intervalle de confiance inférieur
80	-0.2659906	0.68741122	-1.2193925
81	0.23207638	1.26866624	-0.8045135
82	0.06978049	0.76772621	-0.6281652
83	0.69445962	1.05661893	0.33230031
84	-0.2834538	0.47774172	-1.0446494
85	0.55972415	1.3708595	-0.2514112
86	-0.0255486	0.91433548	-0.9654328
87	0.32992119	1.29743516	-0.6375928
88	-0.0946099	0.75727747	-0.9464973
89	-0.4037196	0.37874487	-1.1861841
90	-0.1297551	0.71157029	-0.9710805
91	-0.2101203	0.61146769	-1.0317083
92	-0.0663365	0.79377656	-0.9264495
93	-0.1564134	0.83513959	-1.1479663
94	0.21532948	1.06439622	-0.6337373
95	-0.1075278	0.90316579	-1.1182213
96	-0.1121328	0.89664578	-1.1209114
97	-0.329852	0.51905045	-1.1787544
98	-0.0493482	0.98641436	-1.0851107
99	-0.1545716	0.74959739	-1.0587407
100	0.08214431	1.05708365	-0.892795
101	0.0011826	0.94676654	-0.9444013
102	0.66721416	1.45327938	-0.1188511
103	0.32102665	1.20591602	-0.5638627
104	-0.1573146	0.83324726	-1.1478764
105	-0.0521104	0.81518436	-0.9194052
106	-0.138322	0.76409808	-1.0407421
107	0.19012345	1.20886339	-0.8286165
108	-0.2137662	0.38417262	-0.8117049
109	-0.3074141	0.55309695	-1.1679251
110	-0.059073	0.86872648	-0.9868726
111	-0.1320978	0.8682812	-1.1324767
112	0.15034842	0.85866803	-0.5579712
113	0.2327894	1.0895673	-0.6239885
114	0.11159547	1.09711619	-0.8739252
115	-0.0145699	0.92523916	-0.9543789
116	0.21058042	1.23700078	-0.8158399
117	-0.0807784	0.94129282	-1.1028497
118	-0.1132768	0.73411497	-0.9606686
119	0.52351457	1.46136248	-0.4143333
120	0.23163675	1.27129076	-0.8080173

Numéro de l'hôpital	Résidu	Intervalle de confiance supérieur	Intervalle de confiance inférieur
121	0.22013643	1.14621976	-0.7059469
122	-0.0309754	1.01312003	-1.0750708
123	0.00316182	0.87279418	-0.8664705
124	0.28877217	0.87888259	-0.3013383
125	0.03086434	0.8486657	-0.786937
126	0.14302811	1.04891852	-0.7628623
127	-0.1081307	0.90145234	-1.1177137
128	0.53183883	0.85209906	0.21157861
129	-0.4707817	0.41976583	-1.3613292
130	-0.2244739	0.23653401	-0.6854818
131	-0.1227064	0.78806293	-1.0334756
132	0.20013522	0.91514204	-0.5148716
133	-0.0849943	0.84201985	-1.0120085
134	-0.5408458	0.32367212	-1.4053637
135	-0.1440793	0.85060015	-1.1387587
136	0.15389687	0.70836347	-0.4005697
137	-0.2998262	0.65811765	-1.2577701
138	-0.0107068	1.04348416	-1.0648978
139	0.39670581	0.93705761	-0.143646
140	-0.0064448	0.86144333	-0.8743329
141	0.25385767	0.93777162	-0.4300563
142	0.1356822	1.13166806	-0.8603037
143	0.06559981	0.95574911	-0.8245495
144	-0.3928715	0.34049991	-1.126243
145	-0.3844469	0.39629632	-1.1651902
146	-0.0139741	1.03844428	-1.0663924
147	0.26833192	1.0698553	-0.5331915
148	-0.0278143	1.01793545	-1.0735641
149	-0.1342071	0.70440929	-0.9728235
150	0.25113136	1.19307619	-0.6908135
151	0.48345017	1.23907137	-0.272171
152	-0.0419761	0.99765785	-1.0816101
153	-0.0417938	0.99726766	-1.0808552
154	-0.1612943	0.74427696	-1.0668655
155	-0.3478486	0.50297007	-1.1986673
156	-0.2547422	0.61521593	-1.1247003
157	-0.0917117	0.92523473	-1.1086581
158	0.11850861	0.52592635	-0.2889091
159	-0.239632	0.52172072	-1.0009847
160	-0.2172619	0.66714641	-1.1016703
161	-0.073203	0.77444057	-0.9208465

