



Chutes et escarres

Médecine somatique aiguë adultes

Rapport comparatif national

Mesure 2019

Août 2020 / version 1.0

Table des matières

Résumé	3
Liste des abréviations	4
1. Introduction	6
2. Buts visés, problématique et méthodologie.....	7
2.1. Buts visés et problématique.....	7
2.2. Méthode	7
2.2.1. Méthode LPZ 2.0.....	7
2.2.2. Définition des termes escarres et chutes.....	7
2.2.3. Analyse des données.....	8
2.3. Remarques quant à l'établissement des rapports.....	8
3. Participation à la mesure et population	10
3.1. Hôpitaux participants.....	10
3.2. Patient-e-s participant-e-s.....	11
3.2.1. Taux de participation	11
3.2.2. Caractéristiques des patient-e-s participant-e-s.....	11
4. Indicateur escarres	15
4.1. Taux de prévalence des escarres	15
4.2. Escarres nosocomiales selon la classification EPUAP.....	17
4.3. Évaluation ajustée au risque de l'indicateur escarres	17
4.3.1. Escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur.....	18
4.3.2. Escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur.....	21
5. Indicateur chutes	24
5.1. Taux de chutes à l'hôpital	24
5.2. Taux de blessures	26
5.3. Évaluation ajustée au risque de l'indicateur chutes.....	26
6. Discussion relative à la mesure globale	30
6.1. Population	30
6.2. Discussion quant à l'indicateur escarres	31
6.2.1. Comparaison internationale des taux de prévalence des escarres.....	31
6.2.2. Résultats ajustés au risque de l'indicateur escarres.....	33
6.3. Discussion quant à l'indicateur chutes.....	34
6.3.1. Comparaison internationale des taux de chutes et des taux de blessures consécutives aux chutes.....	34



6.3.2. Résultats ajustés aux risques de l'indicateur chutes	36
6.4. Développement de la qualité dans le contexte international	36
7. Recommandations	38
Bibliographie	40
Liste des figures	43
Liste des tableaux.....	45
Annexe	46
Mentions légales	67

Résumé

L'analyse de l'année de mesure 2019 a porté sur les données de 193 sites hospitaliers (32 groupes hospitaliers et 110 hôpitaux). Le jour de la collecte des données, sur les 17 464 patient-e-s hospitalisé-e-s, 13 240 ont participé à la mesure, ce qui correspond à un taux de participation de 75,8 %.

Indicateur escarres

Ces neuf dernières années de mesure, le taux de prévalence nosocomial total évoluait entre 3,6 % et 5,8 % ; en 2019, il était de 3,9 %. Le taux d'escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur variait quant à lui entre 1,5 % et 2,1 % ; en 2019, il était de 1,7 %. Dans la comparaison internationale, on constate que les taux de prévalence des escarres en Suisse se situent dans le bas de la fourchette indiquée dans la littérature internationale, mais restent tout de même élevés comparés à ceux des données LPZ pour l'Autriche.

En ce qui concerne les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur, on note, lorsque l'on prend en compte les variables patient-e-s du modèle d'ajustement au risque, que 16 hôpitaux s'écartent significativement de l'ensemble des hôpitaux suisses. Parmi ceux-ci 14 s'écartent négativement au sens clinique, et deux positivement au sens clinique, de la moyenne de tous les hôpitaux. En ce qui concerne les escarres de catégorie 2 et supérieur, aucun hôpital ne présente des valeurs aberrantes.

Indicateur chutes

Ces neuf dernières années de mesure, le taux national de chutes à l'hôpital variait entre 3,0 % et 4,3 % ; en 2019, il était de 3,7 %. Dans la comparaison internationale, les taux de chutes en Suisse évoluent dans le bas de la fourchette des valeurs de référence de la littérature, et sont même inférieurs à ceux des données LPZ pour l'Autriche.

Au niveau national, le taux total de blessures variait entre 30,1 % et 34,5 % ces trois dernières années de mesure ; en 2019, il était de 34,5 %. Par comparaison avec la littérature internationale, les résultats de Suisse se situent dans le haut de la fourchette, mais sont cependant légèrement inférieurs à ceux de l'Autriche.

Pour l'indicateur des chutes à l'hôpital, on constate, lorsque l'on prend en compte les variables patient-e-s reprises dans le modèle d'ajustement au risque, qu'un hôpital s'écarte significativement positivement, c'est à dire négativement au sens clinique, de l'ensemble des hôpitaux suisses. Aucun hôpital ne s'écarte positivement au sens clinique de la moyenne de l'ensemble des hôpitaux suisses.

Recommandations quant à la mesure de la prévalence

Au regard des différents indicateurs abordés ici, les résultats de la neuvième mesure de la prévalence nationale des chutes et escarres permettent de conclure que le niveau de qualité général dans les hôpitaux de Suisse est bon. Si l'on s'appuie sur les données de référence internationales, on peut cependant identifier des potentiels d'amélioration. Ainsi, l'un des axes d'approche majeurs qui se dégagerait pour les mesures de développement de la qualité se situerait au niveau des taux de blessures, et plus précisément des blessures graves, ceux-ci restant plutôt élevés dans la comparaison internationale.

En raison des effets positifs des mesures répétées chaque année sur le développement de la qualité et sur la sensibilisation durable à l'indicateur en question, il est recommandé de poursuivre ces mesures régulièrement afin de réaliser un suivi. En outre, les données de qualité transparentes sont considérées comme un instrument clé pour rendre des comptes vis-à-vis du public. La contribution apportée par la mesure peut également être vue sous l'angle du défi « Maintien de soins de grande qualité et d'un système financièrement viable » de la « Politique de la santé : stratégie du Conseil fédéral 2020–2030 ».

Liste des abréviations

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
BFH	Haute école spécialisée bernoise (Berner Fachhochschule)
cf.	confer
CIM	Classification internationale des maladies
DEASS	Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale
EDS	Échelle de dépendance aux soins
EI	Écart interquartile
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
ÉT	Écart-type
GD	Groupes de diagnostics
H	hôpital
HEdS-FR	Haute école de santé Fribourg
<i>IC</i>	Intervalle de confiance
K111	Hôpital universitaire
K112	Hôpital de soins généraux
K121-123	Hôpitaux de soins de base
K221, K231-235	Cliniques spécialisées
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen
LPZ international	International Prevalence Measurement of Care Problems
métab.	métabolique
n	nombres
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
<i>OR</i>	Odds ratio (rapport des cotes)
Ostéo-artic.	ostéo-articulaire

PPPIA	Pan Pacific Pressure Injury Alliance
Ra&D	Recherché appliquée et développement/prestations de service
resp.	respectivement
Rés.	Résidu
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Valeur p	Résultat du test de signification

1. Introduction

L'« Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques » (ANQ) est responsable de la mesure des indicateurs de qualité dans les hôpitaux de Suisse et de la Principauté du Liechtenstein. Les hôpitaux participants se sont engagés à collaborer à des mesures de qualité menées périodiquement dans le domaine des soins aigus dans le cadre d'un contrat qualité national. Les indicateurs à mesurer sont définis dans le plan de mesure de l'ANQ.

Depuis 2011, la mesure nationale de la prévalence des indicateurs de qualité sensibles des soins chutes et escarres (Burston, Chaboyer, & Gillespie, 2014; Dubois et al., 2017; Heslop & Lu, 2014; Kuster, 2009) fait partie intégrante du plan de mesure de l'ANQ. Pour l'exploitation et l'analyse des données de l'ensemble de la Suisse, dans le cadre de la mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres dans le domaine des soins aigus des hôpitaux de Suisse et de la Principauté du Liechtenstein, l'ANQ a confié à la Haute École spécialisée bernoise (BFH) la mission de servir d'institut d'analyse. En ce qui concerne la collecte des données au Tessin et en Suisse romande, une coopération existe avec la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI) et la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR).

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

2. Buts visés, problématique et méthodologie

Le présent chapitre décrit les buts visés et la problématique de la mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres. Il indique également les références de la méthode et s'attarde sur les remarques à prendre en compte dans l'établissement du rapport.

2.1. Buts visés et problématique

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

- Quel est le taux de prévalence totale des escarres contractées durant l'hospitalisation (= nosocomiales) ?
- Quel est le taux de prévalence des escarres contractées durant l'hospitalisation (= nosocomiales) de catégorie 2 et supérieur ?
- Quel est le taux de prévalence des chutes survenues durant l'hospitalisation ?
- Comment se présente la comparaison des hôpitaux ajustée au risque au niveau des indicateurs des escarres nosocomiales catégorie 1 et supérieur ainsi que catégorie 2 et supérieur ?
- Comment se présente la comparaison des hôpitaux ajustée au risque au niveau de l'indicateur chutes à l'hôpital ?

En complément à ces problématiques, sont également présentés le classement des escarres nosocomiales ainsi que les taux de blessures consécutives aux chutes par degré de gravité.

2.2. Méthode

2.2.1. Méthode LPZ 2.0

La mesure nationale de la prévalence repose sur une méthode éprouvée, reconnue au plan international et développée par l'Université de Maastricht (International Prevalence Measurement of Quality of Care), LPZ International. En 2016, la méthodologie LPZ appliquée dans le domaine des patient-e-s adultes a été entièrement remaniée et est depuis désignée sous le nom « LPZ 2.0 ». Pour plus de détails sur la méthode LPZ 2.0 ainsi que son développement, se référer au concept d'évaluation de la mesure de la prévalence, disponible sur le site internet de l'ANQ (Thomann, Rösli, Richter, & Bernet, 2020).

2.2.2. Définition des termes escarres et chutes

Dans le cadre de la mesure de la prévalence, les escarres et chutes sont définis de la manière suivante :

Escarres : une escarre est une « lésion ischémique localisée au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents, située en général sur une proéminence osseuse. Elle est le résultat d'un phénomène de pression, ou de pression associée à du cisaillement. Un certain nombre de facteurs favorisant ou imbriqués dans la survenue d'escarre y sont associés ; leur implication doit être encore élucidée ». (National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP], European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP] et Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA], 2014, p. 11).

Pour l'estimation du degré de gravité, c'est la version actualisée de la classification NPUAP-EPUAP-PPPIA (2014), une classification comptant six manifestations de l'escarre, qui est utilisée. Ces manifestations décrivent le degré de gravité de l'escarre, allant d'une lésion superficielle de la peau jusqu'à des dommages aux tissus graves. La catégorie 1 est désignée comme « Érythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine ». La catégorie 2 montre une « Atteinte partielle de la peau ou

phlyctène ». La catégorie 3 désigne une « Perte complète de tissu cutané (tissu graisseux visible) ». La catégorie 4 correspond à une « Perte tissulaire complète (muscle/os visible) ». Les deux autres manifestations sont définies comme « Inclassable : perte tissulaire ou cutanée complète de profondeur inconnue » ainsi que « Dommages tissulaires profonds probables de profondeur inconnue ».

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

Les conséquences des chutes ont été relevées selon les trois catégories suivantes, conformément au Manuel de la mesure Suisse (BFH, 2019):

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

Vous trouverez des définitions et spécifications plus détaillées des indicateurs des escarres et chutes dans le concept d'évaluation (Thomann et al., 2020).

2.2.3. Analyse des données

Les données concernant la population, les taux de prévalence des escarres, les classifications des escarres, les taux de chutes ainsi que les taux de blessures ont fait l'objet d'une analyse descriptive. Les analyses ajustées au risque utilisées pour la comparaison des hôpitaux ont elles été réalisées en s'appuyant sur un modèle de régression logistique hiérarchique. Pour la sélection des variables patient-e-s aux fins de l'ajustement au risque, on a fait appel à un procédé statistique. Il est en effet nécessaire de recourir à ce type de procédé pour assurer une comparaison équitable entre les hôpitaux, car ceux-ci ont des mandats de soins différentes, impliquant parfois de fortes variations entre les hôpitaux en termes de structure de patients et de caractéristiques de patients. Il est donc tout à fait possible qu'il y ait, dans la comparaison nationale, des hôpitaux prenant en charge dans leurs unités d'hospitalisation des patient-e-s ayant un risque plus élevé de contracter une escarre ou de chuter ; ces institutions courent alors un plus gros risque de présenter eux-mêmes un taux de prévalence plus élevé. Pour que la comparaison entre les hôpitaux soit adéquate, il est donc essentiel que de tels facteurs relatifs aux patients soient pris en compte dans l'analyse. Le concept d'évaluation (Thomann et al., 2020) décrit l'analyse des données plus en détails.

2.3. Remarques quant à l'établissement des rapports

Les remarques suivantes sont d'une importance toute particulière pour le rapport comparatif national. Les autres consignes de base pour l'établissement des rapports nationaux sont décrites dans le concept d'évaluation (Thomann et al., 2020).

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

- *Patient-e-s à risque d'escarre* : participant-e-s présentant un risque d'escarre selon l'évaluation clinique subjective des infirmier-ère-s.
- *Patient-e-s à risque d'escarre selon l'échelle de Braden* : participant-e-s ayant obtenu un score total de 20 ou moins dans l'évaluation à l'aide de l'échelle de Braden. Selon la définition LPZ, ceci correspond à un risque d'escarre.

- *Patient-e-s à risque de chute* : participant-e-s ayant chuté dans les 12 mois avant l'admission à l'hôpital (= chute dans l'anamnèse).

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

La BFH a eu à disposition un jeu de données international LPZ comportant des données brutes des Pays-Bas, de l'Autriche et de la Turquie. Ce jeu de données international a été exploité et analysé de la même façon que le jeu de données national. L'on peut ainsi représenter les mêmes types d'hôpitaux et les mêmes populations, ce qui permet d'améliorer la comparabilité des données internationales avec les données de Suisse. Étant donné que le nombre de participant-e-s aux Pays-Bas et en Turquie pour les indicateurs chutes et escarres était nettement inférieur à celui de la Suisse et que la comparabilité était donc limitée, les données de ces deux pays ne sont plus prises en compte dans l'établissement de rapports depuis 2019. Par contre, d'une part en raison de la taille de l'échantillon et d'autre part en raison de la grande similitude entre les deux systèmes de santé, la comparaison avec l'Autriche est considérée comme étant pertinente.

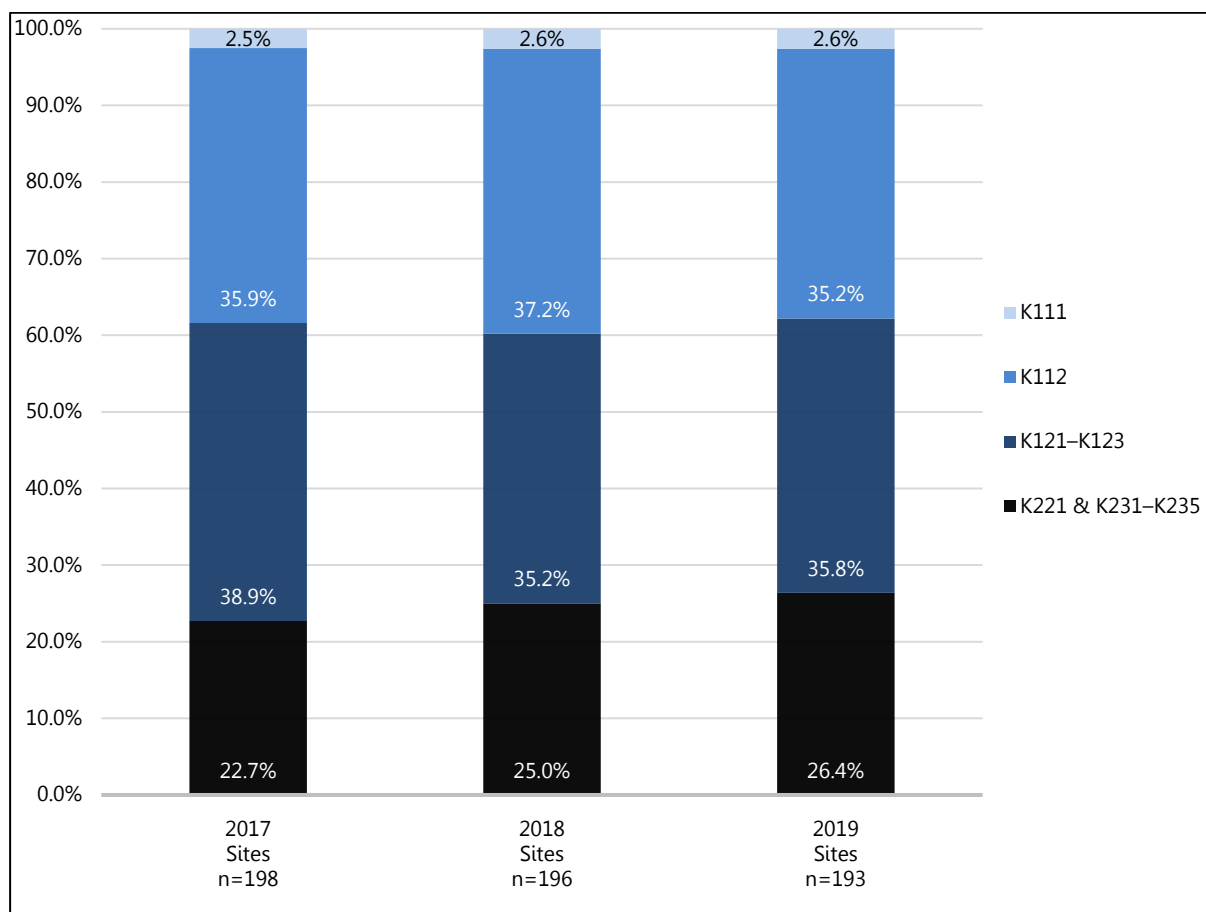
3. Participation à la mesure et population

Le chapitre suivant traite des hôpitaux participants et des patient-e-s ainsi que de leurs caractéristiques.

3.1. Hôpitaux participants

En 2019, la neuvième mesure nationale de la prévalence a pu s'appuyer sur les données de 193 sites hospitaliers (32 groupes hospitaliers et 110 hôpitaux). Certains sites hospitaliers n'ont pas pu fournir de données, par exemple parce qu'aucun-e patient-e n'était hospitalisé-e le jour de la mesure (voir détails au tableau 13 en annexe). La figure 1 décrit la distribution du pourcentage des sites hospitaliers par types d'hôpital des trois dernières années de mesure au niveau national.

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



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

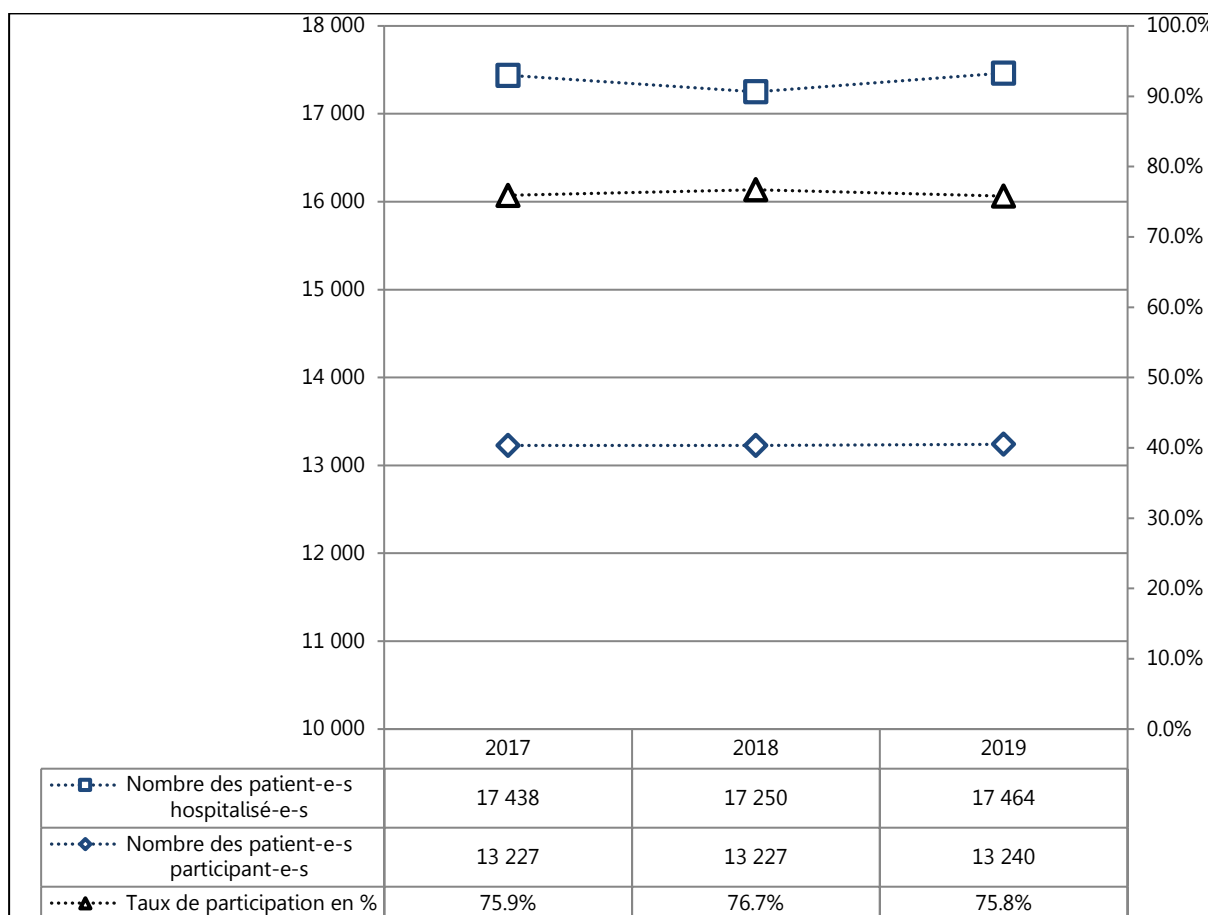
La distribution du pourcentage des sites hospitaliers par types d'hôpital est restée relativement constante au cours des trois dernières années de mesure.

3.2. Patient-e-s participant-e-s

3.2.1. Taux de participation

17 464 patient-e-s de 18 ans et plus étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux de Suisses et du Liechtenstein le jour de la mesure, le 12 novembre 2019. Parmi ceux-ci, 13 240 patient-e-s ont participé à la mesure, ce qui correspond à un taux de participation nationale de 75,8 %. La figure 2 montre d'une part le nombre de patient-e-s hospitalisé-e-s et d'autre part le nombre de patient-e-s participant-e-s à la mesure de la prévalence. Le taux de participation y est également représenté.

Figure 2 : nombre de patient-e-s hospitalisé-e-s et participant-e-s ainsi que taux de participation au cours des 3 dernières années de mesure*



* Les taux de participation par hôpital figurent dans le tableau 13 en annexe.

Le nombre de patient-e-s hospitalisé-e-s et participant-e-s ainsi que le taux de participation sont restés relativement constants au cours des trois dernières années de mesure.

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

Ci-dessous sont décrites les caractéristiques des 13 240 patient-e-s participant-e-s à la mesure, groupes de diagnostic CIM y compris.

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

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

		K111	K112	K121–K123	K221 & K231–K235	Total hôpitaux
Patient-e-s participant-e-s	<i>n</i>	2610	6778	2715	1137	13240
Sexe (féminin)	<i>n (%)</i>	1146 (43.9)	3318 (49.0)	1429 (52.6)	611 (53.7)	6504 (49.1)
Intervention chirurgicale (oui)	<i>n (%)</i>	1156 (44.3)	2725 (40.2)	1226 (45.2)	700 (61.6)	5807 (43.9)
Âge (en ans)	<i>VM (ÉT)</i>	64.0 (17.03)	68.4 (16.84)	68.3 (17.27)	67.1 (17.07)	67.4 (17.07)
	<i>Médiane (ÉI)</i>	67.0 (23.00)	72.0 (22.00)	72.0 (24.00)	70.0 (23.00)	71.0 (23.00)
Nombre des jours depuis l'admission	<i>VM (ÉT)</i>	10.0 (16.77)	6.8 (9.23)	5.9 (8.36)	5.9 (7.96)	7.2 (11.00)
	<i>Médiane (ÉI)</i>	6.0 (10.00)	4.0 (7.00)	4.0 (7.00)	4.0 (6.00)	4.0 (7.00)
Nombre des groupes de diagnostics CIM	<i>VM (ÉT)</i>	3.6 (2.22)	3.6 (2.15)	3.2 (2.03)	3.5 (2.45)	3.5 (2.17)
	<i>Médiane (ÉI)</i>	3.0 (3.00)	3.0 (3.00)	3.0 (2.00)	3.0 (3.00)	3.0 (3.00)
Échelle de la dépendance aux soins (EDS – Score total 15–75)	<i>VM (ÉT)</i>	63.8 (15.01)	64.5 (13.15)	65.9 (12.18)	64.2 (12.75)	64.6 (13.33)
	<i>Médiane (ÉI)</i>	70.0 (16.00)	70.0 (15.00)	70.0 (13.00)	69.0 (13.00)	70.0 (14.00)
Catégories EDS						
Indépendance complète (70–75)	<i>n (%)</i>	1379 (52.8)	3445 (50.8)	1469 (54.1)	530 (46.6)	6823 (51.5)
Indépendance prépondérante (60–69)	<i>n (%)</i>	569 (21.8)	1635 (24.1)	698 (25.7)	334 (29.4)	3236 (24.4)
Dépendance partielle (45–59)	<i>n (%)</i>	355 (13.6)	1074 (15.8)	361 (13.3)	179 (15.7)	1969 (14.9)
Dépendance prépondérante (25–44)	<i>n (%)</i>	205 (7.9)	475 (7.0)	135 (5.0)	69 (6.1)	884 (6.7)
Dépendance complète (15–24)	<i>n (%)</i>	102 (3.9)	149 (2.2)	52 (1.9)	25 (2.2)	328 (2.5)
Patient-e-s à risque d'escarre						
Évaluation clinique subjective (oui)	<i>n (%)</i>	855 (32.8)	2174 (32.1)	805 (29.7)	345 (30.3)	4179 (31.6)
Échelle de Braden selon définition LPZ (≤ 20)	<i>n (%)</i>	1397 (53.5)	3359 (49.6)	1319 (48.6)	585 (51.5)	6660 (50.3)
Patient-e-s à risque de chute	<i>n (%)</i>	669 (25.6)	2066 (30.5)	852 (31.4)	343 (30.2)	3930 (29.7)
Sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement (oui)	<i>n (%)</i>	989 (37.9)	2560 (37.8)	968 (35.7)	425 (37.4)	4942 (37.3)

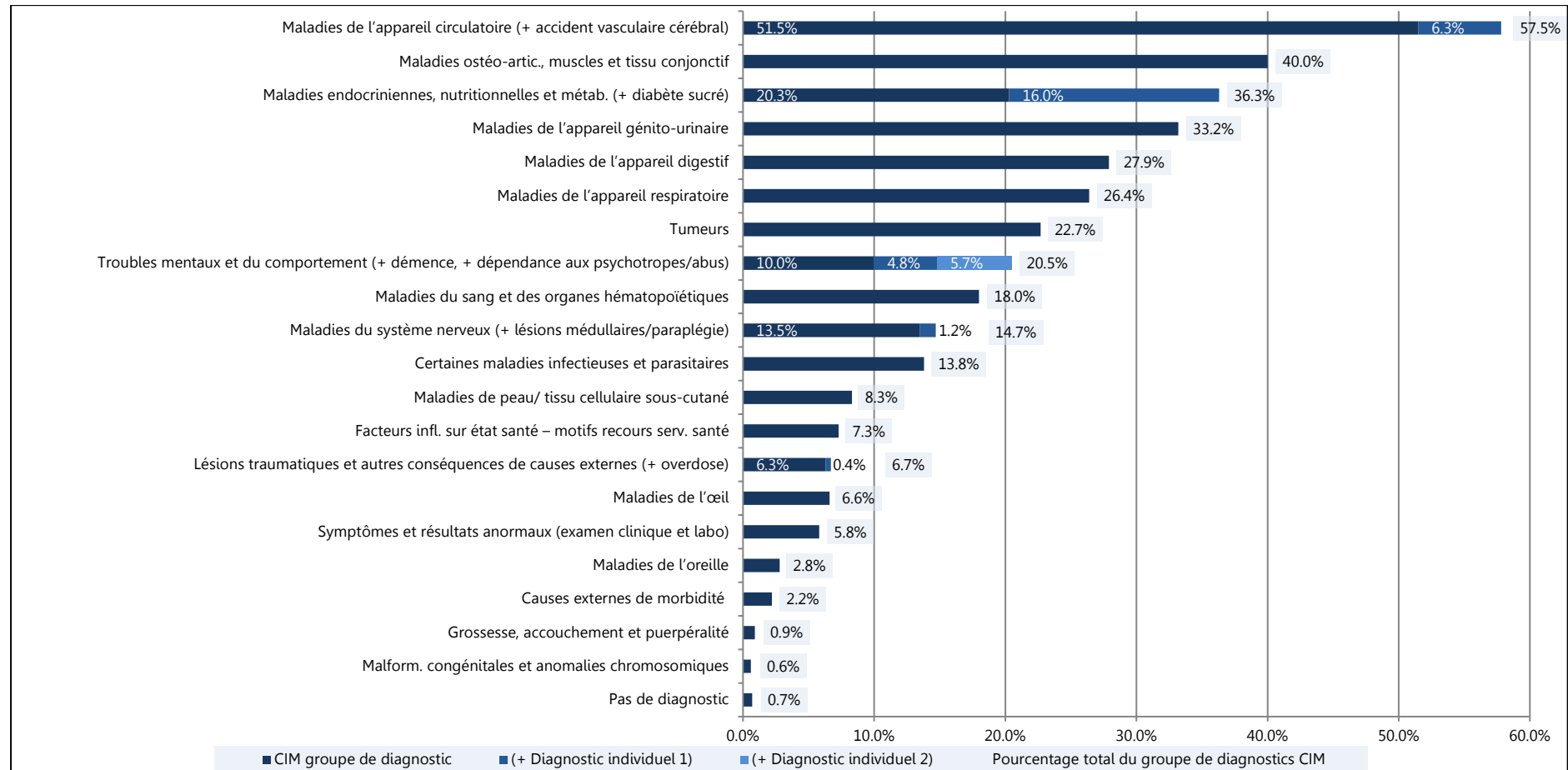
* *VM* : valeur moyenne ; *ÉT* : écart type (standard deviation) ; *médiane* : valeur centrale (décrit la valeur au centre d'une distribution ; elle n'est pas sensible aux valeurs aberrantes. Cela signifie que 50 % des valeurs lui sont supérieures et 50 % inférieures) ; *ÉI* : écart interquartile (interquartile range).

Les participant-e-s étaient tout juste pour moitié de sexe féminin (49,1 %), avec un âge médian de 71,0 ans et une durée d'hospitalisation médiane jusqu'au jour de la mesure de quatre jours. 43,9 % des participant-e-s avaient été opéré-e-s au cours des deux semaines avant la mesure. Selon l'échelle de dépendance aux soins, la majorité des participant-e-s étaient entièrement indépendant-e-s dans leurs soins (51,5 %, médiane EDS 70,0). D'après l'évaluation clinique subjective, 31,6 % présentaient un risque d'escarre. Le risque de chute selon la présence d'une chute dans l'anamnèse était de 29,7 %. Sur

l'ensemble des participant-e-s, 37,3 % prenaient des sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement. Les caractéristiques des patient-e-s participant-e-s sont ainsi comparables avec celles des patient-e-s des années de mesure précédentes.

En moyenne, les patient-e-s participant-e-s présentaient 3,5 groupes de diagnostics CIM (tableau 1) au niveau national. La figure 3 illustre la fréquence relative des groupes de diagnostics CIM. Le groupe de diagnostics le plus fréquemment saisi, avec 57,5 %, était « Maladies de l'appareil circulatoire ».

Figure 3 : fréquence des groupes de diagnostics CIM*



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

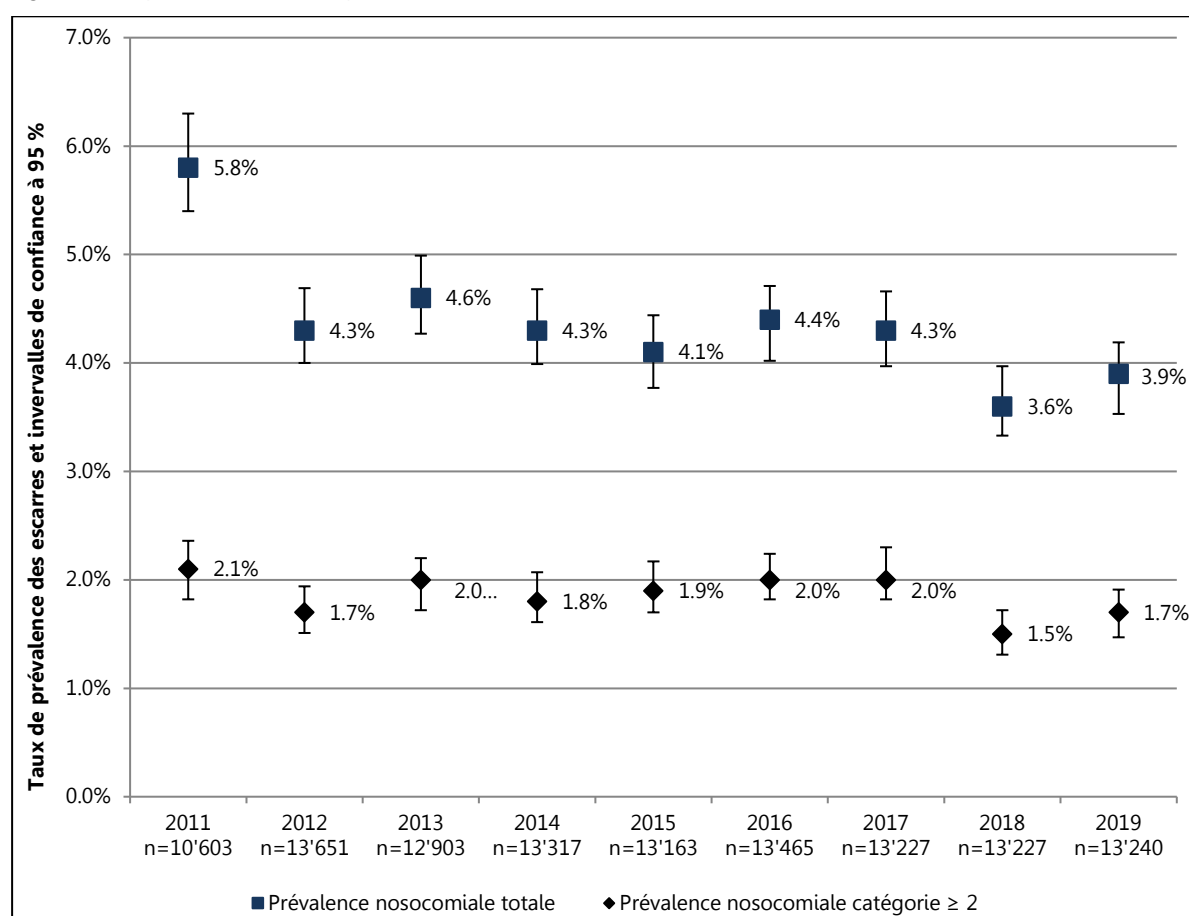
4. Indicateur escarres

Le présent chapitre décrit les taux nationaux de prévalence des escarres, les classifications des escarres nosocomiales ainsi que l'analyse ajustée au risque.

4.1. Taux de prévalence des escarres

Les taux nationaux de prévalence des escarres nosocomiales des neuf dernières années de mesure sont présentés dans la figure 4.

Figure 4 : comparaison des taux de prévalence des escarres nosocomiales sur les 9 dernières années de mesure*



* Les résultats des trois dernières années de mesure, répartis par type d'hôpital, se trouvent dans le tableau 10 en annexe. En outre, la figure 13 en annexe met en regard les taux de prévalence des escarres, c'est-à-dire des escarres acquises avant et après l'admission à l'hôpital, et les taux de prévalence des escarres nosocomiales des trois dernières années de mesure.

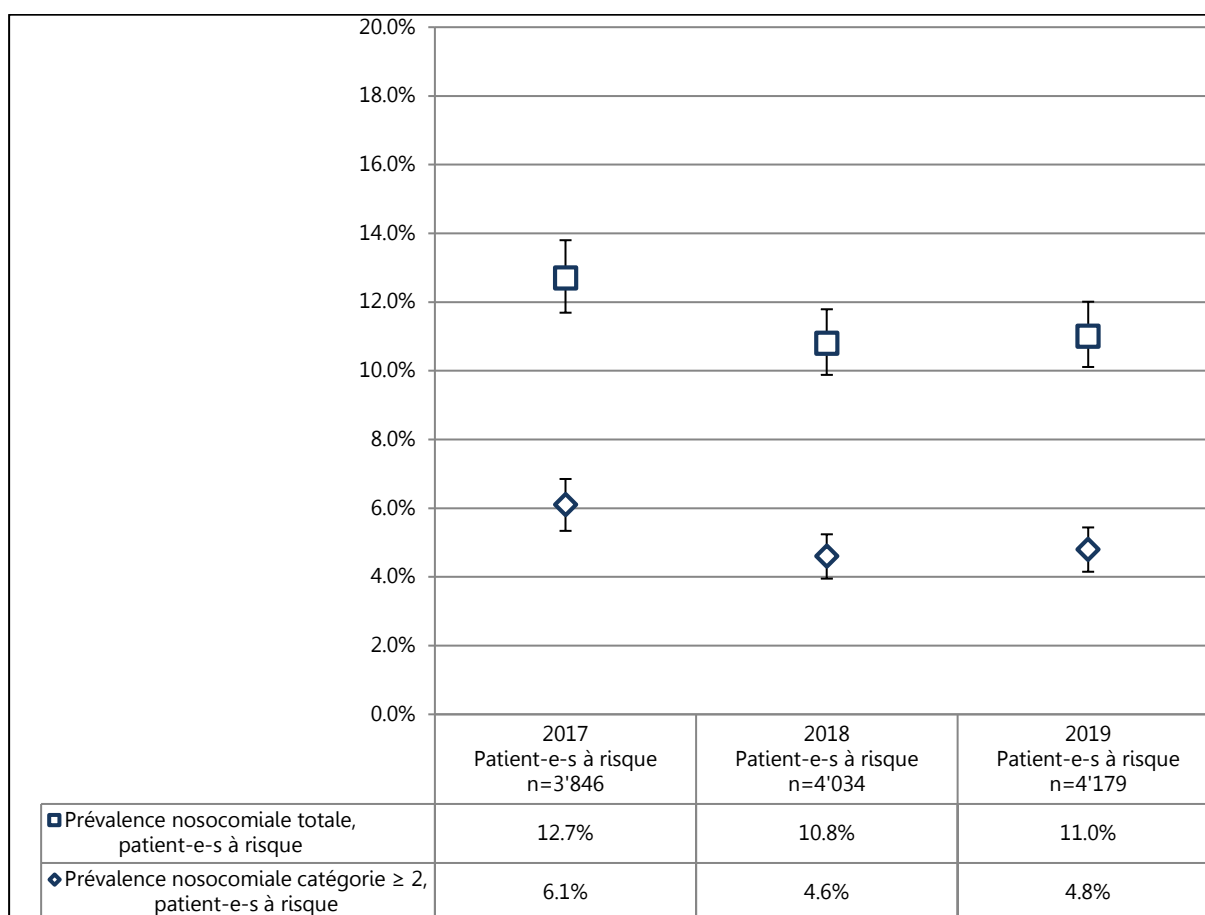
Le taux national de prévalence nosocomiale totale a varié entre 3,6 % et 5,8 % au cours des neuf dernières années de mesure. En 2019, il était de 3,9 %. En 2011, avec 5,8 %, le taux de prévalence nosocomiale totale était significativement supérieur à celui obtenu pour les années de mesure suivantes, étant donné que l'intervalle de confiance de 95 % (5,40–6,30) ne présentait pas de chevauchement avec les intervalles de confiance des années de mesure 2012 à 2019. Lors de la mesure de 2018, on a pu observer, pour la première fois, une valeur inférieure à 4 %, avec 3,6 %. Cette valeur est significativement inférieure à celles des années de mesure 2011 à 2014 et 2016. On obtient par contre une diffé-

rence tout juste non significative par rapport à la mesure de 2017. La valeur de 2019, également inférieure à 4 %, présente quant à elle un écart significatif par rapport à celles de 2011 et 2013.

En ce qui concerne le taux national de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur, celui-ci a fluctué entre 1,5 % et 2,1 % au cours des neuf dernières années de mesure. En 2019, il était de 1,7 %. On a pu constater une différence significative entre l'année de mesure 2018 et les années de mesure 2011, 2016 et 2017.

La figure 5 présente les taux de prévalence d'escarres nosocomiales des trois dernières années chez les patient-e-s à risque d'escarre selon l'évaluation clinique subjective.

Figure 5 : taux nationaux de prévalence des escarres nosocomiales chez les patient-e-s à risque au cours des 3 dernières années de mesure*



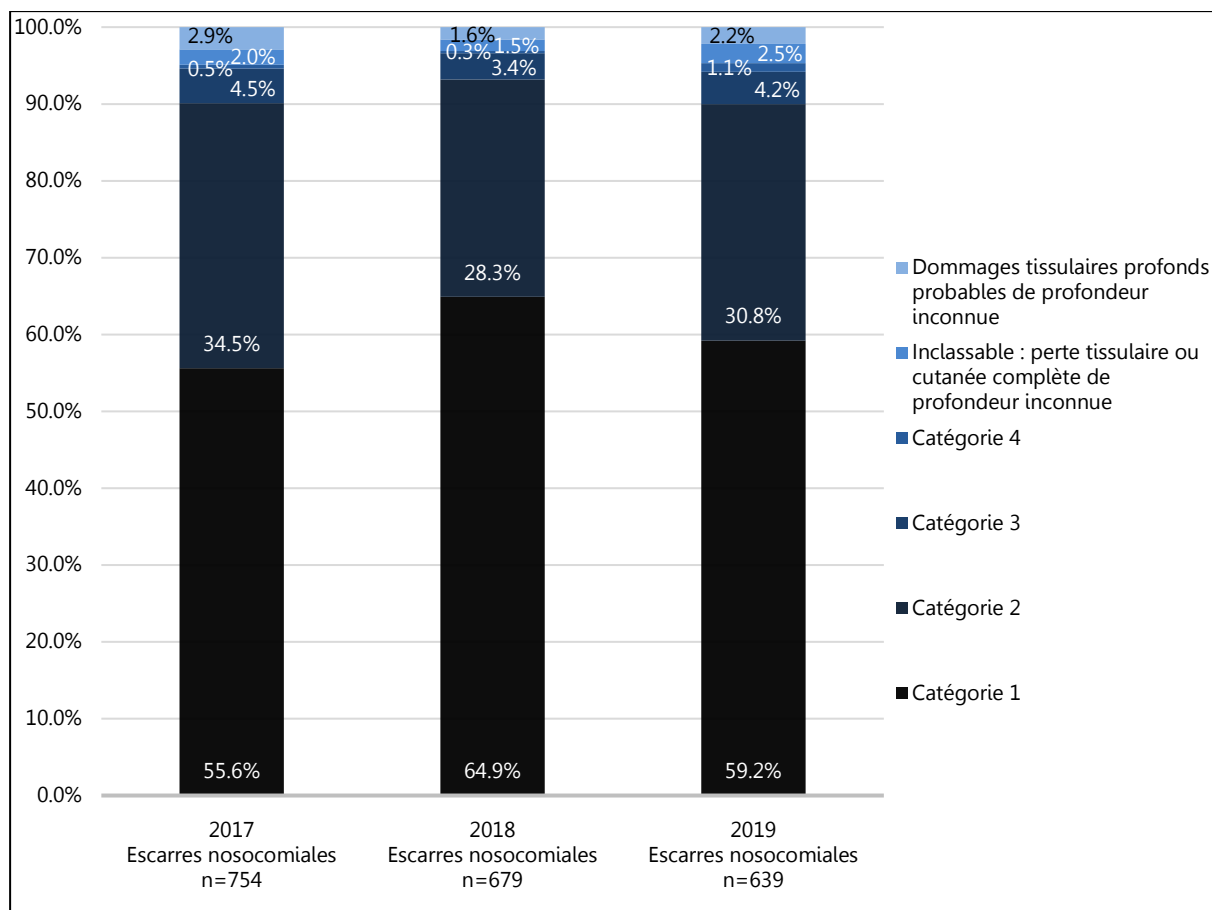
* Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 10 en annexe.

Le taux national de prévalence nosocomiale totale chez les patient-e-s à risque a varié entre 10,8 % et 12,7 % au cours des trois dernières années de mesure. En 2019, il était de 11,0 %. Le taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur chez les patient-e-s à risque a quant à lui évolué entre 4,6 % et 6,1 %. En 2019, il était de 4,8 %. Pour l'année de mesure 2018, on a pu constater un taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur chez les patient-e-s à risque significativement inférieur à celui de l'année de mesure 2017. Tous les autres écarts étaient, d'un point de vue statistique, de nature aléatoire.

4.2. Escarres nosocomiales selon la classification EPUAP

La figure 6 montre la distribution des escarres nosocomiales des trois dernières années de mesure selon la classification EPUAP.

Figure 6 : distribution des escarres nosocomiales des 3 dernières années de mesure selon la classification EPUAP



Si l'on considère les trois dernières années de mesure, la distribution des escarres nosocomiales selon la classification EPUAP est restée à peu près la même. La catégorie 1 représentait chaque fois la plus grande part (55,6 %–64,9 %), suivie de la catégorie 2 (28,3 %–34,5 %). Lors de l'année de mesure 2018, le degré de gravité des escarres nosocomiales présentait une tendance à la baisse par rapport aux années de mesure 2017 et 2019.

4.3. Évaluation ajustée au risque de l'indicateur escarres

Les résultats de l'ajustement au risque pour les deux indicateurs escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur ainsi qu'escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur sont rapportés ci-dessous. Dans le détail, il s'agit de résultats de modèles de régression logistique hiérarchique. La présente section présente les variables des différents modèles et leurs rapports des côtes, suivis des représentations graphiques de la comparaison ajustée au risque des hôpitaux (résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau des hôpitaux, pour tous les hôpitaux et sites hospitaliers participants, exemple de lecture page 20. L'annexe comporte en outre des représentations graphiques des résultats répartis par

type d'hôpital (figures 14 à 21) ainsi que des chiffres clés détaillés par hôpital ou site hospitalier (tableau 13).

4.3.1. Escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur

Le tableau 2 présente les variables patient-e-s du modèle hiérarchique pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur.