Numéro de l'hôpital	Résidu	Intervalle de confiance supérieur	Intervalle de confiance inférieur
162	-0.0172283	1.03370027	-1.0681569
163	-0.1990987	0.6848233	-1.0830208
164	-0.0172804	1.03347811	-1.0680388
165	0.11776659	1.11027047	-0.8747373
166	0.51624519	1.45590609	-0.4234157
167	-0.2328971	0.73320554	-1.1989997
168	-0.0544156	0.97885874	-1.0876898
169	0.70300299	1.35273218	0.0532738
170	0.27155817	1.32645738	-0.7833411
171	-0.0890928	0.84422217	-1.0224077
172	0.02962071	0.90756029	-0.8483189
173	0.16147576	1.07609747	-0.7531459
174	-0.0078773	1.04781372	-1.0635683
175	0.64729404	1.2881732	0.00641489
176	-0.0558476	0.97836144	-1.0900566
177	-0.115223	0.89053579	-1.1209817
178	-0.3568952	0.5702537	-1.2840441
179	1.01951945	1.72509116	0.31394774
180	-0.1709951	0.75303383	-1.095024
181	-0.1242039	0.6605426	-0.9089503
182	-0.04534	0.99346576	-1.0841457
183	0.20325075	1.22793876	-0.8214373
184	-0.0374879	1.0035449	-1.0785207
185	-0.0383967	1.00261062	-1.0794039
186	-0.0017202	1.05706393	-1.0605043

Tableau 59 : 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 17 à 21)

Numéro de l'hôpital	Résidu	Intervalle de confiance supérieur	Intervalle de confiance inférieur
1	-0.0446002	0.43732386	-0.5265243
2	-0.0719115	0.4463328	-0.5901558
3	-0.0167557	0.51395245	-0.5474638
4	-0.0290571	0.49864286	-0.5567572
5	0.05910628	0.59095525	-0.4727427
6	-0.1159649	0.37735028	-0.6092801
7	-0.0155722	0.51546202	-0.5466063
8	-0.0114855	0.52049547	-0.5434664
9	0.00849494	0.52817365	-0.5111838
10	0.03062356	0.53928703	-0.4780399
11	-0.0419507	0.4831129	-0.5670144
12	-0.120052	0.38776451	-0.6278685
13	-0.0323819	0.49462956	-0.5593933
14	0.17919859	0.69052884	-0.3321317
15	0.04547183	0.53008665	-0.439143
16	0.06517309	0.53333539	-0.4029892
17	0.01195641	0.50344549	-0.4795327
18	-0.0197793	0.51014369	-0.5497022
19	-0.0330227	0.49367609	-0.5597216
20	-0.0282909	0.49960577	-0.5561875
21	0.09107741	0.61346366	-0.4313088
22	0.04746335	0.57637065	-0.481444
23	-0.0063322	0.52701927	-0.5396837
24	0.01511495	0.53592925	-0.5056993
25	-0.1164963	0.35182726	-0.5848199
26	0.02797524	0.5375726	-0.4816221
27	-0.0765172	0.42633861	-0.5793731
28	0.1213364	0.619425	-0.3767522
29	-0.0570735	0.44816101	-0.5623081
30	0.03951673	0.56643467	-0.4874012
31	-0.0449347	0.46367396	-0.5535434
32	-0.0112132	0.52086004	-0.5432864
33	0.0368566	0.54707045	-0.4733573
34	-0.0601912	0.46009722	-0.5804796
35	-0.0502411	0.47248155	-0.5729638
36	-0.0064224	0.5269189	-0.5397637
37	-0.0556202	0.46568818	-0.5769285
38	0.15581551	0.56068665	-0.2490556

Numéro de l'hôpital	Résidu	Intervalle de confiance supérieur	Intervalle de confiance inférieur
39	-0.0635797	0.45694548	-0.5841048
40	-0.0516897	0.44088791	-0.5442673
41	-0.0122285	0.51967564	-0.5441327
42	-0.0045712	0.52922295	-0.5383653
43	-0.0487006	0.45980506	-0.5572062
44	-0.1282411	0.36447366	-0.6209559
45	0.12117875	0.65052558	-0.4081681
46	-0.0942587	0.40317286	-0.5916902
47	0.03264663	0.55796567	-0.4926724
48	0.14350529	0.62018548	-0.3331749
49	-0.1870291	0.3070097	-0.6810678
50	0.19181621	0.70454615	-0.3209137
51	-0.0098675	0.5225479	-0.5422829
52	0.02716135	0.55171346	-0.4973908
53	0.12186133	0.65135377	-0.4076311
54	-0.0512039	0.47172755	-0.5741354
55	-0.0066114	0.52665501	-0.5398777
56	-0.0035565	0.53050837	-0.5376213
57	-0.0038663	0.53012973	-0.5378624
58	-0.0091565	0.52344304	-0.541756
59	0.04816721	0.47836865	-0.3820342
60	-0.0150154	0.47167395	-0.5017048
61	0.19321322	0.64585972	-0.2594333
62	-0.0120309	0.51981094	-0.5438727
63	0.05747224	0.58883978	-0.4738953
64	-0.0197382	0.51024698	-0.5497234
65	-0.0404144	0.48438862	-0.5652173
66	0.1304933	0.66220517	-0.4012186
67	-0.0017998	0.53272759	-0.5363272
68	-0.0731742	0.37936839	-0.5257169
69	0.09905465	0.62383826	-0.425729
70	-0.0231363	0.50596429	-0.5522369
71	-0.017157	0.49635193	-0.530666
72	0.06025805	0.56098475	-0.4404687
73	-0.009754	0.52269906	-0.5422071
74	-0.0505101	0.47249351	-0.5735138
75	-0.0383722	0.48710094	-0.5638453
76	-0.0082111	0.52471684	-0.5411391
77	-0.0021776	0.53224853	-0.5366038
78	0.06616597	0.56799136	-0.4356594
79	-0.1050358	0.40698233	-0.617054