Tableau 2 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives – escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur

		<i>OR</i>	Erreur standard	Valeur <i>p</i>	<i>OR</i> intervalle de confiance à 95 %	
Nombre des jours depuis l'admission	0–7 jours	Référence				
	8–14 jours	1.68	0.13	< 0.001	1.31	2.15
	15–28 jours	2.30	0.14	< 0.001	1.75	3.02
	≥ 29 jours	4.07	0.17	< 0.001	2.89	5.73
EDS	Indépendance complète (70–75)	Référence				
	Indépendance prépondérante (60–96)	1.11	0.22	0.640	0.72	1.69
	Dépendance partielle (45–59)	1.57	0.33	0.171	0.82	3.00
	Dépendance prépondérante (25–44)	2.68	0.46	0.031	1.10	6.56
	Dépendance complète (15–24)	5.36	0.58	0.004	1.72	16.77
Risque d'escarres selon évaluation clinique subjective (oui)	16.55	0.18	< 0.001	11.74	23.34	
Intervention chirurgicale (oui)	1.57	0.11	< 0.001	1.27	1.93	
CIM GD Lésions traumatiques, empoisonnements, certaines autres conséquences de causes externes (oui)	1.40	0.16	0.038	1.02	1.92	
CIM GD Tumeurs (oui)	1.35	0.11	0.008	1.08	1.68	
CIM GD Certaines maladies infectieuses et parasitaires (oui)	1.27	0.12	0.052	1.00	1.62	
CIM GD Maladies de l'appareil digestif (oui)	1.23	0.11	0.053	1.00	1.51	
CIM GD Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles/tissu conjonctif (oui)	1.16	0.11	0.156	0.94	1.43	
CIM GD Troubles mentaux et du comportement (oui)	0.62	0.34	0.160	0.32	1.21	
CIM GD Maladies de l'oreille (oui)	0.60	0.33	0.122	0.31	1.15	
CIM GD Causes externes de morbidité (oui)	0.32	0.38	0.003	0.15	0.68	

	<i>OR</i>	Erreur standard	Valeur <i>p</i>	<i>OR</i> intervalle de confiance à 95 %	
Interaction type d'hôpital – CIM DG troubles mentaux et du comportement	1.14	0.10	0.205	0.93	1.40
Interaction type d'hôpital – âge	1.00	0.00	0.031	1.00	1.00
Interaction type d'hôpital – EDS	0.93	0.05	0.121	0.85	1.02

OR : rapports des cotes (odds ratios); valeur *p* : résultat du test de signification (valeur $p \leq 0.05$ en gras) ; EDS : échelle de dépendance aux soins ; GD : groupes de diagnostics.

La principale valeur est le rapport des cotes (*OR*) en lien avec la valeur *p* du test de signification et avec les intervalles de confiance (*IC*) du rapport des cotes. Si l'on s'appuie sur la valeur de la colonne *OR*, la variable prédictive la plus forte pour une escarre nosocomiale de catégorie 1 et supérieur est l'évaluation clinique subjective du risque d'escarres d'après les infirmier-ère-s. Si la patiente ou le patient est évalué-e comme étant à risque selon l'infirmier-ère, le risque d'escarre nosocomiale de catégorie 1 et supérieur est 16,6 fois plus élevé (*OR* 16,55 ; *IC* 11,74–23,34).

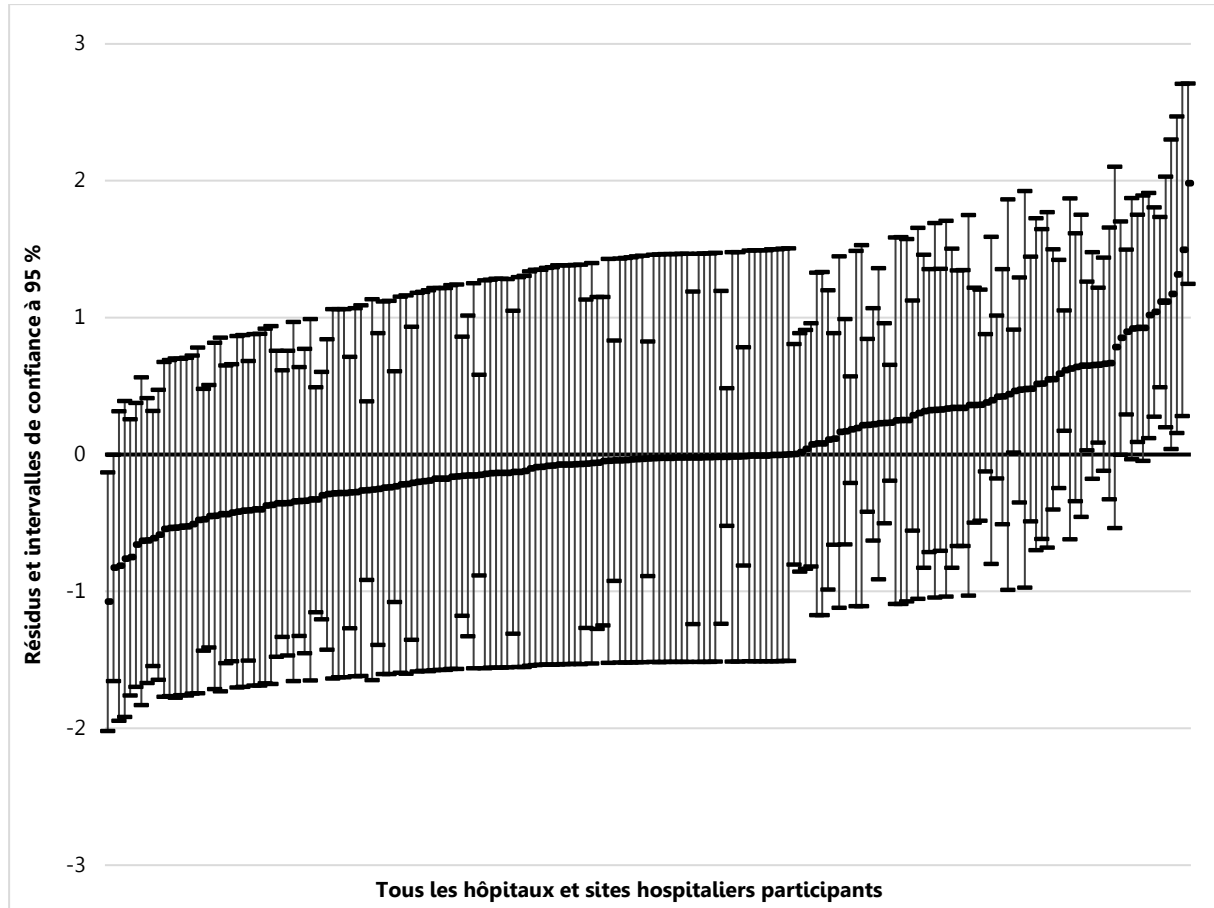
Une autre variable patient-e pertinente est celle de la dépendance aux soins. Le risque d'escarres augmente de façon quasi exponentielle avec la dépendance aux soins, résultant au niveau « dépendance complète » en un risque plus de 5 fois plus élevé que pour l'« indépendance complète » (*OR* 5,36 ; *IC* 1,72–16,77). On observe une corrélation similaire avec le nombre de jours depuis l'admission : plus une patiente ou un patient reste longtemps à l'hôpital, plus le risque de contracter une escarre est grand. En outre, une intervention chirurgicale dans les deux semaines ayant précédé la mesure est associée à un risque d'escarres 1,6 fois plus élevé (*OR* 1,57 ; *IC* 1,27–1,93).

Le modèle contient divers groupes de diagnostics CIM. Ceux d'entre eux qui se sont avérés significatifs en lien avec une escarre étaient les Lésions traumatiques, empoisonnements, certaines autres conséquences de causes externes, les Tumeurs et les Causes externes de morbidité. Les deux premiers diagnostics mentionnés augmentent le risque d'escarres (*OR* 1,40 ; *IC* 1,02–1,92 ou *OR* 1,35 ; *IC* 1,08–1,68) tandis que le dernier le diminue (*OR* 0,32 ; *IC* 0,15–0,68).

Trois variables d'interaction sont également reprises dans le modèle. En revanche, seule l'Interaction type d'hôpital – âge a montré une influence significative sur le risque d'escarres. Cela signifie que l'âge, en relation avec le type d'hôpital, est plus ou moins prédictif de l'apparition d'une escarre nosocomiale.

Compte tenu des variables patient-e-s présentées au tableau 2, l'évaluation des résidus des escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur donne pour l'ensemble des hôpitaux les résultats suivants (figure 7). L'axe X du graphique représente chaque hôpital et site hospitalier, tandis que l'axe Y représente les résidus correspondants (effets des hôpitaux) avec les intervalles de confiance à 95 %.

Figure 7 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur – tous les hôpitaux et sites hospitaliers participants



Pour la comparaison des hôpitaux ajustée au risque, la référence est le total des hôpitaux participants. Par conséquent, comme la structure des risques se base sur un grand échantillon, les résultats sont statistiquement plus pertinents. Les chiffres situés dans la zone positive indiquent un écart dans le sens clinique négatif, autrement dit une plus grande fréquence des escarres nosocomiales après ajustement des résultats au risque dans l'hôpital concerné. Les chiffres situés dans la zone négative indiquent un taux de prévalence des escarres nosocomiales plus faible que la moyenne de tous les hôpitaux.

Ces résultats montrent que 16 hôpitaux affichent un écart significatif d'un point de vue statistique par rapport à l'ensemble des hôpitaux suisses, de par le fait que leurs intervalles de confiance ne coupent pas la ligne du zéro. Autrement dit, compte tenu des variables patient-e-s indiquées au tableau 2, on constate une homogénéité relative entre les hôpitaux. Un facteur qui contribue certainement à ce phénomène est le petit nombre de cas dans beaucoup d'hôpitaux, ce qui donne des intervalles de confiance très larges. Ceux-ci reflètent la certitude ou l'incertitude statistique avec laquelle il faut interpréter les résultats.

Le graphique peut être lu de la manière suivante (exemple de lecture) : si l'on observe les points de données dans la marge de droite, 14 hôpitaux affichent des points de données (résidus) au-dessus de la ligne du zéro. La différence par rapport à d'autres hôpitaux consiste en l'absence de coupure de la ligne du zéro par les intervalles de confiance de ces 14 hôpitaux. Bien que de nombreux hôpitaux enregistrent des taux d'escarres nosocomiales plus importants que la moyenne de tous les hôpitaux, le

constat n'est statistiquement significatif que pour les 14 hôpitaux dont l'intervalle de confiance global est situé au-dessus de la ligne du zéro. Deux hôpitaux présentent en outre une fréquence significativement inférieure des escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur (marge de gauche).

4.3.2. Escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur

La détection formelle de l'escarre de catégorie 1 est difficile. C'est pourquoi les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur font l'objet d'une analyse distincte. Le tableau 3 présente les variables patient-e-s du modèle hiérarchique pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur.

Tableau 3 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives – escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur

		<i>OR</i>	Erreur standard	Valeur <i>p</i>	<i>OR</i> intervalle de confiance à 95 %	
Nombre des jours depuis l'admission	0–7 jours	Référence				
	8–14 jours	2.52	0.19	< 0.001	1.75	3.63
	15–28 jours	3.34	0.20	< 0.001	2.26	4.93
	≥ 29 jours	6.15	0.23	< 0.001	3.94	9.60
EDS	Indépendance complète (70–75)	Référence				
	Indépendance prépondérante (60–96)	1.10	0.25	0.692	0.68	1.81
	Dépendance partielle (45–59)	1.19	0.26	0.494	0.72	1.98
	Dépendance prépondérante (25–44)	1.83	0.27	0.026	1.08	3.13
	Dépendance complète (15–24)	3.77	0.29	< 0.001	2.12	6.69
Risque d'escarres selon évaluation clinique subjective (oui)	10.53	0.26	< 0.001	6.39	17.36	
Intervention chirurgicale (oui)	1.36	0.15	0.040	1.01	1.81	
CIM GD Lésions traumatiques, empoisonnements, certaines autres conséquences de causes externes (oui)	1.78	0.21	0.006	1.18	2.69	
CIM GD Certaines maladies infectieuses et parasitaires (oui)	1.51	0.16	0.012	1.09	2.08	
CIM GD Tumeurs (oui)	1.32	0.16	0.077	0.97	1.80	
CIM GD Maladies de l'appareil respiratoire (oui)	1.31	0.15	0.072	0.98	1.76	
CIM GD Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles/tissu conjonctif (oui)	1.26	0.15	0.115	0.94	1.69	
CIM GD troubles mentaux et du comportement (oui)	0.69	0.17	0.029	0.49	0.96	
CIM GD Causes externes de morbidité (oui)	0.25	0.60	0.021	0.08	0.81	

OR : rapports des cotes (odds ratios) ; valeur *p* : résultat du test de signification (valeur *p* ≤ 0.05 en gras) ; EDS : échelle de dépendance aux soins ; GD : groupes de diagnostics.

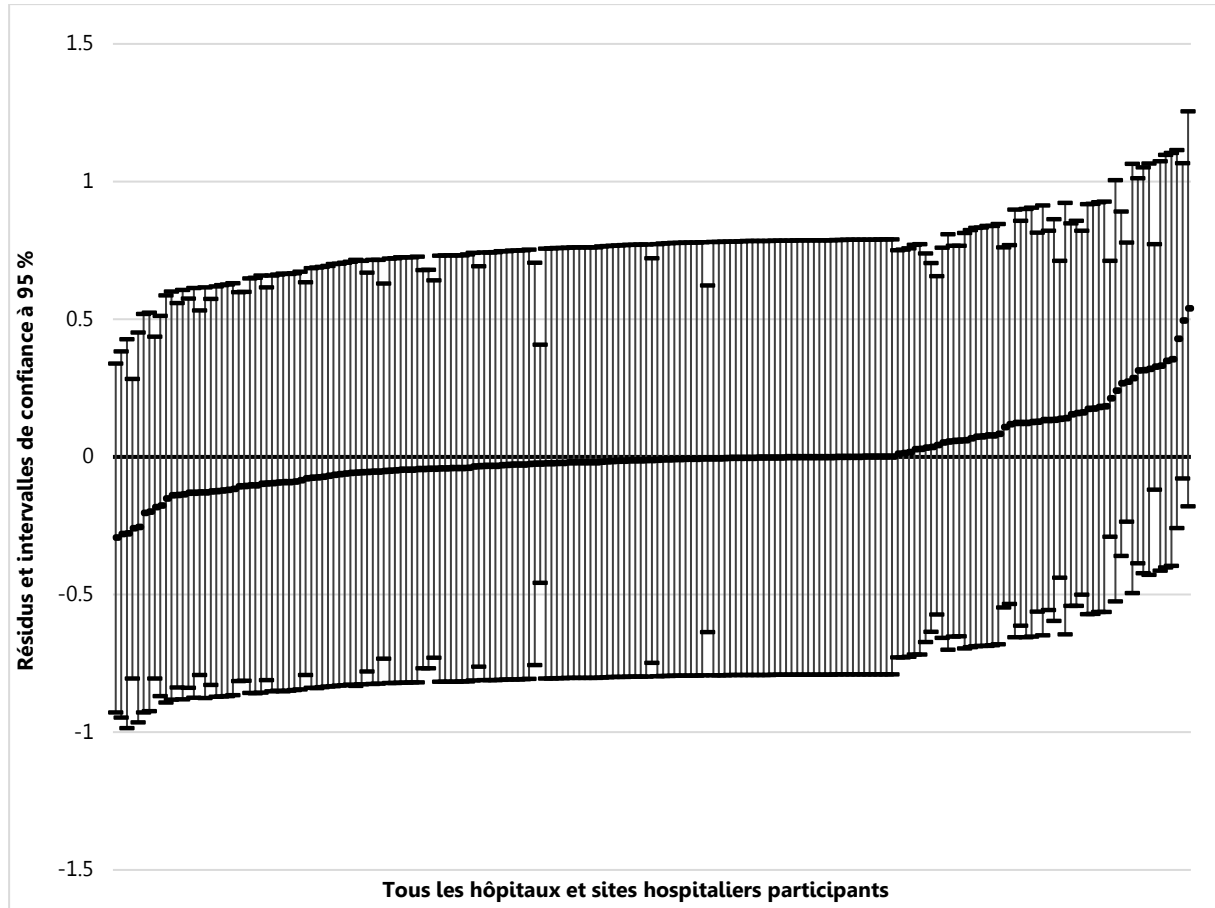
Comme pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur, c'est également l'évaluation clinique subjective qui se révèle la variable prédictive la plus forte d'après les valeurs de la colonne *OR*. Lorsque l'évaluation du risque d'escarres par l'infirmier-ère est positive, le risque de contracter une escarre nosocomiale de catégorie 2 et supérieur est quasi 11 fois plus élevé (*OR* 10,53 ; *IC* 6,39–17,36).

Les autres variables patient-e-s se présentent elles aussi de la même manière que pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur. Ainsi, le risque de contracter une escarre nosocomiale de catégorie 2 et supérieur augmente avec la hausse de la dépendance aux soins, mais de façon plutôt linéaire et non exponentielle comme pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur. Au niveau de la « dépendance complète », le risque est tout juste 4 fois plus élevé (*OR* 3,77 ; *IC* 2,12–6,69) que pour le degré « indépendance complète ». En revanche, la corrélation entre le nombre de jours depuis l'admission et les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur est plus forte que pour la catégorie 1 et supérieur. Ainsi, le risque d'escarre pour un nombre de jours depuis l'admission supérieur à 28 est multiplié par un peu plus de 6 par rapport à un nombre de jours depuis l'admission de 7 maximum (*OR* 6,15 ; *IC* 3,94–9,60). Comme pour les escarres de catégorie 1 et supérieur, une opération dans les deux semaines précédentes est associée à un risque d'escarres plus élevé pour la catégorie 2 et supérieur (*OR* 1,36 ; *IC* 1,01–1,81).

L'éventail de groupes de diagnostics CIM compris dans le modèle est similaire à celui des escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur. Les groupes de diagnostics CIM s'avérant propres à augmenter significativement le risque sont les Lésions traumatiques, empoisonnements, certaines autres conséquences de causes externes (*OR* 1,78 ; *IC* 1,18–2,69) et Certaines maladies infectieuses et parasitaires (*OR* 1,51 ; *IC* 1,09–2,08). Les groupes de diagnostics CIM qui diminuent le risque de façon significative sont quant à eux les Causes externes de morbidité (*OR* 0,25 ; *IC* 0,08–0,81) ainsi que les Troubles mentaux et du comportement (*OR* 0,69 ; *IC* 0,49–0,96).

Tenant compte des variables patient-e-s du tableau 3, on obtient la comparaison ajustée au risque des hôpitaux suivante pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur (figure 8).

Figure 8 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur – tous les hôpitaux et sites hospitaliers participants



L'évaluation de l'ensemble des hôpitaux montre qu'aucun hôpital ne s'écarte significativement de la moyenne de tous les hôpitaux. Pour cet indicateur, on constate donc une nette homogénéité entre les hôpitaux.

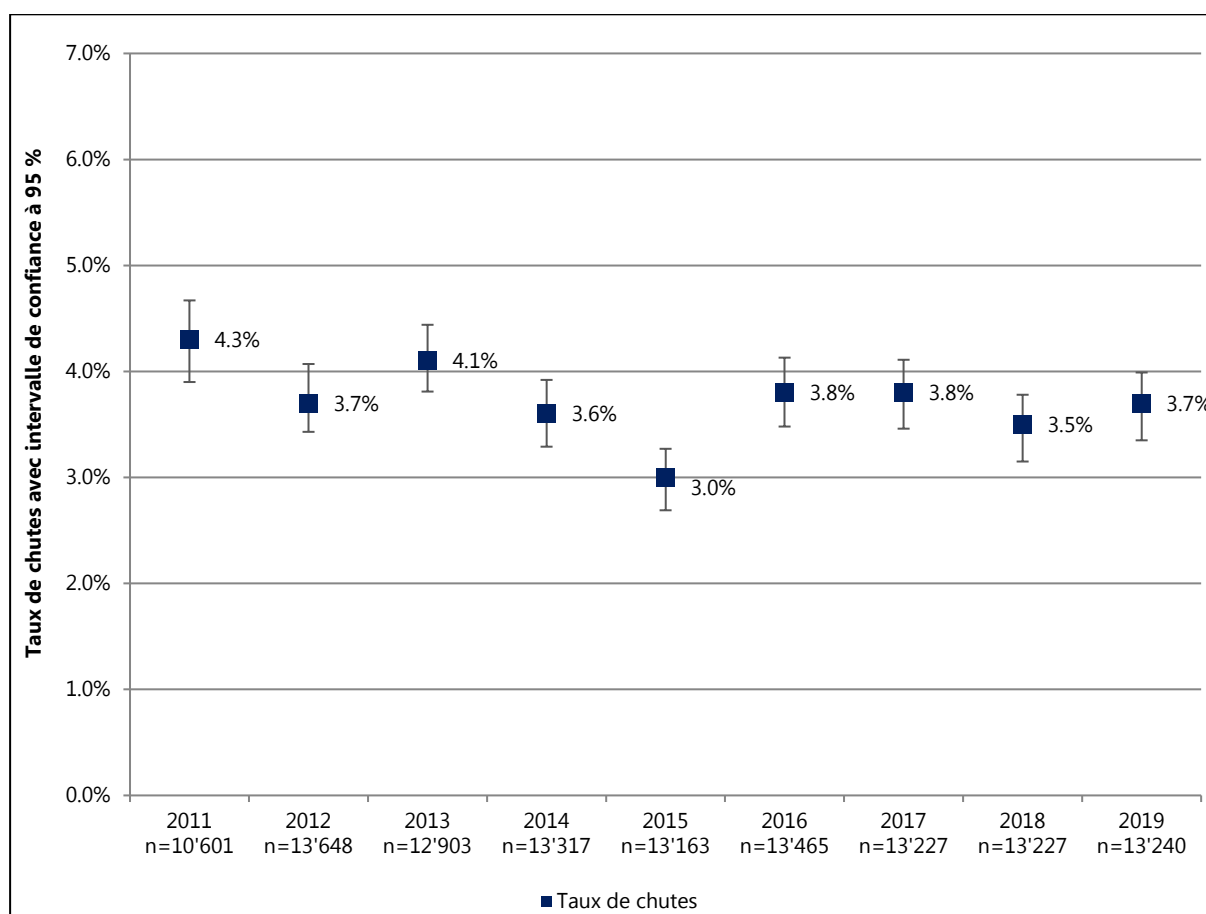
5. Indicateur chutes

Le présent chapitre décrit les taux de chutes à l'hôpital, les taux de blessure ainsi que l'analyse ajustée au risque de l'indicateur chutes.

5.1. Taux de chutes à l'hôpital

La figure 9 indique le taux de chutes survenues à l'hôpital au cours des neuf dernières années de mesure au niveau national.