Numéro de l'hôpital	Résidu	Intervalle de confiance supérieur	Intervalle de confiance inférieur
80	-0.0454387	0.47875794	-0.5696354
81	-0.0031032	0.53108541	-0.5372917
82	-0.1030696	0.3943152	-0.6004544
83	0.10730839	0.52734491	-0.3127281
84	-0.0096585	0.49161953	-0.5109366
85	-0.0421757	0.48222714	-0.5665786
86	0.03857582	0.56549608	-0.4883444
87	-0.0148354	0.51636706	-0.5460379
88	0.06191893	0.57798882	-0.454151
89	-0.0713611	0.43143016	-0.5741523
90	-0.0174563	0.4972581	-0.5321706
91	-0.0272223	0.48550129	-0.539946
92	-0.0049739	0.51265152	-0.5225993
93	-0.0158821	0.51505838	-0.5468226
94	0.08641542	0.6073909	-0.43456
95	-0.0140485	0.51736164	-0.5454586
96	-0.0114116	0.52064419	-0.5434674
97	-0.0732071	0.44385935	-0.5902735
98	-0.0046829	0.52910296	-0.5384687
99	0.01739575	0.53927965	-0.5044882
100	-0.0152764	0.51578165	-0.5463345
101	-0.0250379	0.50353016	-0.553606
102	0.12880774	0.64473607	-0.3871206
103	0.03752743	0.56409448	-0.4890396
104	-0.0156502	0.51531663	-0.5466171
105	0.05498399	0.57055147	-0.4605835
106	-0.0361698	0.4896631	-0.5620028
107	-0.0077716	0.52521956	-0.5407628
108	-0.1725087	0.28788534	-0.6329028
109	-0.083739	0.43143832	-0.5989164
110	-0.0303403	0.4970483	-0.5577288
111	-0.0115418	0.520463	-0.5435467
112	0.11049977	0.60795987	-0.3869603
113	-0.0523606	0.46987666	-0.5745978
114	-0.0136215	0.51784767	-0.5450907
115	-0.0276844	0.50024899	-0.5556177
116	-0.0049401	0.5287658	-0.5386461
117	-0.0077673	0.52523488	-0.5407694
118	-0.0110484	0.5046388	-0.5267357
119	0.18548006	0.71338451	-0.3424244
120	-0.0033024	0.53086425	-0.537469

Numéro de l'hôpital	Résidu	Intervalle de confiance supérieur	Intervalle de confiance inférieur
121	0.0479915	0.57693432	-0.4809513
122	-0.0015918	0.5329891	-0.5361727
123	0.00742356	0.52702634	-0.5121792
124	0.02801173	0.51098885	-0.4549654
125	-0.0885232	0.42649543	-0.6035419
126	-0.0344489	0.49191599	-0.5608139
127	-0.0099983	0.52239513	-0.5423918
128	0.30643919	0.67575556	-0.0628772
129	-0.0827549	0.43281427	-0.5983241
130	-0.1009501	0.31490237	-0.5168025
131	-0.0390712	0.48621707	-0.5643594
132	-0.1130027	0.38266251	-0.6086679
133	0.01067173	0.53151624	-0.5101728
134	-0.0810857	0.43409432	-0.5962658
135	-0.0204402	0.50938476	-0.5502651
136	-0.1385535	0.33792348	-0.6150305
137	-0.0421424	0.48381868	-0.5681035
138	-0.0007351	0.53407389	-0.5355441
139	0.07314243	0.55009871	-0.4038138
140	0.01413793	0.53516114	-0.5068853
141	0.03297273	0.52891228	-0.4629668
142	0.05737953	0.58878838	-0.4740293
143	-0.0546377	0.46748661	-0.576762
144	-0.0587422	0.43271355	-0.5501979
145	-0.1341244	0.37014732	-0.6383962
146	-0.0011856	0.53350258	-0.5358738
147	0.14518791	0.66310346	-0.3727276
148	-0.0017851	0.53274545	-0.5363156
149	-0.0101845	0.50569023	-0.5260591
150	-0.0238691	0.50521377	-0.552952
151	0.05592487	0.57034466	-0.4584949
152	-0.0051326	0.52855151	-0.5388168
153	-0.0049699	0.52872672	-0.5386666
154	0.00155447	0.5205947	-0.5174858
155	-0.0377224	0.47259926	-0.5480441
156	0.00976275	0.52962194	-0.5100964
157	-0.0126313	0.51913411	-0.5443967
158	-0.0680046	0.35723811	-0.4932473
159	-0.0218463	0.47725675	-0.5209493
160	-0.0054416	0.51163212	-0.5225153
161	0.00302072	0.52138807	-0.5153466

Numéro de l'hôpital	Résidu	Intervalle de confiance supérieur	Intervalle de confiance inférieur
162	-0.0013286	0.53332361	-0.5359807
163	-0.0570304	0.46388989	-0.5779508
164	-0.0010895	0.53362433	-0.5358034
165	0.05742735	0.58885355	-0.4739988
166	0.18902712	0.71768318	-0.3396289
167	-0.0258915	0.50265297	-0.5544359
168	-0.0056679	0.52784352	-0.5391793
169	0.08297041	0.58806726	-0.4221264
170	0.07003607	0.60463507	-0.4645629
171	0.0100529	0.53139548	-0.5112897
172	0.01339704	0.53443688	-0.5076428
173	0.03811798	0.56482676	-0.4885908
174	-0.0005054	0.53436496	-0.5353758
175	0.01175875	0.5163892	-0.4928717
176	-0.0038275	0.53018186	-0.5378368
177	-0.0121182	0.5197185	-0.5439549
178	-0.0528814	0.46951098	-0.5752738
179	0.18901867	0.70172185	-0.3236845
180	-0.0058618	0.5139644	-0.5256879
181	-0.0690648	0.43443584	-0.5725654
182	-0.0057717	0.52777069	-0.5393141
183	0.06391333	0.59695099	-0.4691243
184	-0.0027392	0.53153834	-0.5370168
185	-0.0046797	0.52911396	-0.5384734
186	-0.0001548	0.53480835	-0.535118

Tableau 60 : 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 22–26)

Numéro de l'hôpital	Résidu	Intervalle de confiance supérieur	Intervalle de confiance inférieur
1	0.0784348	0.4706362	-0.31376659
2	0.02038937	0.4499742	-0.40919546
3	-0.04869455	0.39697686	-0.49436596
4	-0.05267958	0.39227204	-0.4976312
5	0.02891447	0.47961261	-0.42178367
6	-0.09108542	0.30418719	-0.48635803
7	0.06203848	0.51031831	-0.38624134
8	-0.01684596	0.43509637	-0.46878828
9	0.03936954	0.47211622	-0.39337714
10	-0.08157564	0.34765776	-0.51080904
11	-0.04185508	0.40501078	-0.48872093
12	-0.04153762	0.38620793	-0.46928317
13	-0.05513312	0.38943635	-0.49970259
14	0.04489635	0.46999009	-0.38019739
15	0.03376986	0.42217048	-0.35463075
16	0.14379273	0.52429004	-0.23670457
17	-0.06057955	0.3405364	-0.46169551
18	-0.00452718	0.43952796	-0.44858232
19	-0.0483446	0.39719418	-0.49388339
20	-0.05217412	0.39272103	-0.49706927
21	-0.03940554	0.39808775	-0.47689884
22	0.04655709	0.49067837	-0.39756418
23	0.02544748	0.4755896	-0.42469463
24	-0.02119893	0.4190982	-0.46149606
25	0.10261019	0.47227798	-0.26705761
26	-0.04211004	0.38553227	-0.46975236
27	-0.07184099	0.35132568	-0.49500765
28	-0.06011255	0.34810005	-0.46832515
29	0.11660568	0.51501665	-0.2818053
30	-0.06347562	0.37938579	-0.50633702
31	-0.01543223	0.39934111	-0.43020558
32	0.04030024	0.49341942	-0.41281895
33	0.20505387	0.62407681	-0.21396908
34	-0.06315957	0.37929811	-0.50561725
35	-0.01510338	0.41737052	-0.44757727
36	-0.0097562	0.44380359	-0.46331599
37	-0.03436003	0.40409019	-0.47281024
38	0.05667377	0.39571277	-0.28236523
39	-0.0338465	0.40545001	-0.47314302