Figure 9 : comparaison des taux de chutes à l'hôpital sur les 9 dernières années de mesure*

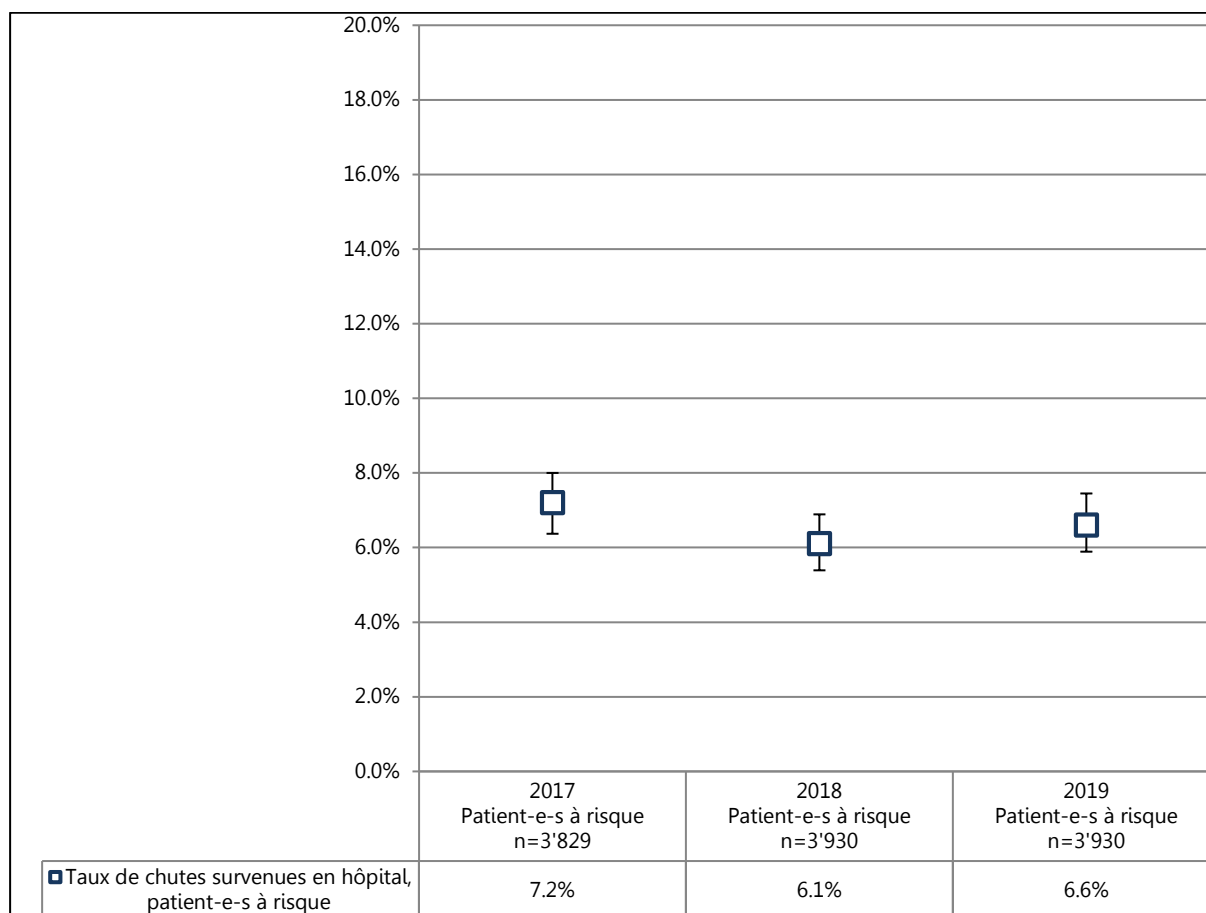


* Les résultats des trois dernières années de mesure, répartis par type d'hôpital, se trouvent dans le tableau 11 en annexe.

Ces neuf dernières années de mesure, le taux national de chutes à l'hôpital variait entre 3,0 % et 4,3 % ; en 2019, il était de 3,7 %. En 2011, avec 4,3 %, le taux de chutes national était significativement supérieur à celui observé lors des années de mesure 2015 et 2018, étant donné que l'intervalle de confiance à 95 % (3,90–4,67) ne présentait pas de chevauchement avec les intervalles de confiance de ces années. En 2015, avec 3,0 %, il s'agissait de la première fois qu'une valeur inférieure à 3,5 % était constatée. Cette valeur est significativement inférieure à celle des années de mesure 2011 à 2017 et 2019. On obtient une différence tout juste non significative par rapport à la mesure de 2018. Au demeurant, d'un point de vue statistique, les différences sont de nature aléatoire.

La figure 10 indique les taux de chutes à l'hôpital des trois dernières années de mesure pour les patient-e-s à risque de chute en raison d'une chute dans l'anamnèse.

Figure 10 : taux de chutes survenues à l'hôpital chez les patient-e-s à risque au cours des 3 dernières années de mesure*



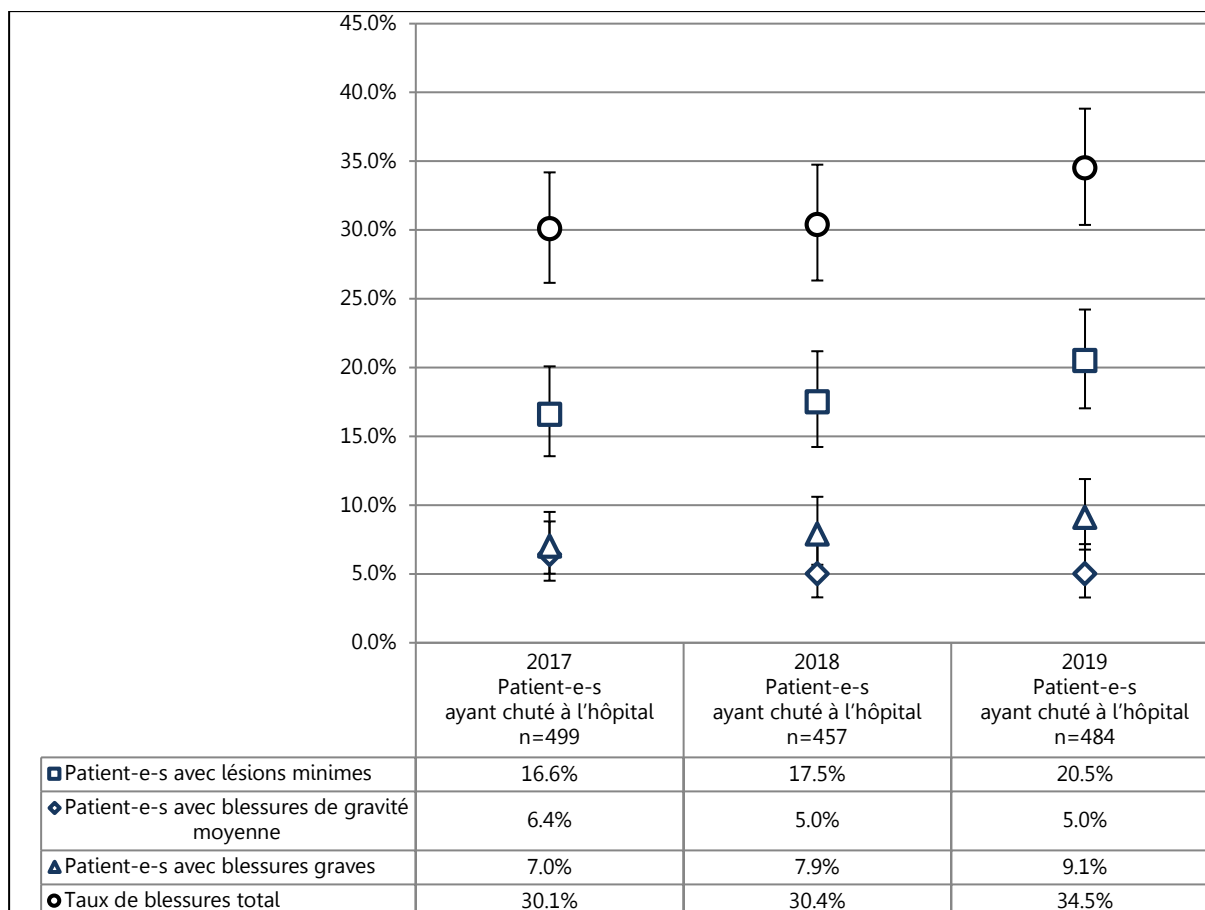
* Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 11 en annexe.

Ces neuf dernières années, le taux national de chutes à l'hôpital chez les patient-e-s à risque variait entre 6,1 % et 7,2 % ; en 2019, il était de 6,6 %. D'un point de vue statistique, ces fluctuations sont de nature aléatoire. On peut cependant constater que le taux de chutes du groupe des patient-e-s à risque équivaut à peu près au double de celui de l'ensemble des patient-e-s participant-e-s.

5.2. Taux de blessures

La figure 11 présente, au niveau national, les taux de blessures des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital au cours des trois dernières années de mesure.

Figure 11 : taux de blessures des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure*



* Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 12 en annexe.

Au niveau national, le taux total de blessures variait entre 30,1 % et 34,5 % ces trois dernières années de mesure ; en 2019, il était de 34,5 %. On observe une tendance à la hausse des taux de blessures minimales et graves, tandis que celui des blessures de gravité moyenne reste relativement stable. D'un point de vue statistique, ces écarts sont de nature aléatoire.

5.3. Évaluation ajustée au risque de l'indicateur chutes

Ci-après sont rapportés les résultats ajustés au risque pour l'indicateur chutes à l'hôpital de manière analogue à l'indicateur escarres (voir aussi l'exemple de lecture à la page 20). En annexe se trouvent également les représentations graphiques des comparaisons des hôpitaux ajustées au risque réparties par type d'hôpital (figures 22 à 25) ainsi que des chiffres clés détaillés par hôpital (tableau 13).

Le tableau 4 présente les variables patient-e-s du modèle hiérarchique pour les chutes à l'hôpital.

Tableau 4 : variables du modèle de régression logistique et hiérarchique et valeurs représentatives – chutes à l'hôpital

		OR	Erreur standard	valeur p	OR intervalle de confiance à 95 %	
Groupe d'âge	18–54 ans	Référence				
	55–74 ans	1.29	0.21	0.231	0.85	1.95
	≥ 75 ans	2.06	0.23	0.002	1.31	3.25
Nombre des jours depuis l'admission	0–7 jours	Référence				
	8–14 jours	1.85	0.12	<0.001	1.47	2.34
	15–28 jours	2.98	0.13	<0.001	2.30	3.87
	≥ 29 jours	3.79	0.18	<0.001	2.67	5.40
EDS	Indépendance complète (70–75)	Référence				
	Indépendance prépondérante (60–96)	1.84	0.14	<0.001	1.39	2.42
	Dépendance partielle (45–59)	2.39	0.15	<0.001	1.79	3.19
	Dépendance prépondérante (25–44)	2.68	0.17	<0.001	1.93	3.73
	Dépendance complète (15–24)	1.25	0.30	0.455	0.70	2.23
Chute dans l'anamnèse (oui)	1.97	0.10	<0.001	1.61	2.39	
Sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement (oui)	1.54	0.11	<0.001	1.26	1.90	
Sexe (féminin)	0.81	0.10	0.032	0.67	0.98	
CIM GD Troubles mentaux et du comportement (oui)	1.54	0.11	<0.001	1.25	1.89	
CIM GD Tumeurs (oui)	1.31	0.11	0.011	1.06	1.62	
CIM GD Facteurs infl. sur état santé – motifs recours serv. santé (oui)	1.27	0.15	0.109	0.95	1.72	
CIM GD Maladies du système nerveux (oui)	1.20	0.12	0.122	0.95	1.52	
CIM GD Maladies de l'oreille (oui)	0.40	0.34	0.006	0.21	0.77	
Interaction type d'hôpital – âge	1.00	0.00	0.074	1.00	1.00	
Interaction type d'hôpital – intervention chirurgicale	0.94	0.03	0.054	0.88	1.00	

OR : rapports des cotes (odds ratios) ; valeur p : résultat du test de signification (valeur $p \leq 0.05$ en gras) ; EDS : échelle de dépendance aux soins ; GD : groupes de diagnostics.

La principale valeur, comme pour les escarres, est le rapport des cotes (*OR*) en lien avec la valeur *p* du test de signification et avec les intervalles de confiance (*IC*) du rapport des cotes. Par comparaison avec les modèles utilisés pour les escarres nosocomiales, il n'y a aucune variable patient-e présentant un *OR* élevé pour les chutes. Les deux variables de risque spécifiques aux chutes augmentent la probabilité d'une chute à l'hôpital d'un facteur 2 en cas d'une chute dans l'anamnèse (*OR* 1,97 ; *IC* 1,61–2,39) et de 1,5 lors de la prise de sédatifs et/ou de médicaments influençant le comportement (*OR* 1,54 ; *IC* 1,26–1,90).

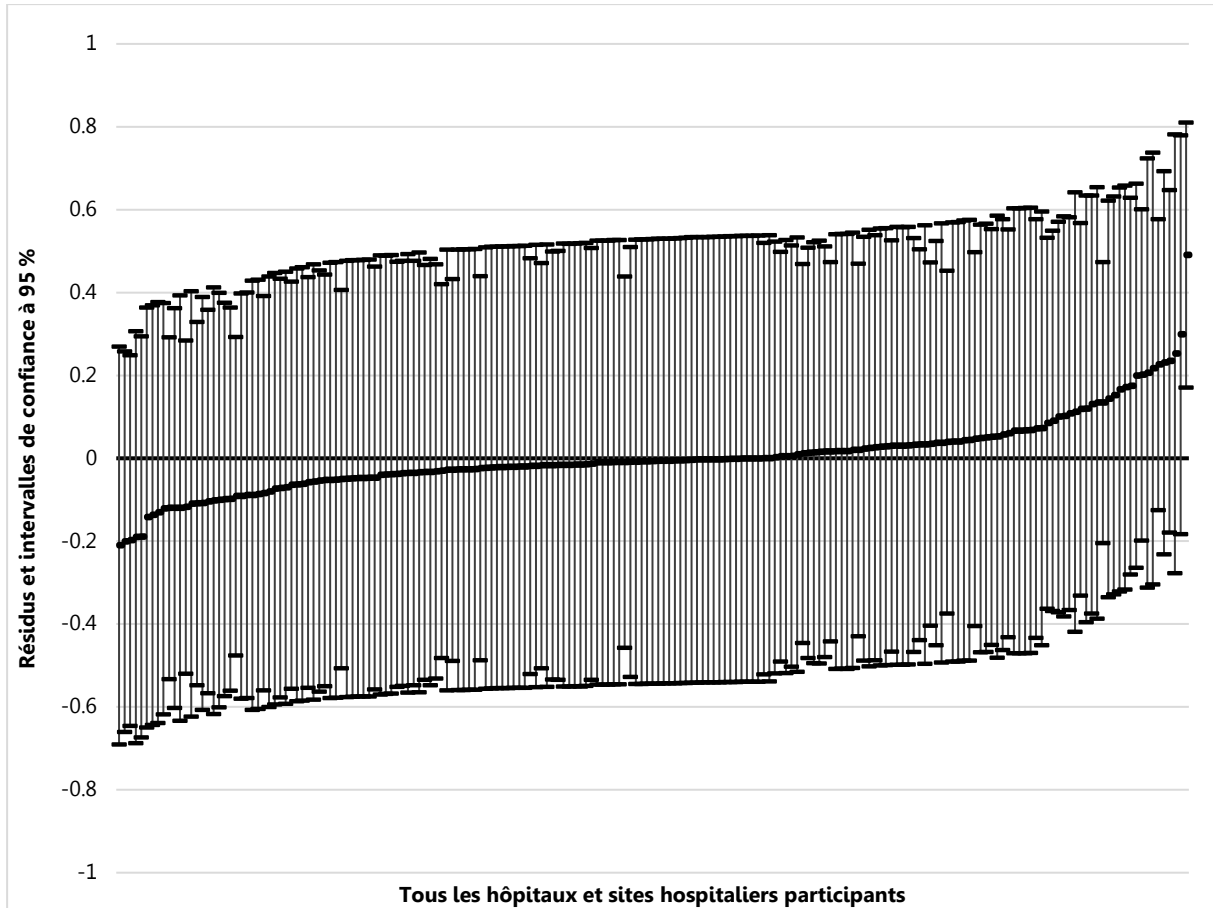
En outre, il existe une corrélation entre un nombre croissant de jours depuis l'admission et un plus fort risque de chuter. Par exemple, le risque est multiplié par 4 lorsque le nombre de jours depuis l'admission est de plus de 28 jours par rapport à un séjour de 7 jours ou moins (*OR* 3,79 ; *IC* 2,67–5,40). Pour la variable de la dépendance aux soins, le risque augmente constamment jusqu'au degré « dépendance prépondérante » (*OR* 2,68 ; *IC* 1,93–3,73). Le degré « dépendance complète » n'est cependant pas lié à un risque significativement plus élevé par rapport au degré « indépendance complète ». Les patient-e-s âgé-e-s de 75 ans et plus présentent également un risque deux fois plus élevé de chuter que celles et ceux de 18 à 54 ans (*OR* 2,06 ; *IC* 1,31–3,25). En outre, les patientes présentent un risque moindre de chuter que les patients (*OR* 0,81 ; *IC* 0,67–0,98).

Le modèle contient divers groupes de diagnostics CIM. Ceux qui s'avéraient augmenter significativement le risque de chutes étaient les Troubles mentaux et du comportement (*OR* 1,54 ; *IC* 1,25–1,89) et les Tumeurs (*OR* 1,31 ; *IC* 1,06–1,62). Ceux qui diminuaient significativement le risque étaient les Maladies de l'oreille (*OR* 0,40 ; *IC* 0,21–0,77).

Le modèle comprenait en outre deux interactions non significatives sur le plan statistique, à savoir les interactions type d'hôpital – âge et type d'hôpital – intervention chirurgicale.

Si l'on tient compte des variables patient-e-s du tableau 4, on obtient la comparaison ajustée au risque des hôpitaux suivante pour les chutes à l'hôpital (figure 12).

Figure 12 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital – tous les hôpitaux et sites hospitaliers participants



On constate (cf. exemple de lecture page 20), lorsque l'on prend en compte les variables patient-e-s du tableau 4, qu'un hôpital s'écarte significativement positivement, cependant négativement au sens clinique, de la moyenne de l'ensemble des hôpitaux suisses. Aucun hôpital ne s'écarte positivement au sens clinique de la moyenne de l'ensemble des hôpitaux suisses. On constate donc également, pour l'indicateur chute à l'hôpital, une nette homogénéité entre les hôpitaux.

6. Discussion relative à la mesure globale

Ci-après sont abordés les problématiques de la population, des résultats descriptifs ainsi que des résultats ajustés au risque de l'indicateur escarres et de l'indicateur chutes au regard des valeurs comparatives (inter)nationales. Les valeurs référencées sont issues des recherches dans la littérature mentionnée dans les rapports comparatifs précédents (accompagnés des références ad hoc) ou basées sur des publications publiées depuis. Par ailleurs, le concept d'évaluation (Thomann et al., 2020), disponible sur le site Web de l'ANQ, mentionne d'autres points de discussion portant sur la méthodologie.

6.1. Population

L'analyse de l'année de mesure 2019 a porté sur les données de 193 hôpitaux. Le jour de la collecte, sur les 17 464 patient-e-s hospitalisé-e-s, 13 240 ont participé à la mesure. Le taux de participation était donc de 75,8 %, soit un taux tout juste inférieur à 80 %, comme pour les années précédentes. Tout comme c'était le cas auparavant, il conviendrait de chercher à atteindre un taux de participation de 80 % minimum, qui augmenterait la représentativité et donc la comparabilité avec les données (inter)nationales. Une politique d'information publique dynamique pourrait s'avérer utile dans ce contexte afin d'informer les patient-e-s ainsi que leurs représentant-e-s de l'importance de la mesure et de les motiver à y participer. Malgré cette limitation, les résultats suisses peuvent être considérés comme représentatifs, la mesure de la prévalence prenant en compte quasiment tous les hôpitaux de soins aigus de toutes les régions (collecte exhaustive).

Le tableau 5 donne un aperçu de certaines caractéristiques des patient-e-s participant-e-s à la mesure de 2019 pour lesquelles des valeurs comparatives de la mesure LPZ d'Autriche sont disponibles.

Tableau 5 : les caractéristiques des patient-e-s de Suisse et d'Autriche

		Suisse LPZ 2019	Autriche LPZ 2019
Patient-e-s participant-e-s	<i>n</i>	13240	2468
Âge (en ans)	<i>VM (ÉT)</i>	67.4 (17.07)	66.6 (16.74)
	<i>Médiane (ÉI)</i>	71.0 (23.00)	70.0 (22.00)
Nombre des jours depuis l'admission	<i>VM (ÉT)</i>	7.1 (11.00)	19.9 (219.09)
	<i>Médiane (ÉI)</i>	4.0 (7.00)	6.0 (11.00)
Nombre des groupes de diagnostics CIM	<i>VM (ÉT)</i>	3.5 (2.17)	2.8 (1.77)
	<i>Médiane (ÉI)</i>	3.0 (3.00)	2.0 (3.00)
Échelle de la dépendance aux soins (EDS)*	<i>VM (ÉT)</i>	64.6 (13.33)	65.3 (14.35)
	<i>Médiane (ÉI)</i>	70.0 (14.00)	72.0 (14.00)

VM : valeur moyenne ; *ÉT* : écart type (standard déviation) ; *médiane* : valeur centrale (décrit la valeur au centre d'une distribution ; elle n'est pas sensible aux valeurs aberrantes. Cela signifie que 50 % des valeurs lui sont supérieures et 50 % inférieures) ; *ÉI* : écart interquartile (interquartile range).

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

La comparaison entre la Suisse et l'Autriche fait ressortir une grande similitude entre les populations. La seule différence visible est que la moyenne du nombre de jours depuis l'admission est bien plus élevée en Autriche. Cette valeur pourrait avoir été faussée par des durées d'hospitalisation très longues et probablement mal enregistrées (erreur au moment de la saisie) pour certain-e-s patient-e-s. C'est ce qui expliquerait la grande différence entre la moyenne et la médiane. C'est en partie pour cette raison qu'en Suisse, la BFH, en collaboration avec les hôpitaux, procède à un contrôle de plausibilité lorsque la durée d'hospitalisation indiquée dépasse les 200 jours (cf. Thomann et al., 2020).

Le tableau 6 reprend les groupes de diagnostics CIM les plus fréquents par comparaison avec les données de l'Office fédéral de la statistique (OFS, 2019) de l'année 2018 et les données LPZ de l'Autriche.

Tableau 6 : les groupes de diagnostics CIM les plus fréquents de Suisse et d'Autriche ainsi que selon les données de l'OFS

Sources des données		
	CIM groupe de diagnostic	n (%)
Suisse, données de l'OFS 2018	1. Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	175940 (13.7)
	2. Lésions traumatiques et autres conséquences de causes externes	174561 (13.6)
	3. Maladies de l'appareil circulatoire	154767 (12.1)
	4. Tumeurs	125765 (9.8)
Suisse, LPZ 2019	1. Maladies de l'appareil circulatoire	7614 (57.5)
	2. Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	5300 (40.0)
	3. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métab.	4803 (36.3)
	4. Maladies de l'appareil génito-urinaire	4393 (33.2)
Autriche, LPZ 2019	1. Maladies de l'appareil circulatoire	1215 (49.2)
	2. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métab.	846 (34.3)
	3. Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	671 (27.2)
	4. Maladies de l'appareil génito-urinaire	576 (23.3)

En Suisse comme en Autriche, ce sont les quatre mêmes groupes de diagnostics CIM qui sont saisis le plus souvent, même si l'ordre n'est pas tout à fait le même. Cela signifie que les populations des deux pays montrent une grande similitude également dans ce domaine. En revanche, les différences apparaissant avec les données de l'OFS sont très nettes (2019). Ces différences avec les statistiques de 2018 de l'OFS (2019) sont vraisemblablement dues au fait que seuls sont pris en compte les diagnostics principaux dans cette analyse, et non plusieurs diagnostics par patient-e.

6.2. Discussion quant à l'indicateur escarres

Le chapitre suivant replace les taux nationaux de prévalence des escarres dans le contexte international et aborde les résultats ajustés au risque de l'indicateur escarres.

6.2.1. Comparaison internationale des taux de prévalence des escarres

Le tableau 7 met en regard les résultats des trois dernières mesures LPZ de Suisse et d'Autriche. Les caractéristiques des participant-e-s par pays sont décrites au chapitre 6.1.