Numéro de l'hôpi-tal	Résidu	Intervalle de confiance supérieur	Intervalle de confiance inférieur
40	-0.06245887	0.34528018	-0.47019791
41	-0.01246136	0.4405143	-0.46543702
42	0.03998088	0.49302076	-0.41305901
43	-0.06188897	0.36276399	-0.48654193
44	0.04986053	0.44538798	-0.34566692
45	0.12093906	0.56913556	-0.32725744
46	0.04759277	0.44168813	-0.34650259
47	-0.01461642	0.42779011	-0.45702296
48	0.06462722	0.44982728	-0.32057283
49	-0.04689007	0.34263496	-0.43641509
50	-0.12033341	0.31139409	-0.55206091
51	-0.02690368	0.42302907	-0.47683643
52	-0.08194919	0.35814188	-0.52204026
53	0.06073952	0.50715563	-0.38567659
54	-0.02420304	0.41630053	-0.46470661
55	-0.01971692	0.43178293	-0.47121677
56	-0.00561161	0.44883232	-0.46005555
57	-0.00583685	0.44856395	-0.46023766
58	-0.02225773	0.42858739	-0.47310285
59	-0.32617107	0.03436959	-0.68671173
60	-0.08477863	0.31897948	-0.48853674
61	0.02988191	0.397307	-0.33754317
62	-0.04033635	0.40664711	-0.4873198
63	-0.0308844	0.41816496	-0.47993375
64	-0.03592975	0.41226637	-0.48412586
65	-0.07075457	0.37041914	-0.51192827
66	-0.05436623	0.39098874	-0.4997212
67	-0.00631957	0.44799174	-0.46063089
68	0.0711963	0.42627437	-0.28388177
69	-0.0003433	0.44464441	-0.44533102
70	-0.07589653	0.36510623	-0.51689929
71	0.09613627	0.50499782	-0.31272528
72	-0.11633553	0.29808415	-0.53075521
73	-0.04062851	0.40663786	-0.48789488
74	-0.09091087	0.34711049	-0.52893224
75	-0.08574318	0.35355119	-0.52503755
76	-0.01354407	0.43937625	-0.46646438
77	0.04202565	0.49553769	-0.41148639
78	0.22486849	0.63830589	-0.1885689
79	0.11859915	0.53193266	-0.29473435
80	-0.00217586	0.44270916	-0.44706088

Numéro de l'hôpi-tal	Résidu	Intervalle de confiance supérieur	Intervalle de confiance inférieur
81	-0.00451958	0.45016947	-0.45920864
82	-0.0879669	0.3242432	-0.50017701
83	0.30772504	0.62330371	-0.00785363
84	-0.02404217	0.39143791	-0.43952224
85	0.12741804	0.55840877	-0.30357268
86	-0.04429615	0.40213364	-0.49072594
87	-0.02352014	0.42731494	-0.47435522
88	0.0226944	0.45315623	-0.40776742
89	-0.09195742	0.31278056	-0.4966954
90	-0.04987981	0.37654317	-0.4763028
91	0.01473138	0.44309559	-0.41363284
92	0.06442464	0.49377806	-0.36492877
93	-0.03014453	0.41947309	-0.47976215
94	0.06096931	0.49752884	-0.37559022
95	-0.00854625	0.43564127	-0.45273377
96	0.06792086	0.51669665	-0.38085494
97	0.06840542	0.49687177	-0.36006093
98	0.03904031	0.49199347	-0.41391285
99	-0.10233939	0.33402061	-0.5386994
100	0.06667357	0.51449629	-0.38114915
101	-0.05040721	0.39466949	-0.49548392
102	-0.06433342	0.37797555	-0.50664238
103	-0.09120609	0.34716056	-0.52957274
104	0.00518038	0.45141676	-0.44105599
105	-0.08452073	0.35395974	-0.52300119
106	0.00329583	0.44865944	-0.44206778
107	-0.01044461	0.44295087	-0.4638401
108	0.29680765	0.64906865	-0.05545336
109	0.03881288	0.46340365	-0.38577788
110	-0.04270022	0.40383719	-0.48923762
111	-0.01918532	0.43236806	-0.47073869
112	0.01122171	0.42299658	-0.40055317
113	0.03205296	0.47314763	-0.40904171
114	-0.02012516	0.43115702	-0.47140733
115	0.06111198	0.50767576	-0.3854518
116	-0.01384551	0.43889352	-0.46658454
117	-0.01275461	0.44013514	-0.46564435
118	-0.11890706	0.31375518	-0.55156931
119	-0.00499664	0.43928587	-0.44927914
120	-0.00268334	0.45243162	-0.4577983
121	-0.05170979	0.39342473	-0.49684431

Numéro de l'hôpi-tal	Résidu	Intervalle de confiance supérieur	Intervalle de confiance inférieur
122	-0.0080624	0.4458551	-0.4619799
123	0.12454958	0.55546533	-0.30636616
124	0.05383787	0.44942657	-0.34175082
125	-0.05261464	0.38240834	-0.48763762
126	0.01705501	0.46534005	-0.43123004
127	-0.01450113	0.4379863	-0.46698857
128	0.0212187	0.34336213	-0.30092474
129	0.04187422	0.46725537	-0.38350694
130	0.14881808	0.48227277	-0.18463662
131	0.11924261	0.55726925	-0.31878403
132	0.07134517	0.47854729	-0.33585696
133	0.07692223	0.51783424	-0.36398978
134	-0.07619855	0.35395676	-0.50635386
135	0.00494108	0.45109329	-0.44121113
136	-0.04591765	0.33654453	-0.42837982
137	-0.06167199	0.38196574	-0.50530972
138	-0.00110202	0.4543411	-0.45654513
139	0.00211815	0.39077197	-0.38653566
140	0.02357263	0.45445076	-0.4073055
141	-0.05008195	0.36072954	-0.46089343
142	0.00313026	0.44903487	-0.44277436
143	-0.05481948	0.38123415	-0.49087311
144	-0.10423756	0.29857635	-0.50705147
145	-0.1023537	0.30107748	-0.50578488
146	-0.00666275	0.44753808	-0.46086359
147	0.06705395	0.49560768	-0.36149978
148	-0.00577231	0.44863372	-0.46017833
149	0.04674596	0.47236049	-0.37886858
150	0.0052608	0.45129764	-0.44077605
151	-0.09836118	0.32886444	-0.5255868
152	0.03870836	0.4916144	-0.41419769
153	-0.01664125	0.43555967	-0.46884217
154	0.00354233	0.44059882	-0.43351415
155	0.07659557	0.49880081	-0.34560966
156	0.02955721	0.46986208	-0.41074767
157	-0.01688186	0.43515282	-0.46891654
158	-0.00543066	0.32830618	-0.33916749
159	0.00012754	0.40962173	-0.40936665
160	0.01788334	0.45658568	-0.420819
161	0.04864609	0.4739556	-0.37666342
162	-0.00978386	0.44382504	-0.46339276

Numéro de l'hôpi-tal	Résidu	Intervalle de confiance supérieur	Intervalle de confiance inférieur
163	-0.06764913	0.37388592	-0.50918419
164	-0.0037082	0.45114914	-0.45856555
165	-0.02656059	0.42375298	-0.47687415
166	0.05032149	0.4955483	-0.39490533
167	-0.00771352	0.43565742	-0.45108446
168	-0.01218268	0.44083333	-0.46519869
169	-0.0481852	0.38708523	-0.48345563
170	-0.00366383	0.45120201	-0.45852967
171	0.08145706	0.52349575	-0.36058162
172	-0.0102474	0.42410854	-0.44460335
173	0.01144561	0.45849346	-0.43560225
174	-0.00262964	0.4524962	-0.45775548
175	-0.07692244	0.33727876	-0.49112364
176	-0.00533487	0.44918599	-0.45985572
177	0.00307364	0.4486197	-0.44247242
178	0.05360885	0.49913384	-0.39191614
179	-0.0703643	0.36218642	-0.50291503
180	0.01155769	0.4587272	-0.43561183
181	0.19096568	0.60026479	-0.21833342
182	-0.00799834	0.44604448	-0.46204116
183	0.0399728	0.49313207	-0.41318648
184	-0.00429791	0.45043081	-0.45902664
185	-0.0054926	0.44897431	-0.45995951
186	-0.00077957	0.45473784	-0.45629699

Liste des figures

Figure 1: Raisons fréquentes de non-participation par type d'unité de soins (enquête en ligne BFH) ... 19
Figure 2 : type d'unité de soins dans les hôpitaux en pourcentage * ... 24
Figure 3: âge des participant-e-s par groupe d'âge ... 27
Figure 4: durée de l'hospitalisation en jours par type d'hôpital jusqu'au moment de la mesure ... 28
Figure 5 : risque d'escarre selon la répartition LPZ pour tous les patient-e-s ... 36
Figure 6 : patient-e-s avec escarre nosocomiale, hors catégorie 1, selon les catégories de risque ... 38
Figure 7: (avant et après l'entrée à l'hôpital) patient-e-s qui sont tombé-e-s par type d'unités de soins* ... 65
Figure 7: patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital) par groupe d'âge en années* ... 70
Figure 9: dépendance aux soins des patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital) ... 71
Figure 10 : peur de chuter chez les patient-e-s tombé-e-s à l'hôpital (oui) ... 76
Figure 10: renoncement des activités pour les patient-e-s tombé-e-s à l'hôpital par type d'hôpital (oui) ... 77
Figure 12 : 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 ... 86
Figure 13: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux universitaires, prise en charge centralisée – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 à 4) confondues ... 87
Figure 14: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, prise en charge centralisée – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 à 4) confondues .. 87
Figure 15: 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 ... 88
Figure 16: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, cliniques spécialisées – prévalence des escarres nosocomiales toutes catégories (1 à 4) confondues ... 88
Figure 17: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants – escarres nosocomiales hors catégorie 1 ... 90
Figure 18: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux universitaires, prise en charge centralisée – escarres nosocomiales hors catégorie 1 ... 91
Figure 19 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux généraux, prise en charge centralisée – escarres nosocomiales hors catégorie 1 ... 91
Figure 20 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – hôpitaux généraux, soins de base – escarres nosocomiales hors catégorie 1 ... 92
Figure 21 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 % – cliniques spécialisées – escarres nosocomiales hors catégorie 1 ... 92
Figure 22 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, tous les hôpitaux ou sites hospitaliers participants - chutes à l'hôpital ... 94
Figure 23 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux universitaires, prise en charge centralisée – chutes à l'hôpital ... 95
Figure 24 : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, prise en charge centralisée – chutes à l'hôpital ... 95
Figure 25: résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, hôpitaux généraux, soins

de base– chutes à l'hôpital 96
Figure 26: : résidus au niveau des hôpitaux et intervalles de confiance à 95 %, cliniques spécialisées – chutes à l'hôpital 96
Figure 27 : non-participation par tranche d'âge et sexe selon l'enquêtea en ligne de la BFH 116
Figure 28 : raisons de la non-participation selon l'enquête en ligne pour les non-participants 116
Figure 29 : raison de la non-participation (ensemble de données LPZ) 117