Tableau 7 : taux de prévalence des escarres des 3 dernières mesures LPZ répartis par groupes de patients et par pays (Suisse et Autriche)

		Suisse LPZ	Autriche LPZ
Patient-e-s participant-e-s		<i>n</i>	<i>n</i>
	2019	13240	2468
	2018	13227	3382
	2017	13227	3169
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Prévalence totale	2019	809 (6.1)	88 (3.6)
	2018	765 (5.8)	97 (2.9)
	2017	911 (6.9)	121 (3.8)
Prévalence catégorie ≥ 2	2019	435 (3.3)	61 (2.5)
	2018	400 (3.0)	68 (2.0)
	2017	521 (3.9)	85 (2.7)
Prévalence nosocomiale totale	2019	510 (3.9)	35 (1.4)
	2018	481 (3.6)	42 (1.2)
	2017	569 (4.3)	42 (1.3)
Prévalence nosocomiale catégorie ≥ 2	2019	222 (1.7)	21 (0.9)
	2018	199 (1.5)	26 (0.8)
	2017	271 (2.0)	24 (0.8)
Patient-e-s à risque d'escarre		<i>n</i>	<i>n</i>
	2019	4179	444
	2018	4034	507
	2017	3846	558
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Prévalence nosocomiale totale patient-e-s à risque d'escarre	2019	461 (11.0)	29 (6.5)
	2017	436 (10.8)	39 (7.7)
	2016	489 (12.7)	40 (7.2)
Prévalence nosocomiale catégorie ≥ 2 patient-e-s à risque d'escarre	2019	199 (4.8)	19 (4.3)
	2018	184 (4.6)	23 (4.5)
	2017	233 (6.1)	23 (4.1)

Pour tous les taux de prévalence des escarres, on observe que les taux suisses sont plus élevés que ceux d'Autriche pour les trois dernières mesures LPZ. Les raisons pour lesquelles les taux autrichiens sont plus faibles ne sont pas claires. Les deux pays utilisant la même méthode pour la collecte des taux de prévalence des escarres, on ne peut supposer qu'il y ait un biais de nature méthodologique. Au mieux, les différences sont dues au fait que la participation des hôpitaux en Autriche est facultative. Il serait donc possible que seuls participent en Autriche les hôpitaux présentant déjà un niveau de qualité (très) élevé. On ne peut cependant pas le conclure de façon définitive.

Par comparaison avec la littérature internationale, les taux de Suisse se classent dans le bas de la fourchette : pour la *prévalence totale*, une revue européenne portant sur les données des années 1982 à 2018 fait état d'une largeur de fenêtre de 4,6 % à 27,2 % (Moore et al., 2019). Pour le *taux de prévalence nosocomiale totale*, la littérature internationale donne des chiffres allant de 1,0 % à 18,7 %

(Ferguson, Crouchley, Mason, Prentice, & Ling, 2019; Kayser, VanGilder, & Lachenbruch, 2019; Thomann et al., 2019). Pour le *taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur*, on trouve des valeurs évoluant entre 2,0 % et 4,4 % (Ferguson et al., 2019; Kayser et al., 2019; Thomann et al., 2019), la littérature se faisant cependant nettement plus rare. On ne peut pas, en revanche, utiliser de données comparables pour le *taux de prévalence nosocomiale chez les patient-e-s à risque*, comme il n'existe aucune donnée de ce type pour lesquelles le risque a fait l'objet d'une évaluation clinique subjective. En règle générale, il convient ici de tenir compte du fait que ces largeurs de fenêtres couvrent différents types d'études et de méthodes (revues, études individuelles rétrospectives, récolte de données extraites d'une mesure transversale, etc.).

6.2.2. Résultats ajustés au risque de l'indicateur escarres

Par rapport aux années précédentes, seules de faibles différences sont visibles. Le nombre d'hôpitaux identifiés comme « hors norme » varie un peu plus fortement uniquement pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur. Lors de la mesure de 2017, on comptait treize hôpitaux présentant un taux de prévalence des escarres nosocomiales significativement plus élevé et un hôpital qui s'écartait positivement au sens clinique de la moyenne. En 2018, ils étaient cinq hôpitaux à présenter un écart significatif négatif au sens clinique. En 2019, on observait à nouveau 14 hôpitaux qui se distinguaient négativement au sens clinique, et deux positivement, de la moyenne de tous les hôpitaux. On constate cependant une certaine constance des hôpitaux considérés comme « hors norme ». Sept des 14 hôpitaux s'écartant négativement au sens clinique de l'année de mesure 2019 avaient fait au moins une fois partie des établissements présentant des valeurs aberrantes lors des mesures précédentes.

Pour les escarres de catégorie 2 et supérieur, le nombre des hôpitaux « hors norme » avait toujours évolué à un faible niveau ; par comparaison, le nombre d'hôpitaux présentant des valeurs aberrantes négatives au sens clinique en 2017, avec un total de quatre, était donc élevé. Dans les mesures effectuées avant 2017, le nombre d'hôpitaux présentant des valeurs aberrantes évoluait entre 0 et 3. En 2019, comme déjà en 2018, on ne comptait pas d'hôpitaux « hors norme ».

Les variables patient-e-s ayant servi pour l'ajustement au risque de 2019 diffèrent en partie de celles des années précédentes. Ceci s'explique d'une part par le fait qu'une nouvelle sélection des variables est réalisée tous les ans, et qu'elle tient par conséquent compte du contexte du jeu de données en question. Cette procédure suit le déroulement statistique de sélection et non pas le déroulement clinique théorique, qui repose sur un modèle de variables prédictives plus ou moins établi. D'autre part, les items recueillis changent occasionnellement en fonction du développement du questionnaire (Thomann et al., 2020).

Lors des dernières années de mesure, l'évaluation clinique subjective des infirmiers-ère-s s'était présentée comme la variable prédictive la plus forte dans les deux analyses des escarres nosocomiales, ce qui concorde avec les lignes directrices de l'EPUAP, qui accordent également une grande importance à l'évaluation clinique subjective (NPUAP-EPUAP-PPPIA, 2014). De plus, la dépendance croissante aux soins s'est également révélée comme une variable prédictive importante pour une escarre nosocomiale, tout comme l'allongement du nombre de jours depuis l'admission. Ce dernier, plus particulièrement, doit être interprété avec une certaine prudence : d'un côté, un nombre croissant de jours depuis l'admission peut augmenter le risque d'exposition pour l'escarre, et d'un autre, le grand nombre de jours depuis l'admission peut également faire suite à l'apparition d'une escarre, les patient-e-s présentant une escarre devant éventuellement rester hospitalisé-e-s plus longtemps. Le déroulement chronologique d'un risque ou d'un résultat ne peut être analysé qu'au sein d'une étude transversale.

Concernant les groupes de diagnostics CIM contenus dans le modèle, aucune constante ne se dégage dans les mesures passées. D'une part, ce sont différents groupes de diagnostics CIM qui sont sélectionnés à chaque fois, et d'autre part, la corrélation entre la variable et le risque (le fait qu'elle l'augmente ou le diminue) change même pour certains groupes de diagnostics d'une mesure à l'autre.

Ce phénomène peut s'expliquer par le fait que la collecte se fait un jour de référence, et que les caractéristiques (de risque) des patient-e-s varient donc elles aussi tous les ans, et plus particulièrement en termes de groupes de diagnostics CIM.

Comme pour le nombre de jours depuis l'admission, il convient pour l'utilisation des groupes de diagnostics CIM de prendre en compte que le développement d'une escarre peut tout autant représenter un facteur de risque que le résultat d'une maladie telle que définie dans le catalogue CIM. Les données disponibles ici ne permettent pas de faire la distinction entre cause et effet. Pour résumer, il n'est pas toujours facile de dire clairement, pour certaines des variables de l'ajustement au risque intégrées au modèle, si ces variables patient-e-s augmentent effectivement le risque de développement d'une escarre, ou plutôt si elles sont à considérer comme la conséquence d'une escarre.

6.3. Discussion quant à l'indicateur chutes

Le chapitre suivant replace les taux nationaux de chutes à l'hôpital et de blessures consécutives aux chutes dans le contexte international et aborde les résultats ajustés au risque de l'indicateur chutes.

6.3.1. Comparaison internationale des taux de chutes et des taux de blessures consécutives aux chutes

Le tableau 8 met en regard les résultats des trois dernières mesures LPZ de Suisse avec ceux de l'Autriche. Les caractéristiques des participant-e-s par pays sont décrites au chapitre 6.1.

Tableau 8 : taux de chutes des 3 dernières mesures LPZ répartis par groupes de patient-e-s et par pays (Suisse et Autriche)

		Suisse LPZ	Autriche LPZ
Patient-e-s participant-e-s		<i>n</i>	<i>n</i>
	2019	13240	2468
	2018	13227	3382
	2017	13227	3169
Taux de chutes survenues à l'hôpital		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	2019	484 (3.7)	106 (4.3)
	2018	457 (3.5)	129 (3.8)
	2017	499 (3.8)	136 (4.3)
Patient-e-s à risque de chute		<i>n</i>	<i>n</i>
	2019	3930	551
	2018	3930	746
	2017	3829	788
Taux de chutes survenues à l'hôpital patient-e-s à risque de chute		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	2019	261 (6.6)	60 (10.9)
	2018	240 (6.1)	68 (9.1)
	2017	274 (7.2)	69 (8.8)

Le tableau 8 montre que les *taux de chutes* en Suisse pour toutes les patientes et tous les patients sont plus faibles que ceux de l'Autriche. On remarque cependant que les écarts sont nettement moins grands que pour l'indicateur escarres. Dans la littérature internationale, le taux de chutes à l'hôpital évolue dans une largeur de fenêtre de 0,6 % à 17,0 % (Thomann et al., 2019), les taux de Suisse se situant dans le tiers inférieur. Dans les grandes lignes, comme déjà souligné lors de la mesure de l'année précédente (Thomann et al., 2019), il n'existe dans la littérature internationale que peu de données comparatives pour les taux de chutes à l'hôpital, et ce pour diverses raisons (par exemple des

différences dans la conception des études, dans les bases de calcul). Les données de la mesure de la prévalence ne sont, au mieux, comparables qu'avec des études individuelles, en général rétrospectives.

Chez les *patient-e-s à risque*, le *taux de chutes* est également plus faible en Suisse qu'en Autriche. Dans la littérature, il n'existe aucune donnée comparable concernant le taux de chutes à l'hôpital chez les patient-e-s à risque. On note cependant que la chute dans l'anamnèse a été validée comme facteur de risque pertinent dans les outils d'évaluation établis (de Souza et al., 2019; Poe et al., 2018).

Taux de blessures consécutives aux chutes

Dans le cadre de programmes de développement de la qualité, l'interprétation combinée des taux de chutes et de blessures consécutives aux chutes permet de tirer des conclusions différenciées quant au développement de la qualité (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2013; Currie, 2008; Staggs, Davidson, Dunton, & Crosser, 2015) ; le tableau 9 met donc également en regard les taux des blessures consécutives aux chutes des trois dernières mesure LPZ de Suisse et d'Autriche.

Tableau 9 : taux de blessures des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital répartis par type d'hôpital et par pays (Suisse et Autriche) au cours des 3 dernières années de mesure

		Suisse LPZ	Autriche LPZ
Patient-e-s ayant chuté à l'hôpital		<i>n</i>	<i>n</i>
	2019	484	106
	2018	457	129
	2017	499	136
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Taux de blessures : lésions minimales	2019	99 (20.5)	32 (30.2)
	2018	80 (17.5)	36 (27.9)
	2017	83 (16.6)	34 (25.0)
Taux de blessures : blessures de gravité moyenne	2019	24 (5.0)	14 (13.2)
	2018	23 (5.0)	11 (8.5)
	2017	32 (6.4)	12 (8.8)
Taux de blessures : blessures graves	2019	44 (9.1)	6 (5.7)
	2018	36 (7.9)	6 (4.7)
	2017	35 (7.0)	7 (5.1)
Taux de blessures total	2019	167 (34.5)	52 (49.1)
	2018	139 (30.4)	53 (41.1)
	2017	150 (30.1)	53 (39.0)

Il s'avère que le *taux total de blessures* en Suisse est inférieur à celui de l'Autriche. Contrairement aux taux de chutes, les taux de blessures consécutives aux chutes sont enregistrés de façon plus homogène à l'échelle internationale, ce qui encourage la comparaison des données de la mesure de la prévalence avec celles de la littérature internationale. La largeur de fenêtre trouvée dans la littérature est comprise entre 15,8 % et 67,0 % (de Souza et al., 2019; Luzia, Prates, Bombardelli, Adorna, & Moura, 2019; Thomann et al., 2019), les valeurs pour la Suisse se situant ici dans le haut de la fourchette. Le fait que chez près de deux tiers des personnes concernées en Suisse, les chutes n'aient pas donné lieu à des conséquences, correspond aux données de la littérature.

Concernant le degré de gravité, on observe que le taux des *lésions minimales* de Suisse est plus faible qu'en Autriche et se situe dans le bas de la fourchette de la largeur de fenêtre de la littérature internationale (16,1 %–80,8 %, Luzia et al., 2019; Thomann et al., 2019). Pour le taux des *blessures de gravité moyenne*, les valeurs suisses des trois dernières années de mesure sont également inférieures à celles d'Autriche et dans le bas de la fourchette de la littérature internationale (1,6 %–18,0 %, Luzia et al., 2019; Thomann et al., 2019). Le taux des *blessures graves* en Suisse, sur les trois dernières années de mesure, est supérieur à celui d'Autriche et également dans le haut de la fourchette de la largeur de fenêtre trouvée dans la littérature de 0,7 % à 11,9 % (Luzia et al., 2019; Thomann et al., 2019). Il faut avoir à l'esprit qu'en général, plus la part de lésions minimales est élevée, plus on peut supposer que la prévention des chutes est de bonne qualité.

6.3.2. Résultats ajustés aux risques de l'indicateur chutes

Comme pour les escarres nosocomiales catégorie 2 et supérieur, le nombre d'établissements présentant des valeurs aberrantes a toujours évolué à un faible niveau pour l'indicateur chutes à l'hôpital. Après deux années sans établissement « hors norme », un hôpital s'est distingué en 2019 en présentant un taux de chutes significativement plus élevé que la moyenne de tous les hôpitaux.

Pour cet indicateur également, les variables patient-e-s utilisées pour l'ajustement au risque variaient d'une année de mesure sur l'autre. Si l'on considère les années de mesure passées, le nombre de jours depuis l'admission, la dépendance aux soins et une chute dans l'anamnèse se sont imposés comme les variables prédictives les plus fortes. Pour la dépendance aux soins, il est intéressant de noter que la dépendance complète n'est pas associée à un risque de chute significativement supérieur, ce qui s'explique probablement par une mobilité très limitée ou par une absence de mobilité des patient-e-s concerné-e-s. En ce qui concerne le nombre de jours depuis l'admission, on observe le même phénomène que pour les escarres : d'une part, un nombre de jours depuis l'admission plus élevé augmente le risque lié à l'exposition pour les chutes à l'hôpital ; d'autre part, une chute à l'hôpital, à plus forte raison si elle est suivie de conséquences, peut également conduire à une durée d'hospitalisation plus longue et ainsi à un nombre de jours depuis l'admission plus élevé.

Pour ce qui est des groupes de diagnostics CIM inclus dans le modèle, on constate également une certaine variabilité sur les années de mesure pour l'indicateur chutes. L'un des quelques groupes de diagnostics CIM constamment sélectionnés est celui des Troubles mentaux et du comportement, qui augmente le risque de chute. En général, on considère que les divers groupes de diagnostics CIM, tout comme les autres variables du modèle de l'ajustement au risque, peuvent être associés à un risque de chute, mais peuvent également être une conséquence d'une chute à l'hôpital.

6.4. Développement de la qualité dans le contexte international

Parvenir à implémenter durablement des mesures de développement de la qualité constitue un défi qui nécessite un fort leadership (Sfantou et al., 2017; Vaughn et al., 2018). Ainsi, par exemple, on relève l'importance du leadership même dans le contexte des Magnet Hospitals (hôpitaux « aimants ») aux États-Unis, qui présentent souvent de meilleurs résultats patient-e-s (outcome) (Fischer & Nichols, 2019). Le développement de la qualité va de pair avec une évolution (transformation) des processus. Cela signifie que pour améliorer les résultats patient-e-s, les professionnels de santé, et en particulier l'encadrement, doivent pouvoir identifier les besoins en termes d'adaptation et ensuite implémenter les mesures de développement de la qualité. À l'international, divers-es auteur-e-s débattent à ce sujet de l'efficacité du concept de « leadership transformationnel » (Fischer & Nichols, 2019; Santos et al., 2018; Sfantou et al., 2017; Vaughn et al., 2018).

L'idée de « leadership transformationnel » se distingue par les quatre propriétés clés suivantes : inspiration et motivation, stimulation intellectuelle, considération individualisée et influence idéalisée (Fischer & Nichols, 2019; Santos et al., 2018; Sfantou et al., 2017; Vaughn et al., 2018). Dans les faits, les cadres montrent l'exemple en matière de mesures de développement de la qualité en s'appliquant les

mêmes principes à eux-mêmes ; par ailleurs, ils soutiennent, inspirent et motivent les collaboratrices et collaborateurs dans les processus de transformation. À plus long terme, les infirmier-ère-s deviennent aptes à remettre en question leurs propres processus de soins du moment, et peuvent, au besoin, les adapter pour obtenir de meilleurs résultats patient-e-s (Fischer & Nichols, 2019). Il a ainsi pu être démontré qu'en plus de permettre aux collaborateur-trice-s d'être mieux qualifiés, cette approche améliorerait la satisfaction vis-à-vis du travail ainsi que la productivité et réduisait la fluctuation, ce qui résulte en de meilleurs processus de qualité et ainsi de meilleurs résultats patient-e-s (Fischer & Nichols, 2019; Santos et al., 2018; Sfantou et al., 2017; Vaughn et al., 2018).

À cet égard, la mesure de la prévalence peut également apporter une contribution. Les résultats présentés sous forme graphique jusqu'au niveau des unités de soins dans le dashboard peuvent être utilisés pour démontrer le bénéfice des mesures de développement de la qualité auprès des professionnels de santé et encourager la réflexion critique (z. B. Jacobson, Thompson, Halvorson, & Zeitler, 2016; Rowan & Veenema, 2017; Tidwell et al., 2016) ainsi que l'engagement ou la motivation en faveur de changements/d'améliorations (Brann, 2014; Krugman & Sanders, 2016; Needleman et al., 2016; Tidwell et al., 2016). En s'appuyant sur la visualisation des résultats jusqu'au niveau des unités de soins, il devient possible de réfléchir sur le quotidien professionnel et de définir ensemble des processus de changement. En effet, il s'est également avéré que le retour sur les données et la transparence des données favorisaient le sens de la responsabilité des infirmier-ère-s envers les résultats patient-e-s, ainsi que la compréhension de l'importance et de l'utilité des mesures de la qualité (Kagan, Cohen, Fish, & Perry Mezare, 2014; Tidwell et al., 2016). Ce phénomène favorise à son tour la collaboration entre les différents niveaux de la hiérarchie et encourage le développement et la mise en place d'une vision commune des mesures de développement de la qualité (z. B. Krugman & Sanders, 2016; Tidwell et al., 2016).

7. Recommandations

Cette mesure nationale de la prévalence permet une comparaison concrète de l'état théorique/réel avec le niveau de qualité défini en interne, permettant d'acquérir des indications importantes pour la priorisation des processus internes de développement de la qualité. En outre, les hôpitaux ont la possibilité de revoir ou de perfectionner à la fois les éléments d'assurance qualité sur le plan structurel, mais aussi l'évidence et l'efficacité des mesures et stratégies de prévention introduites au niveau du processus. Les résultats de cette mesure peuvent également être utilisés dans les hôpitaux pour le benchmarking interne et externe ainsi que pour établir des rapports sur la qualité.

Comme auparavant, la collecte des indicateurs de résultats auprès du/de la patient-e par des infirmier-ère-s formé-e-s est décrite comme une meilleure approche que la consultation des données des dossiers patient-e-s (Maass, Kuske, Lessing, & Schrappe, 2015; Meddings, Reichert, Hofer, & McMahon, 2013; Viana et al., 2011). En effet, on a pu constater que l'utilisation de données administratives pouvait provoquer des erreurs d'évaluation (sous-estimations et surestimations) des indicateurs de résultats ou du niveau de performance (Backman, Vanderloo, Miller, Freeman, & Forster, 2016; Ho et al., 2017; Tomova-Simitchieva, Akdeniz, Blume-Peytavi, Lahmann, & Kottner, 2018). Comme les hôpitaux présentant une documentation de meilleure qualité se trouvent ainsi « sanctionnés », les données administratives sont considérées comme inappropriées pour les évaluations comparant les hôpitaux.

Le déroulement des mesures répétées dans le contexte international suggère que les taux de prévalence tendent à (continuer à) baisser (z. B. Barrois, Colin, & Allaert, 2018; Kayser et al., 2019; Smith, Ashby, Thomas, & Williams, 2018), tandis que la sensibilisation aux indicateurs mesurés et l'utilisation ciblée de traitements et de mesures de prévention gagnent du poids ou se maintiennent (Power et al., 2014; Stotts, Brown, Donaldson, Aydin, & Fridman, 2013; VanGilder, Lachenbruch, Algrim-Boyle, & Meyer, 2017). L'on peut observer des optimisations au niveau de la structure et du processus dans la pratique clinique (Beal & Smith, 2016; Gunningberg, Donaldson, Aydin, & Idvall, 2011; McBride & Richardson, 2015). Dans leur document de référence actuel, les National Academies of Sciences (2018) soulignent aussi l'importance des mesures de résultats continues, notamment au vu du fait que les résultats des mesures de développement de la qualité mettent souvent du temps à se manifester.

La comparaison des taux de prévalence des escarres et des taux de chutes de Suisse avec les résultats de l'Autriche et ceux trouvés dans la littérature internationale ne permet pas de brosser un tableau concluant et définitif. D'une part, on peut déduire que le niveau de qualité dans les hôpitaux suisses est bon ; d'autre part, les données de référence montrent également qu'il est tout de même possible d'obtenir des taux de prévalence encore plus faibles. Il serait donc recommandé de sécuriser à tout prix le bon niveau de qualité des hôpitaux suisses, et en même temps de continuer à chercher des solutions pour réduire l'apparition d'escarres nosocomiales et l'occurrence de chutes à l'hôpital à l'aide de mesures de développement de la qualité adéquates. Tout particulièrement au niveau des taux de blessures, et notamment des blessures graves, il semblerait qu'il y ait un fort potentiel d'amélioration, ceux-ci restant plutôt élevés dans la comparaison internationale. Par conséquent, cette problématique se présente comme un axe d'approche majeur pour les mesures de développement de la qualité dans les hôpitaux suisses. Il convient cependant de prendre en compte que le nombre de patient-e-s présentant des blessures suite à une chute reste plutôt faible dans l'ensemble, ce qui favorise les fluctuations de nature aléatoire.

En raison des effets positifs des mesures répétées chaque année sur le développement de la qualité et sur la sensibilisation durable à l'indicateur en question, il est recommandé de poursuivre ces mesures régulièrement afin de réaliser un suivi. En outre, les données de qualité transparentes sont considérées comme un instrument clé pour rendre des comptes vis-à-vis du public (The Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2017). À ce sujet, le rapport national sur la qualité et la sécurité des patient-e-s en ce qui concerne les soins en Suisse (Vincent & Staines, 2019) indique d'ailleurs

qu'il existe encore des lacunes en matière de transparence en ce qui concerne la qualité. La récolte systématique et unifiée des données dans le cadre de la mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres concourt d'une part à apporter de la transparence en offrant un accès public et d'autre part permet d'améliorer la base de données relative à la qualité des soins au niveau national. Elle apporte également une contribution dans le cadre de la révision de la loi sur l'assurance-maladie, en établissant une base légale sur laquelle fonder le caractère obligatoire de la participation à des programmes de qualité. De la même manière, la mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres peut également être vue sous l'angle du défi « Maintien de soins de grande qualité et d'un système financièrement viable » de la « Politique de la santé : stratégie du Conseil fédéral 2020–2030 » (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2019).

Bibliographie

- Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ]. (2013). 5. How do you measure fall rates and fall prevention practices? Retrieved from <https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/fallpxtoolkit/fallpxtk5.html>
- Backman, C., Vanderloo, S. E., Miller, T. B., Freeman, L., & Forster, A. J. (2016). Comparing physical assessment with administrative data for detecting pressure ulcers in a large Canadian academic health sciences centre. *BMJ Open*, *6*(10), 1-6. doi:10.1136/bmjopen-2016-012490
- Barrois, B., Colin, D., & Allaert, F. A. (2018). Prevalence, characteristics and risk factors of pressure ulcers in public and private hospitals care units and nursing homes in France. *Hospital Practice*, *46*(1), 30-36. doi:10.1080/21548331.2018.1418139
- Beal, M. E., & Smith, K. (2016). Inpatient Pressure Ulcer Prevalence in an Acute Care Hospital Using Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *13*(2), 112-117. doi:10.1111/wvn.12145
- Brann, M. J. (2014). Improving Unit Performance With A Staff-Driven Peer Review Process. *Nursing Forum*, *50*(2), 63-68. doi:10.1111/nuf.12082
- Burston, S., Chaboyer, W., & Gillespie, B. (2014). Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: a review and discussion of issues. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(13-14), 1785-1795. doi:10.1111/jocn.12337
- Currie, L. (2008). Fall and Injury Prevention. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (Vol. 1). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2653/>.
- de Souza, A. B., Maestri, R. N., Rohsig, V., Lorenzini, E., Alves, B. M., Oliveira, D., & Gatto, D. C. (2019). In-hospital falls in a large hospital in the south of Brazil: A 6-year retrospective study. *Applied Nursing Research*, *48*, 81-87. doi:10.1016/j.apnr.2019.05.017
- Dubois, C.-A., D'Amour, D., Brault, I., Dallaire, C., Déry, J., Duhoux, A., . . . Zufferey, A. (2017). Which priority indicators to use to evaluate nursing care performance? A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(12), 3154-3167. doi:10.1111/jan.13373
- Ferguson, C., Crouchley, K., Mason, L., Prentice, J., & Ling, A. (2019). Pressure injury point prevalence: state-wide survey to identify variability in Western Australian hospitals. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *36*(4), 28-36.
- Fischer, P., & Nichols, C. (2019). Leadership practices and patient outcomes in Magnet® vs. non-Magnet hospitals. *Journal of Nursing Administration*, *49*(10), 26-31. doi:DOI-10.1097/01.NUMA.0000553496.63026.95
- Gunningberg, L., Donaldson, N., Aydin, C., & Idvall, E. (2011). Exploring variation in pressure ulcer prevalence in Sweden and the USA: benchmarking in action. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 1-7. doi:10.1111/j.1365-2753.2011.01702.x
- Haute école spécialisée bernoise (BFH). (2019). *Manuel de la mesure Suisse - Mesure nationale de la prévalence chutes et escarres 2019 dans le cadre de la mesure internationale de la prévalence de la qualité des soins, LPZ International*. Berne: Section Santé, recherche appliquée et développement Soins Dienstleistung.
- Heslop, L., & Lu, S. (2014). Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(11), 2469-2482. doi:10.1111/jan.12503
- Ho, C., Jiang, J., Eastwood, C. A., Wong, H., Weaver, B., & Quan, H. (2017). Validation of two case definitions to identify pressure ulcers using hospital administrative data. *BMJ Open*, *7*, 1-10. doi:10.1136/bmjopen-2017-016438
- Jacobson, T. M., Thompson, S. L., Halvorson, A. M., & Zeitler, K. (2016). Enhancing Documentation of Pressure Ulcer Prevention Interventions: A Quality Improvement Strategy to Reduce Pressure Ulcers. *Journal of Nursing Care Quality*, *31*(3), 207-214. doi:10.1097/ncq.0000000000000175
- Kagan, I., Cohen, R., Fish, M., & Perry Mezare, H. (2014). Developing and Implementing a Computerized Nursing Quality Control System in a Tertiary General Medical Center in Israel. *Journal of Nursing Care Quality*, *29*(1), 83-90. doi:10.1097/NCQ.0b013e31829dbb5e

- Kayser, S. A., VanGilder, C. A., & Lachenbruch, C. (2019). Predictors of superficial and severe hospital-acquired pressure injuries: A cross-sectional study using the International Pressure Ulcer Prevalence™ survey. *International Journal of Nursing Studies*, *89*, 46-52. doi:doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.09.003
- Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly. (1987). The prevention of falls in later life. A report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly. *Danish medical bulletin*, *34*(Supplement 4), 1-24.
- Krugman, M. E., & Sanders, C. L. (2016). Implementing a Nurse Manager Profile to Improve Unit Performance. *Journal of Nursing Administration*, *46*(6), 345-351. doi:10.1097/nna.0000000000000355
- Kuster, B. (2009). Literaturarbeit und Expertinnen/Experten-Bewertung für relevante Qualitätsindikatoren Pflege. Retrieved from http://www.swissnurseleaders.ch/fileadmin/user_upload/B.1_Gesundheitspolitik/Qualitaetsindikatoren_Pflege/Gesamtabschlussbericht_Q-Indikatoren_091215_1.0.pdf
- Luzia, M. F., Prates, C. G., Bombardelli, C. F., Adorna, J. B., & Moura, G. (2019). Characteristics of falls with damage to hospitalized patients. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *40*(spe), 1-7. doi:10.1590/1983-1447.2019.20180307
- Maass, C., Kuske, S., Lessing, C., & Schrappe, M. (2015). Are administrative data valid when measuring patient safety in hospitals? A comparison of data collection methods using a chart review and administrative data. *International Journal for Quality in Health Care*, *27*(4), 305-313. doi:10.1093/intqhc/mzv045
- McBride, J., & Richardson, A. (2015). A critical care network pressure ulcer prevention quality improvement project. *Nursing in Critical Care*, 1-8. doi:10.1111/nicc.12174
- Meddings, J. A., Reichert, H., Hofer, T., & McMahon, L. F., Jr. (2013). Hospital report cards for hospital-acquired pressure ulcers: how good are the grades? *Annals of internal medicine*, *159*(8), 505-513. doi:10.7326/0003-4819-159-8-201310150-00003
- Moore, Z., Avsar, P., Gonatv, L., Moore, D. H., Patton, D., & O'Connor, T. (2019). The prevalence of pressure ulcers in Europe, what does the European data tell us: a systematic review. *Journal of Wound Care*, *28*(11), 710-719. doi:doi:10.12968/jowc.2019.28.11.710
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2018). *Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide*. Retrieved from Washington, DC: <http://nap.edu/25152>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *Prévention et Traitement des Escarres: Guide de Référence Abrégé*. Retrieved from Osborne Park, Western Australia: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/09/traduction-finale-version-corrige.pdf>
- Needleman, J., Pearson, M. L., Upenieks, V. V., Yee, T., Wolstein, J., & Parkerton, M. (2016). Engaging Frontline Staff in Performance Improvement: The American Organization of Nurse Executives Implementation of Transforming Care at the Bedside Collaborative. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, *42*(2), 61-69. doi:doi:10.1016/s1553-7250(16)42007-6
- Office fédéral de la santé publique [OFSP]. (2019). *Politique de la santé : stratégie du Conseil fédéral 2020-2030*. Retrieved from <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheit-2030/gesundheitspolitische-strategie-2030.html>
- Office fédéral de la statistique [OFS]. (2019). *Statistique médicale des hôpitaux: Tableaux standard 2018*. Retrieved from <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.10767966.html>
- Poe, S. S., Dawson, P. B., Cvach, M., Burnett, M., Kumble, S., Lewis, M., . . . Hill, E. E. (2018). The Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool: A Study of Reliability and Validity. *Journal of Nursing Care Quality*, *33*(1), 10-19. doi:10.1097/NCQ.0000000000000301
- Power, M., Fogarty, M., Madsen, J., Fenton, K., Stewart, K., Brotherton, A., . . . Provost, L. (2014). Learning from the design and development of the NHS Safety Thermometer. *International Journal for Quality in Health Care*, *26*(3), 287-297. doi:10.1093/intqhc/mzu043
- Rowan, L., & Veenema, T. G. (2017). Decreasing Falls in Acute Care Medical Patients: An Integrative Review. *Journal of Nursing Care Quality*, *32*(4), 340-347. doi:10.1097/ncq.0000000000000244

- Santos, J. L. G. d., De Pin, S. B., Guanilo, M. E. E., Balsanelli, A. P., Erdmann, A. L., & Ross, R. (2018). Nursing leadership and quality of care in a hospital setting: mixed methods research. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, *19*, 3289. doi:10.15253/2175-6783.2018193289
- Sfantou, D. F., Laliotis, A., Patelarou, A. E., Sifaki-Pistolla, D., Matalliotakis, M., & Patelarou, E. (2017). Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare*, *5*(4), 1-17. doi:10.3390/healthcare5040073
- Smith, S. K., Ashby, S. E., Thomas, L., & Williams, F. (2018). Evaluation of a multifactorial approach to reduce the prevalence of pressure injuries in regional Australian acute inpatient care settings. *International Wound Journal*, *15*(1), 95-105. doi:10.1111/iwj.12840
- Staggs, V. S., Davidson, J., Dunton, N., & Crosser, B. (2015). Challenges in Defining and Categorizing Falls on Diverse Unit Types: Lessons from Expansion of the NDNQI Falls Indicator. *Journal of Nursing Care Quality*, *30*(2), 106-112. doi:10.1097/ncq.0000000000000085
- 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. doi:10.1097/01.Asw.0000425935.94874.41
- The Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2017). *Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality*. Paris: OECD Publishing.
- Thomann, S., Rössli, R., Richter, D., & Bernet, N. (2020). *Concept d'évaluation de l'ANQ. Mesure nationale de la prévalence chutes & escarres 2020 (version 6.0)*. Retrieved from https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/02/ANQ_Chutes_escarres_Concept_evaluation.pdf
- Thomann, S., Rössli, R., Richter, D., Schlunegger, M., Baumgartner, A., Kammer, L., . . . Bernet, N. (2019). *Mesure nationale de la prévalence chutes et escarres. Rapport comparatif national - Mesure 2018*. Retrieved from Berne: https://results.anq.ch/fileadmin/documents/anq/17/20190910_ANQaigu_Rapport_comparatif_national_chute-escarre-adultes-2018_V1.0.pdf
- Tidwell, J., Busby, R., Lewis, B., Falder, K., Langston, A., Allen, S. S., & Foglia, D. C. (2016). The Race: Quality Assurance Performance Improvement Project Aimed at Achieving Superior Patient Outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, *31*(2), 99-104. doi:10.1097/ncq.0000000000000166
- Tomova-Simitchieva, T., Akdeniz, M., Blume-Peytavi, U., Lahmann, N., & Kottner, J. (2018). Die Epidemiologie des Dekubitus in Deutschland: eine systematische Übersicht. *Gesundheitswesen*, 1-8. doi:10.1055/s-0043-122069
- VanGilder, C., Lachenbruch, C., Algrim-Boyle, C., & Meyer, S. (2017). The International Pressure Ulcer Prevalence Survey: 2006-2015: A 10-Year Pressure Injury Prevalence and Demographic Trend Analysis by Care Setting. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, *44*(1), 20-28. doi:10.1097/WON.0000000000000292
- Vaughn, V., Saint, S., Krein, S. L., Forman, J. H., Meddings, J. A., Ameling, J., . . . Chopra, V. (2018). Characteristics of healthcare organisations struggling to improve quality: results from a systematic review of qualitative studies. *BMJ Quality & Safety*, *28*, 74-84. doi:http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007573
- Viana, T. S., García Martín, M. R., Núñez Crespo, F., Velayos Rodríguez, E. M., Martín Merino, G., González Ruiz, J. M., . . . Nogueira Quintas, C. G. (2011). ¿Cuál es la incidencia de caídas real en un hospital? *Enfermería Clínica*, *21*(5), 271-274. doi:10.1016/j.enfcli.2011.02.011
- Vincent, C., & Staines, A. (2019). *Enhancing the Quality and Safety of Swiss Healthcare*. Bern: Federal Office of Public Health.

Liste des figures

Figure 1 : distribution des sites hospitaliers par type d'hôpital* au cours des 3 dernières années de mesure.....	10
Figure 2 : nombre de patient-e-s hospitalisé-e-s et participant-e-s ainsi que taux de participation au cours des 3 dernières années de mesure*	11
Figure 3 : fréquence des groupes de diagnostics CIM*	14
Figure 4 : comparaison des taux de prévalence des escarres nosocomiales sur les 9 dernières années de mesure*	15
Figure 5 : taux nationaux de prévalence des escarres nosocomiales chez les patient-e-s à risque au cours des 3 dernières années de mesure*	16
Figure 6 : distribution des escarres nosocomiales des 3 dernières années de mesure selon la classification EPUAP.....	17
Figure 7 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur – tous les hôpitaux et sites hospitaliers participants	20
Figure 8 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur – tous les hôpitaux et sites hospitaliers participants	23
Figure 9 : comparaison des taux de chutes à l'hôpital sur les 9 dernières années de mesure*	24
Figure 10 : taux de chutes survenues à l'hôpital chez les patient-e-s à risque au cours des 3 dernières années de mesure*	25
Figure 11 : taux de blessures des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure*	26
Figure 12 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital – tous les hôpitaux et sites hospitaliers participants	29
Figure 13 : taux de prévalence des escarres au cours des 3 dernières années de mesure	46
Figure 14 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur – type d'hôpital K111.....	49
Figure 15 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur – type d'hôpital K112.....	50
Figure 16 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur – type d'hôpital K121–K123	51
Figure 17 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur – type d'hôpital K221 & K231–K235	52
Figure 18 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur – type d'hôpital K111.....	53
Figure 19 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur – type d'hôpital K112.....	54
Figure 20 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur – type d'hôpital K121–K123	55

Figure 21 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur – type d'hôpital K221 & K231–K235	56
Figure 22 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes survenues à l'hôpital – type d'hôpital K111	57
Figure 23 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes survenues à l'hôpital – type d'hôpital K112	58
Figure 24 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes survenues à l'hôpital – type d'hôpital K121–K123.....	59
Figure 25 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes survenues à l'hôpital – type d'hôpital K221 & K231–K235.....	60

Liste des tableaux

Tableau 1 : caractéristiques des patient-e-s participant-e-s réparties par le type d'hôpital	12
Tableau 2 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives – escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur	18
Tableau 3 : variables du modèle de régression logistique hiérarchique et valeurs représentatives – escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur	21
Tableau 4 : variables du modèle de régression logistique et hiérarchique et valeurs représentatives – chutes à l'hôpital.....	27
Tableau 5 : les caractéristiques des patient-e-s de Suisse et d'Autriche.....	30
Tableau 6 : les groupes de diagnostics CIM les plus fréquents de Suisse et d'Autriche ainsi que selon les données de l'OFS	31
Tableau 7 : taux de prévalence des escarres des 3 dernières mesures LPZ répartis par groupes de patients et par pays (Suisse et Autriche)	32
Tableau 8 : taux de chutes des 3 dernières mesures LPZ répartis par groupes de patient-e-s et par pays (Suisse et Autriche).....	34
Tableau 9 : taux de blessures des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital répartis par type d'hôpital et par pays (Suisse et Autriche) au cours des 3 dernières années de mesure.....	35
Tableau 10 : taux de prévalence des escarres nosocomiales répartis par groupe de patients et par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure	47
Tableau 11 : taux de chutes survenues à l'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure répartis par groupes de patients et par le type d'hôpital	48
Tableau 12 : taux de blessures des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital répartis par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure.....	48
Tableau 13 : taux de participation ainsi que résidus et limites des intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital**	61

Annexe

Figure 13 : taux de prévalence des escarres au cours des 3 dernières années de mesure

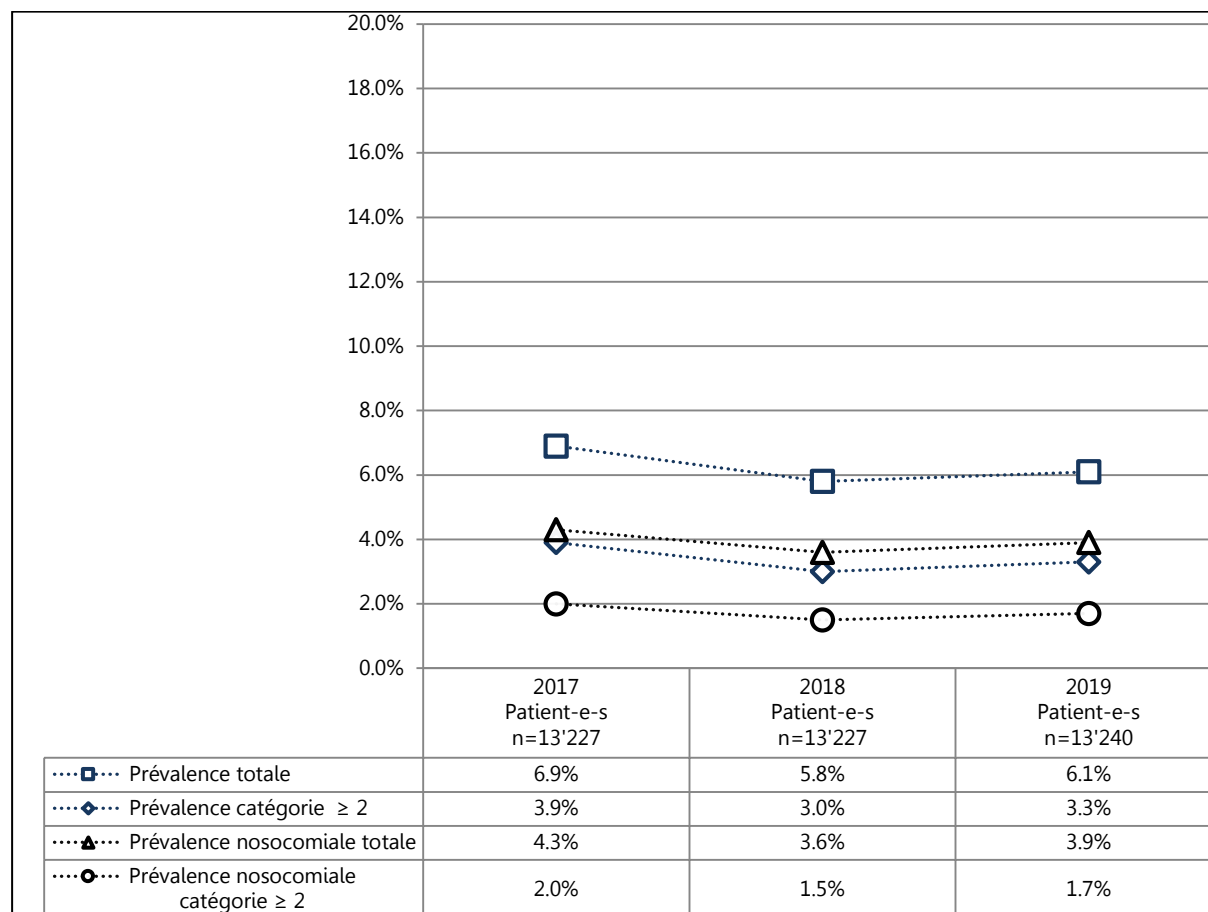


Tableau 10 : taux de prévalence des escarres nosocomiales répartis par groupe de patients et par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s participant-e-s		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2019	2610	6778	2715	1137	13240
	2018	2477	6950	2695	1105	13227
	2017	2423	6722	2986	1096	13227
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Prévalence nosocomiale totale						
	2019	121 (4.6)	244 (3.6)	90 (3.3)	55 (4.8)	510 (3.9)
	2018	111 (4.5)	269 (3.9)	65 (2.4)	36 (3.3)	481 (3.6)
	2017	130 (5.4)	290 (4.3)	93 (3.1)	56 (5.1)	569 (4.3)
Prévalence nosocomiale catégorie ≥ 2						
	2019	66 (2.5)	107 (1.6)	30 (1.1)	19 (1.7)	222 (1.7)
	2018	57 (2.3)	109 (1.6)	23 (0.9)	10 (0.9)	199 (1.5)
	2017	76 (3.1)	136 (2.0)	42 (1.4)	17 (1.6)	271 (2.0)
Patient-e-s à risque d'escarre		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2019	855	2174	805	345	4179
	2018	797	2204	725	308	4034
	2017	770	2002	792	282	3846
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Prévalence nosocomiale totale patient-e-s à risque d'escarre						
	2019	106 (12.4)	225 (10.3)	82 (10.2)	48 (13.9)	461 (11.0)
	2018	97 (12.2)	250 (11.3)	60 (8.3)	29 (9.4)	436 (10.8)
	2017	117 (15.2)	250 (12.5)	84 (10.6)	38 (13.5)	489 (12.7)
Prévalence nosocomiale catégorie ≥ 2 patient-e-s à risque d'escarre						
	2019	59 (6.9)	96 (4.4)	29 (3.6)	15 (4.3)	199 (4.8)
	2018	51 (6.4)	102 (4.6)	22 (3.0)	9 (2.9)	184 (4.6)
	2017	68 (8.8)	116 (5.8)	38 (4.8)	11 (3.9)	233 (6.1)

Tableau 11 : taux de chutes survenues à l'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure répartis par groupes de patients et par le type d'hôpital

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s participant-e-s		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2019	2610	6778	2715	1137	13240
	2018	2477	6950	2695	1105	13227
	2017	2423	6722	2986	1096	13227
Taux de chutes survenues à l'hôpital		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	2019	108 (4.1)	233 (3.4)	95 (3.5)	48 (4.2)	484 (3.7)
	2018	80 (3.2)	247 (3.6)	77 (2.9)	53 (4.8)	457 (3.5)
	2017	104 (4.3)	256 (3.8)	104 (3.5)	35 (3.2)	499 (3.8)
Patient-e-s à risque de chute		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2019	669	2066	852	343	3930
	2018	628	2111	886	305	3930
	2017	605	2019	896	309	3829
Taux de chutes survenues à l'hôpital patient-e-s à risque de chute		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	2019	55 (8.2)	123 (6.0)	59 (6.9)	24 (7.0)	261 (6.6)
	2018	39 (6.2)	144 (6.8)	39 (4.4)	18 (5.9)	240 (6.1)
	2017	53 (8.8)	141 (7.0)	59 (6.6)	21 (6.8)	274 (7.2)

Tableau 12 : taux de blessures des patient-e-s ayant chuté à l'hôpital répartis par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
Patient-e-s ayant chuté à l'hôpital		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	2019	108	233	95	48	484
	2018	80	247	77	53	457
	2017	104	256	104	35	499
Taux de blessures : lésions minimales		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	2019	22 (20.4)	43 (18.5)	32 (33.7)	2 (4.2)	99 (20.5)
	2018	16 (20.0)	39 (15.8)	18 (23.4)	7 (13.2)	80 (17.5)
	2017	11 (10.6)	44 (17.2)	20 (19.2)	8 (22.9)	83 (16.6)
Taux de blessures : blessures de gravité moyenne		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	2019	6 (5.6)	14 (6.0)	2 (2.1)	2 (4.2)	24 (5.0)
	2018	5 (6.3)	14 (5.7)	4 (5.2)	0 (0.0)	23 (5.0)
	2017	4 (3.8)	15 (5.9)	9 (8.7)	4 (11.4)	32 (6.4)
Taux de blessures : blessures graves		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	2019	11 (10.2)	19 (8.2)	10 (10.5)	4 (8.3)	44 (9.1)
	2018	6 (7.5)	25 (10.1)	3 (3.9)	2 (3.8)	36 (7.9)
	2017	4 (3.8)	22 (8.6)	4 (3.8)	5 (14.3)	35 (7.0)
Taux de blessures total		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	2019	39 (36.1)	76 (32.6)	44 (46.3)	8 (16.7)	167 (34.5)
	2018	27 (33.8)	78 (31.6)	25 (32.5)	9 (17.0)	139 (30.4)
	2017	19 (18.3)	81 (31.6)	33 (31.7)	17 (48.6)	150 (30.1)

Figure 14 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur – type d'hôpital K111