Liste des tableaux

Tableau 1 : Calcul de la prévalence des escarres (en %) au moment de la mesure 10
Tableau 2: Classification des catégories d'escarres selon NPUAP/EPUAP (2009) 11
Tableau 3 : hôpitaux et patient-e-s participants, et motifs de non-participation 17
Tableau 4 : hôpitaux et patient-e-s participants, et motifs de non-participation* 20
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 26
Tableau 7 : âge des participant-e-s par type d'hôpital 27
Tableau 8: intervention chirurgicale dans les deux semaines précédant la mesure 29
Tableau 9: comparaison de la durée des opérations selon les types d'hôpitaux 29
Tableau 10: Diagnostic(s) médical/médicaux selon les types d'hôpitaux 30
Tableau 11 : besoin d'aide par type d'hôpital 32
Tableau 12 : dépendance aux soins selon le type d'hôpital 33
Tableau 13 : description de tous/toutes les participant-e-s avec une escarre de catégorie 1 à 4 34
Tableau 14 : risque d'escarre selon l'échelle de Braden pour tous les patient-e-s 35
Tableau 15 : différentes formes de prévalence des escarres 37
Tableau 16 : degré d'escarre le plus élevé indiqué selon le risque d'escarre d'après Braden* 39
Tableau 17 : prévalence nosocomiale, hors catégorie 1, par unité de soins dans les types d'hôpitaux . 40
Tableau 18 : diagnostic(s) médical/médicaux des patient-e-s avec une escarre nosocomiale, hors catégorie 1 41
Tableau 19: besoin d'aide des patient-e-s avec une escarre nosocomiale hors catégorie 1 par type d'hôpital 43
Tableau 20 : dépendance aux soins des patient-e-s avec une escarre nosocomiale, hors catégorie 1 ... 44
Tableau 21: nombre total d'escarres selon la catégorie d'escarre la plus élevée et le type d'hôpital 45
Tableau 22: escarres nosocomiales selon la catégorie d'escarre la plus élevée et le type d'hôpital * 45
Tableau 23 : localisation des plaies sur le corps selon le type d'hôpital 46
Tableau 24 : durée de l'escarre 47
Tableau 25 : patient-e-s avec des douleurs dues à une escarre par type d'hôpital 48
Tableau 26 : mesures de prévention et moyens auxiliaires chez les patient-e-s ayant un risque d'escarre par type d'hôpital 49
Tableau 27 : matelas/surmatelas de prévention des escarres comme mesure de prévention chez les patient-e-s ayant un risque d'escarre par type d'hôpital* 51
Tableau 28: mesures de prévention en position assise chez les patient-e-s ayant un risque d'escarre par type d'hôpital 52
Tableau 29 : mesures préventives générales et moyens auxiliaires chez les patient-e-s avec escarres par type d'hôpital 53
Tableau 30: matelas et surmatelas de prévention des escarres comme mesure préventive chez les patient-e-s avec escarre par type d'hôpital* 54
Tableau 31: mesures préventives en position assise chez les patient-e-s à risque avec escarre par type d'hôpital 55
Tableau 32 : pansements pour escarres de catégorie 1 par type d'hôpital 56
Tableau 33 : traitement des plaies d'escarres de catégorie 2 par type d'hôpital 57
Tableau 34 : traitement des plaies d'escarres de catégorie 3 par type d'hôpital 58