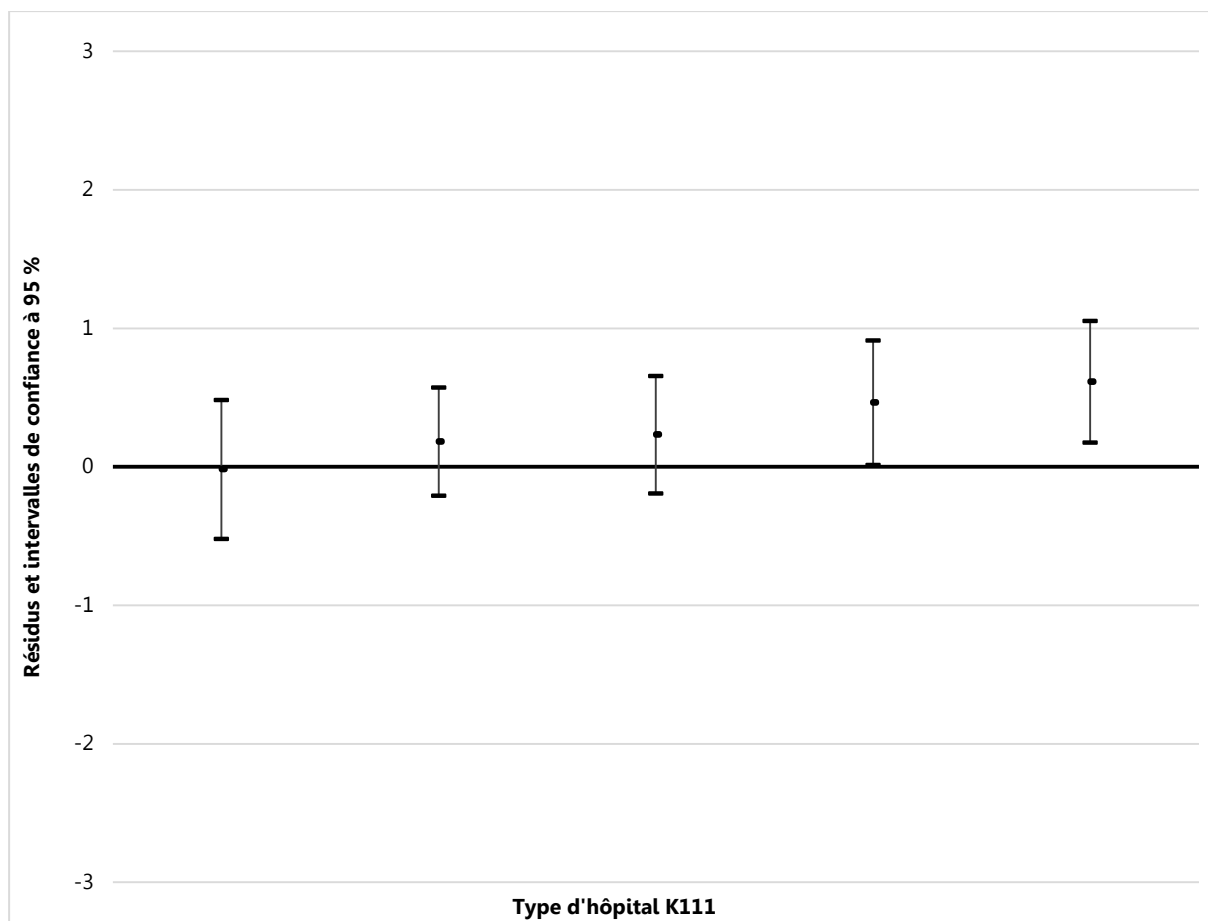


Figure 15 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur – type d'hôpital K112

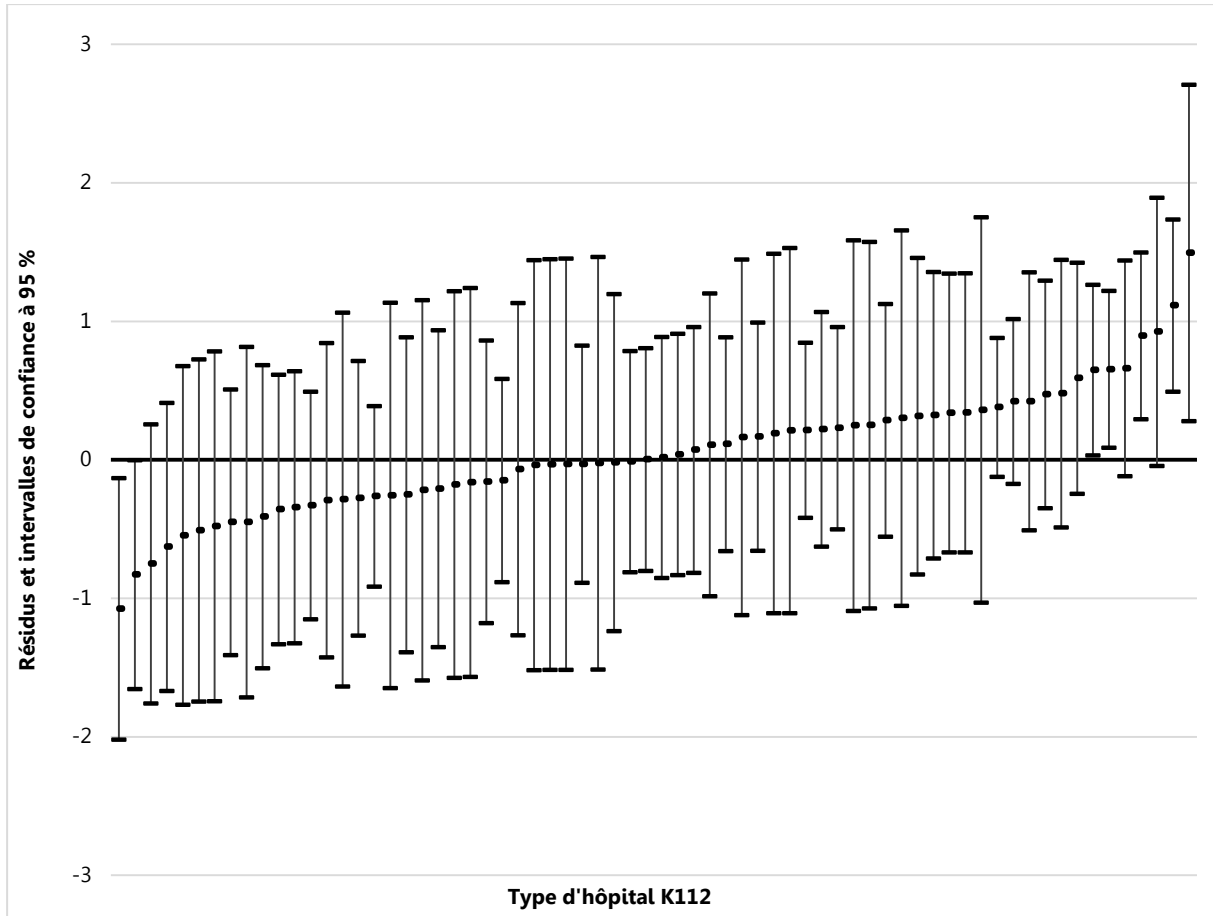


Figure 16 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur – type d'hôpital K121-K123

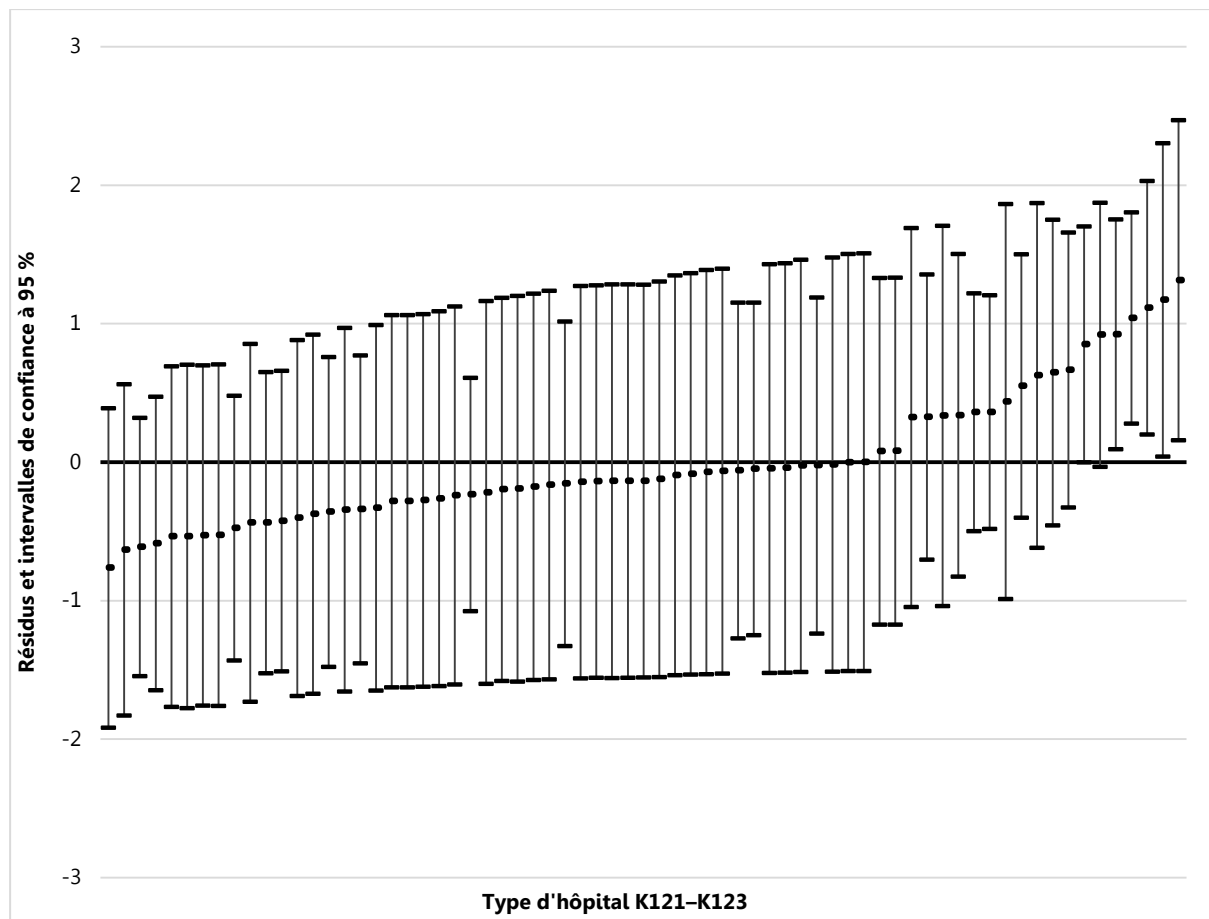


Figure 17 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur – type d'hôpital K221 & K231-K235

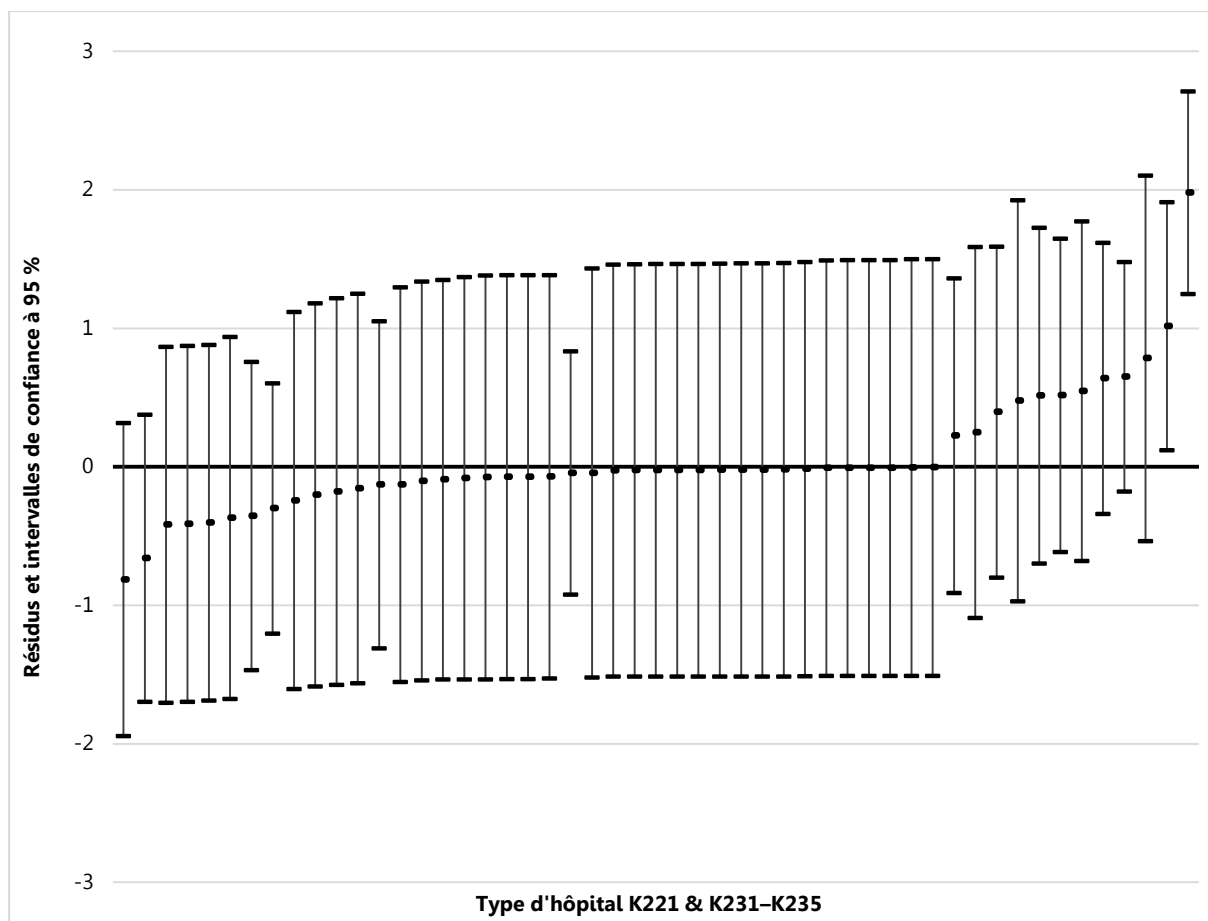


Figure 18 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur – type d'hôpital K111

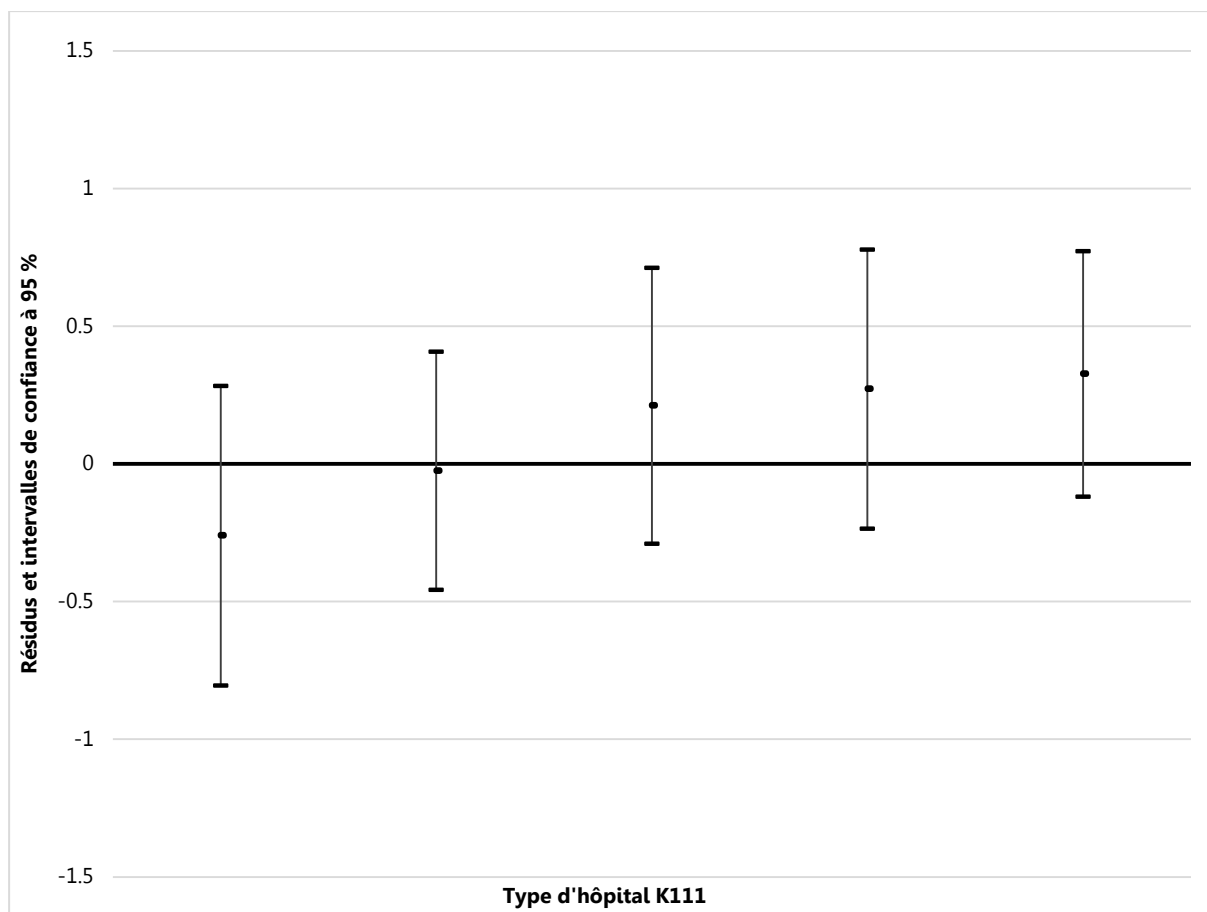


Figure 19 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur – type d'hôpital K112

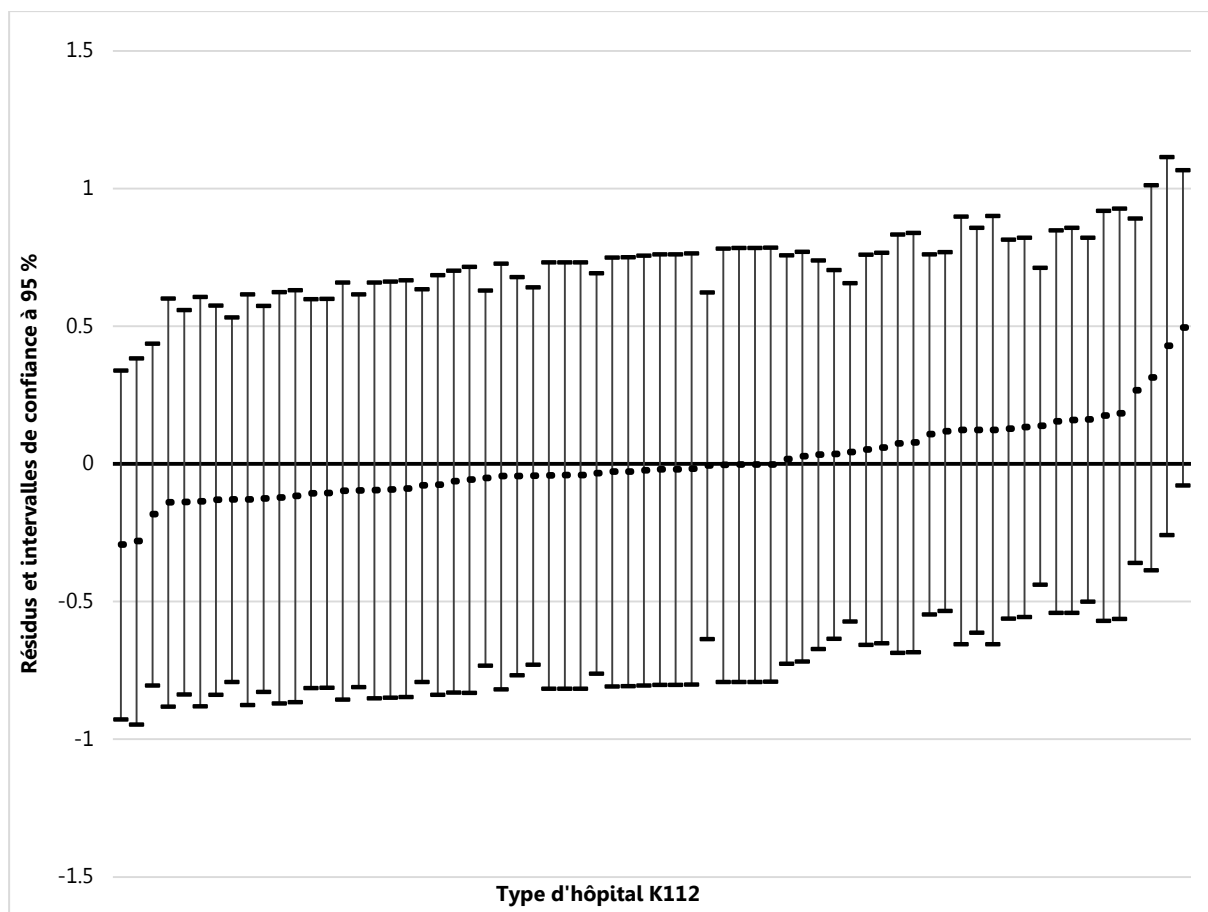


Figure 20 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur – type d'hôpital K121-K123

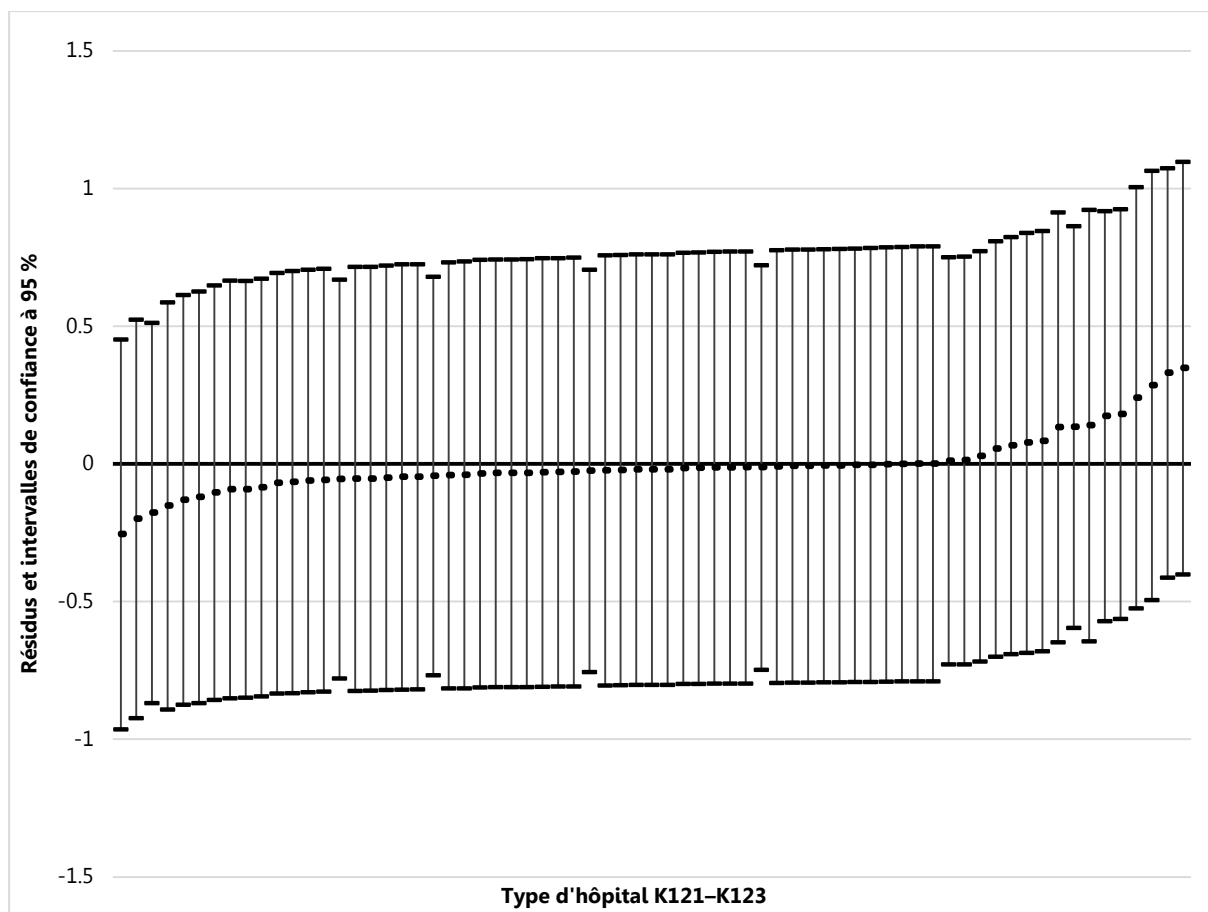


Figure 21 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur – type d'hôpital K221 & K231–K235