Tableau 35 : traitement des plaies d'escarres de catégorie 4 par type d'hôpital 59
Tableau 36 : indicateurs de structure pour les escarres au niveau des hôpitaux..... 60
Tableau 37 : indicateurs de structure pour les escarres au niveau des unités de soins 61
Tableau 38 : description des patient-e-s qui ont chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital) 62
Tableau 39 : taux de prévalence des chutes par type d'hôpital..... 63
Tableau 40 : chutes répétées par type d'hôpital et lieu de la chute 64
Tableau 41 : répartition des chutes par type d'unité de soins avant et après l'entrée à l'hôpital et par types d'hôpitaux..... 66
Tableau 42 : Diagnostic(s) médical/médicaux pour les patient-e-s qui ont chuté (avant/après hospitalisation) par type d'hôpital..... 67
Tableau 43 : besoin d'aide (avant/après l'hospitalisation) des patient-e-s ayant chuté par type d'hôpital..... 69
Tableau 44 : activité en cas de chute par type d'hôpital..... 72
Tableau 45: causes principales pour les chutes par type d'hôpital 73
Tableau 46 : conséquences des chutes par type d'hôpital pour les patient-e-s ayant chuté (avant/après l'entrée à l'hôpital)..... 74
Tableau 47 : indice des blessures par type d'hôpital pour les patient-e-s tombé-e-s (avant/après hospitalisation) 75
Tableau 48: mesures de prévention des chutes et des blessures chez les patient-e-s qui ne sont pas tombé-e-s par type d'hôpital 78
Tableau 49: 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 80
Tableau 50: indicateurs de structures pour les chutes au niveau des hôpitaux 82
Tableau 51 : indicateurs de structure « Chute » au niveau de l'unité de soins..... 83
Tableau 52 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives - escarres nosocomiales toutes catégories (1-4) confondues 84
Tableau 53: variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives – escarres nosocomiales hors catégorie 1..... 89
Tableau 54 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives – chutes à l'hôpital..... 93
Tableau 55 : comparaison des taux de prévalence des escarres entre la Suisse, les Pays-Bas et l'Autriche 100
Tableau 56 : valeurs comparatives de la péövalence des chutes en Suisse, aux Pays-Bas et en Autriche..... 104
Tableau 57: taux de réponse au niveau des sites hospitaliers..... 118
Tableau 58: 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 12 à 16) 123
Tableau 59 : 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 17 à 21) 128
Tableau 60 : 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 22–26)..... 133

Liste des abréviations

AA	Assurance accidents
ADL	Activities of daily living (activités de la vie quotidienne)
AI	Assurance invalidité
AM	Assurance militaire
ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
AUT	Autriche
BFH	Berner Fachhochschule ou Haute école spécialisée bernoise, domaine Santé, Département Recherche appliquée et développement, prestations de service
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CH	Confederatio Helveticae (Suisse)
CIM	Classification internationale des maladies
dr	droit
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
ga	gauche
H+	Les hôpitaux suisses
HDL	Household activities of Daily Living (aide pour les tâches ménagères)
HEdS-FR	Haute école de santé Fribourg
Indiv.	Individualisé
LPZ	« Prevalentiemetingen Zorgprobleme », désigné sur le plan international par le terme « International Prevalence Measurement of Care Problems, LPZ International »
Min.	Minutes
PB	Pays-Bas

NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OR	Odds ratio (rapport des cotes)
Prév.	Prévention, préventif
Santésuisse	Association faîtière des assureurs suisses de la branche de l'assurance-maladie
SD	Standard deviation (écart-type)
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

Mentions légales

Titre	Mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres Rapport final de la mesure 2013
Année	Septembre 2014
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 Dr. Stefan Kunz, ricercatore-docente, chef de projet adjoint (SUPSI) Prof. Dr. Dirk Richter, enseignant Ra&D Soins, dirk.richter@bfh.ch Simeon Zürcher, assistant de recherche Ra&D Soins Nicole Grossmann, assistante de recherche Ra&D Soins Thierry Blaettler, assistant 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
Lectorat scientifique (Version Française)	Dr. François Mooser, professeur / Haute école de santé Fribourg
Groupe de projet BFH	Prof. Sabine Hahn, PhD, RN, responsabilité scientifique du projet Christa Vangelooven, MNS, responsable de projet Prof. Dr. Dirk Richter, enseignant Ra&D Soins Friederike Thilo, collaboratrice scientifique Ra&D Soins Franziska Boinay, collaboratrice scientifique Ra&D Soins Karin Thomas, collaboratrice scientifique Ra&D Soins Antoinette Conca, collaboratrice scientifique Ra&D Soins Simeon Zürcher, assistant de recherche Ra&D Soins

	Thierry Blaettler, assistant de recherche Ra&D Soins Nicole Grossmann, assistante de recherche Ra&D Soins Rebekah Kenyon, assistante de recherche Ra&D Soins Vera Schneuwly, assistante de recherche Ra&D Soins
Groupe de projet Haute école de santé Fribourg	Dr. François Mooser, professeur Stefanie Senn, MScN, professeure
Groupe de projet SUPSI	Dr. Stefan Kunz, ricercatore-docente, chef de projet adjoint Mauro Realini, licence de sociologie, enseignant et collaborateur scientifique Nunzio de Bitonti, ricercatore-docente Prof. Andrea Cavicchioli, MScN, responsable recherche et prestations de services, département Santé, SUPSI
Conseil en statistiques	Prof. Dr. Marianne Müller, School of Engineering, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften/Haute école zurichoise des sciences appliquées
Mandant représenté par	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) Regula Heller, MNS, MPH, responsable Médecine somatique aiguë, ANQ Bureau ANQ Thunstrasse 17, 3000 Berne 6 Tél. : 031 511 38 41, regula.heller@anq.ch, www.anq.ch
Copyright	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) Haute école spécialisée bernoise, section Santé Département Recherche appliquée et développement, prestations de service Murtenstrasse 10, 3008 Berne Tél. : 031 848 37 60, forschung.gesundheit@bfh.ch, www.gesundheit.bfh.ch