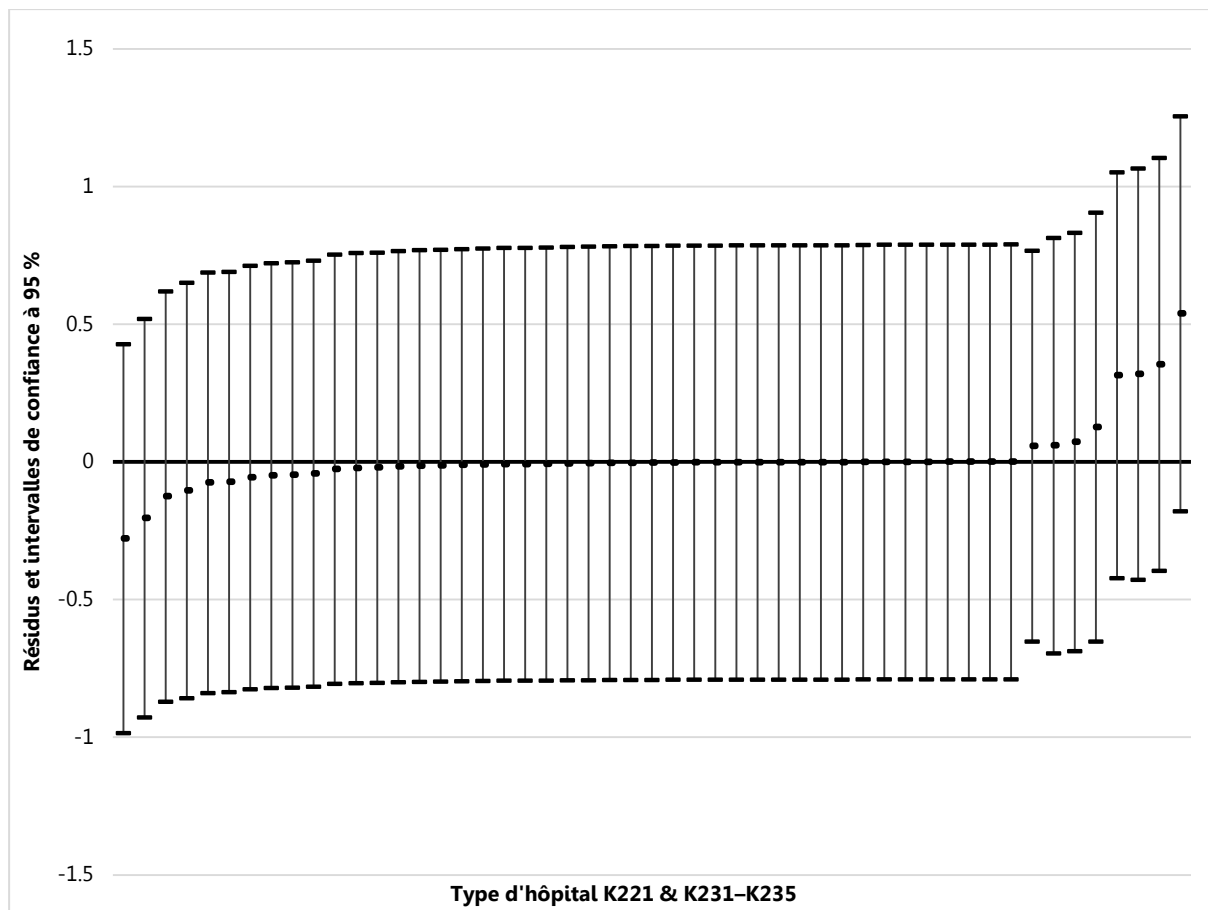


Figure 22 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes survenues à l'hôpital – type d'hôpital K111

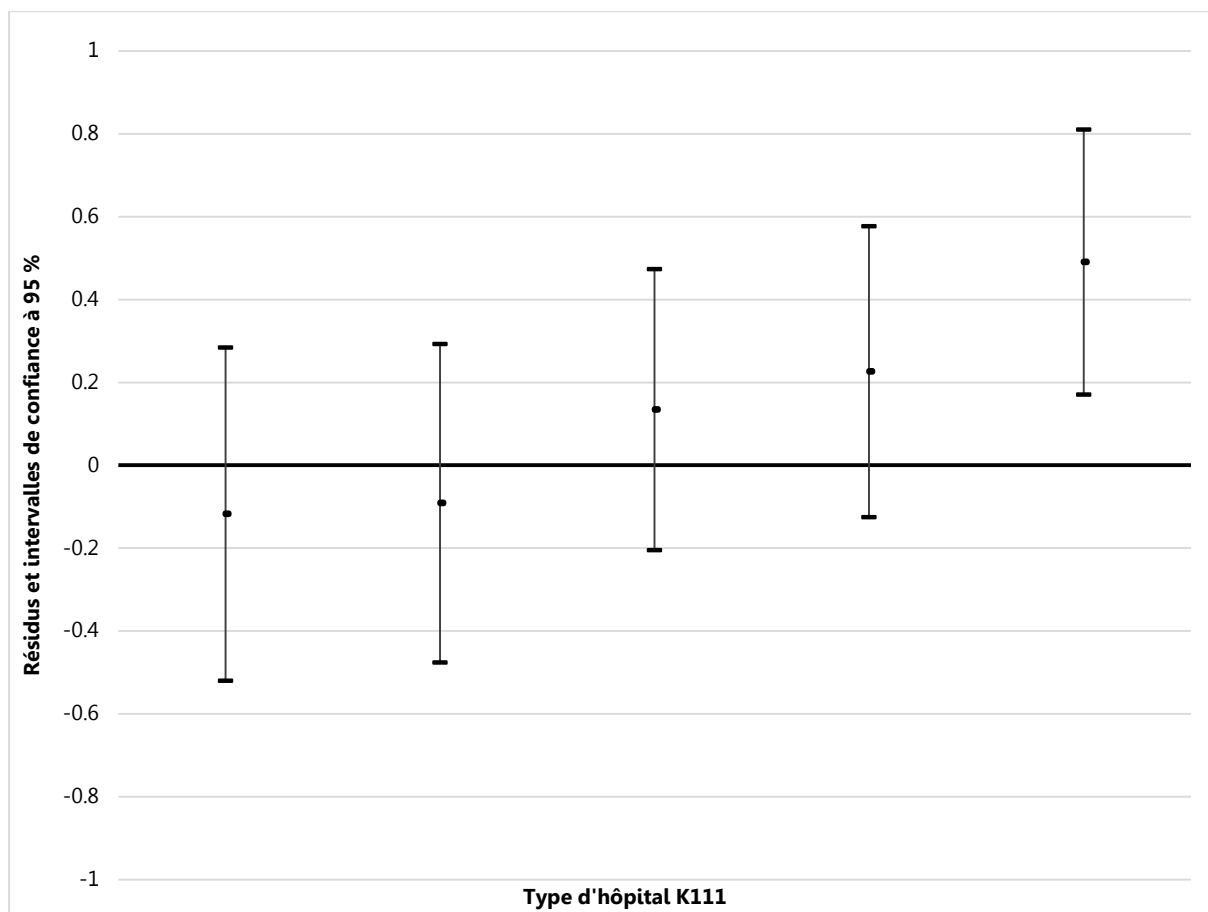


Figure 23 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes survenues à l'hôpital – type d'hôpital K112

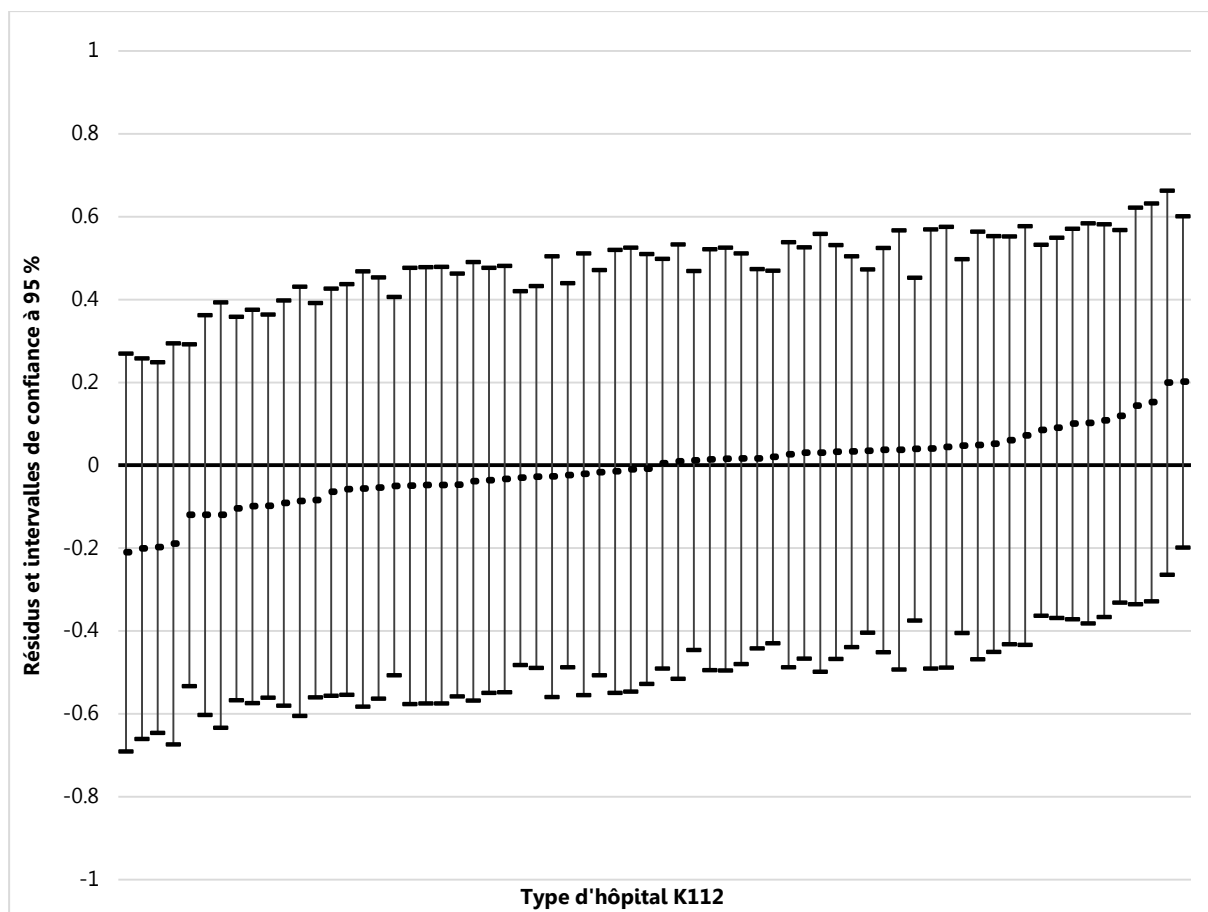


Figure 24 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes survenues à l'hôpital – type d'hôpital K121–K123

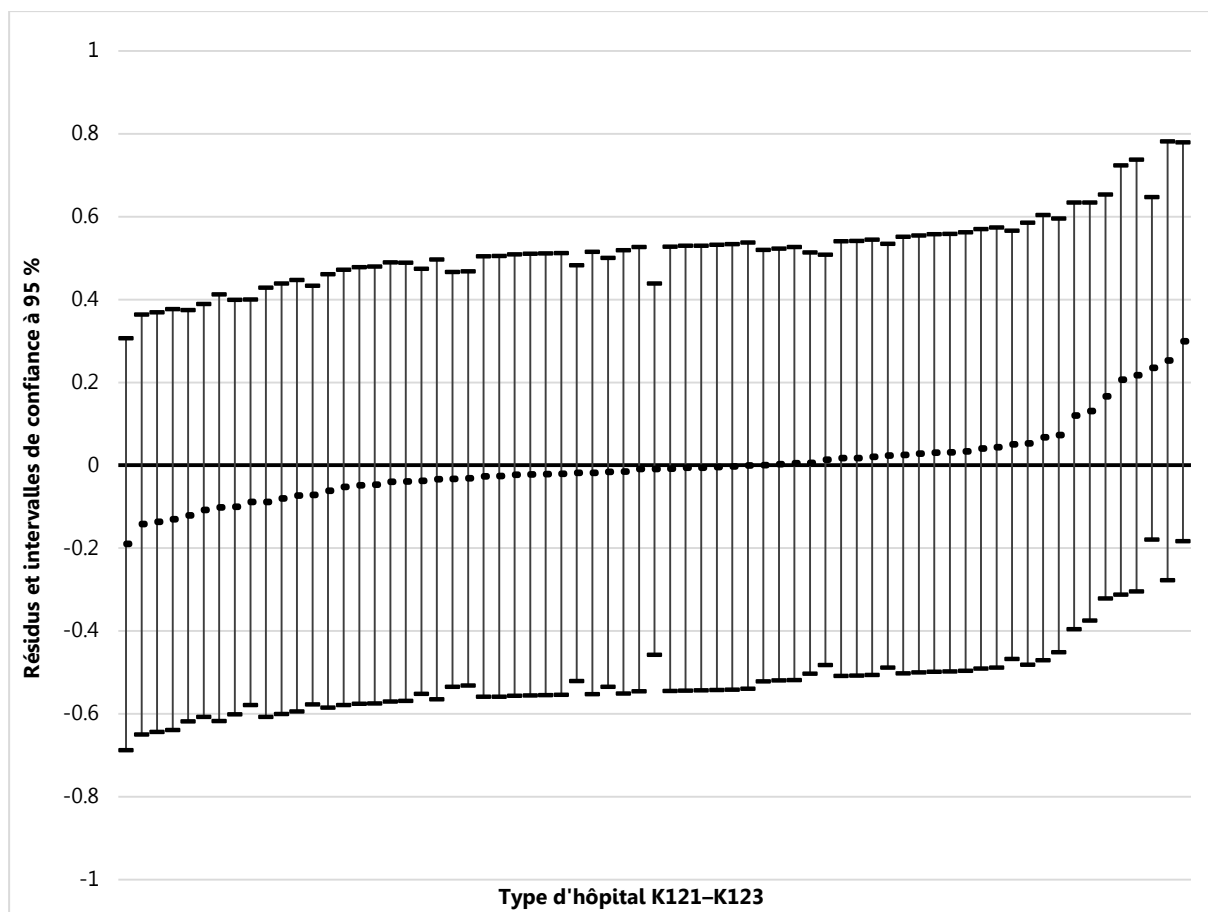


Figure 25 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes survenues à l'hôpital – type d'hôpital K221 & K231-K235

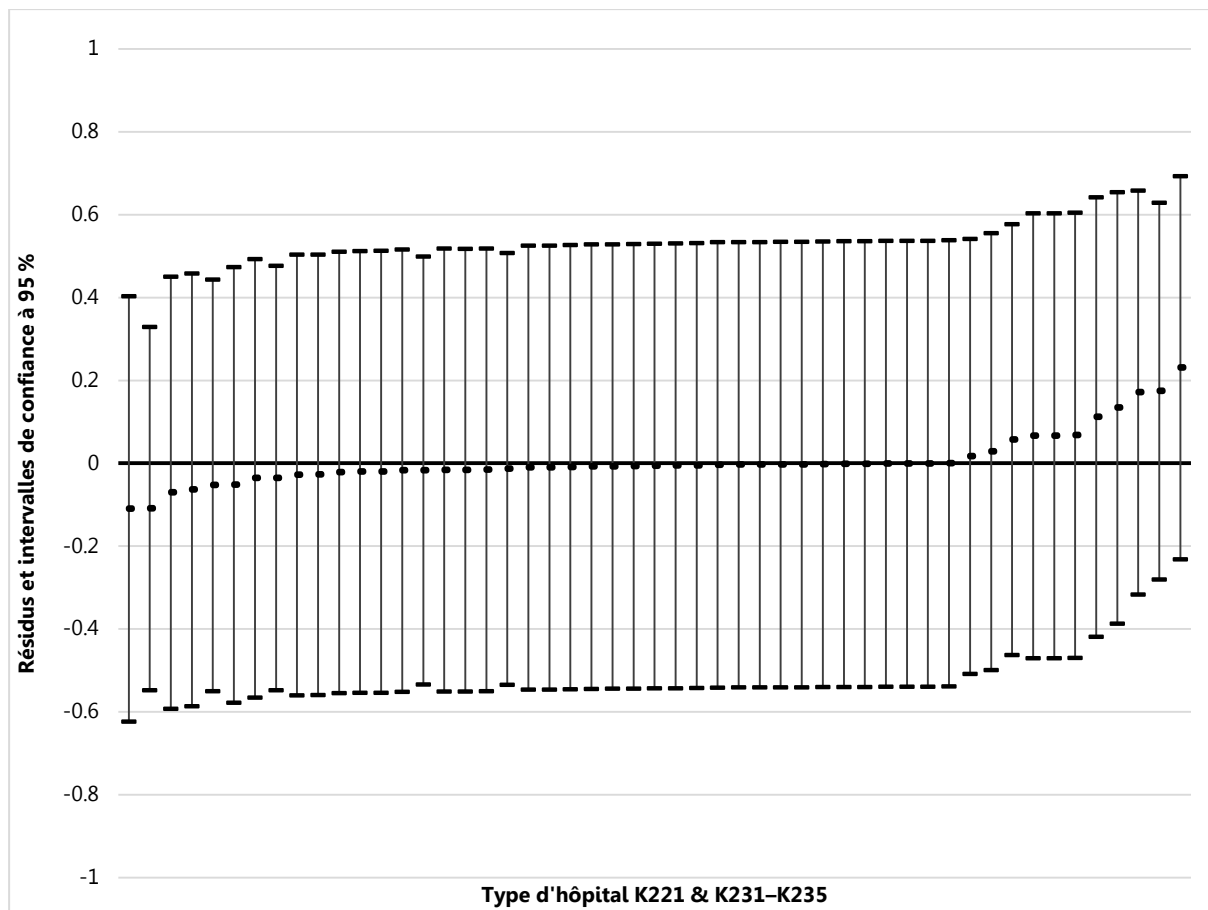


Tableau 13 : taux de participation ainsi que résidus et limites des intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital**

H	Participation		Escarres nosocomiales catégorie 1 et supérieur			Escarres nosocomiales catégorie 2 et supérieur			Chutes à l'hôpital		
	Non n (%)	Oui n (%)	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC
101	44 (30.6)	100 (69.4)	-0.752	-1.761	0.256	-0.140	-0.838	0.559	-0.024	-0.488	0.439
102	14 (16.1)	73 (83.9)	-0.341	-1.453	0.770	0.027	-0.718	0.772	-0.072	-0.578	0.433
103	5 (12.2)	36 (87.8)	0.079	-1.174	1.332	-0.055	-0.825	0.715	-0.001	-0.522	0.519
104	10 (22.7)	34 (77.3)	0.337	-0.828	1.502	-0.060	-0.828	0.708	0.129	-0.375	0.634
105	7 (15.2)	39 (84.8)	0.637	-0.342	1.615	0.072	-0.687	0.832	-0.054	-0.550	0.443
106	133 (36.6)	230 (63.4)	0.652	0.087	1.218	0.494	-0.079	1.066	-0.051	-0.507	0.406
107	3 (20.0)	12 (80.0)	-0.419	-1.704	0.865	-0.048	-0.820	0.724	0.057	-0.463	0.577
108	13 (31.7)	28 (68.3)	0.513	-0.700	1.726	-0.023	-0.804	0.758	-0.023	-0.555	0.510
109	21 (21.6)	76 (78.4)	0.070	-0.818	0.959	0.033	-0.672	0.738	0.036	-0.452	0.524
110	36 (31.0)	80 (69.0)	-0.210	-1.354	0.933	-0.091	-0.848	0.666	0.071	-0.434	0.577
111	12 (30.0)	28 (70.0)	0.162	-1.122	1.446	0.121	-0.655	0.898	0.039	-0.491	0.569
112	25 (24.5)	77 (75.5)	0.470	-0.351	1.292	0.158	-0.541	0.857	0.107	-0.367	0.581
113	7 (18.9)	30 (81.1)	-0.062	-1.274	1.151	0.076	-0.687	0.838	-0.017	-0.535	0.500
114	29 (30.2)	67 (69.8)	0.360	-0.484	1.204	0.133	-0.597	0.862	-0.019	-0.521	0.482
115	43 (22.5)	148 (77.5)	-0.236	-1.078	0.607	-0.179	-0.869	0.512	0.234	-0.179	0.647
116	61 (21.5)	223 (78.5)	-0.151	-0.885	0.582	-0.131	-0.793	0.532	-0.199	-0.646	0.248
117	72 (35.6)	130 (64.4)	0.219	-0.629	1.067	-0.132	-0.839	0.574	-0.085	-0.561	0.391
118	16 (27.6)	42 (72.4)	0.077	-1.174	1.329	-0.036	-0.812	0.740	-0.053	-0.579	0.472
119	5 (16.7)	25 (83.3)	-0.166	-1.568	1.237	-0.023	-0.804	0.758	-0.089	-0.607	0.428
120	11 (20.4)	43 (79.6)	0.189	-1.109	1.487	-0.043	-0.817	0.731	0.032	-0.468	0.531
121	28 (27.7)	73 (72.3)	0.320	-0.714	1.354	0.122	-0.613	0.857	-0.048	-0.558	0.462
122	14 (34.1)	27 (65.9)	-0.288	-1.637	1.062	-0.043	-0.817	0.731	-0.120	-0.634	0.393
123	6 (46.2)	7 (53.8)	-0.138	-1.559	1.283	-0.021	-0.803	0.761	-0.034	-0.565	0.496
124	22 (19.6)	90 (80.4)	-0.356	-1.470	0.757	0.058	-0.696	0.813	-0.036	-0.548	0.476
125	87 (25.2)	258 (74.8)	0.647	0.031	1.263	0.266	-0.360	0.891	0.118	-0.332	0.568
126	15 (14.7)	87 (85.3)	0.337	-0.669	1.343	0.026	-0.718	0.770	-0.055	-0.564	0.453
127	2 (3.3)	58 (96.7)	-0.253	-1.391	0.885	-0.123	-0.870	0.624	-0.087	-0.605	0.430
128	14 (7.7)	168 (92.3)	-0.360	-1.333	0.614	-0.079	-0.792	0.634	-0.028	-0.489	0.432
129	22 (11.3)	172 (88.7)	0.038	-0.835	0.910	0.153	-0.542	0.848	0.084	-0.364	0.532
130	3 (5.9)	48 (94.1)	-0.482	-1.745	0.781	-0.099	-0.857	0.658	0.025	-0.488	0.538
131	44 (25.1)	131 (74.9)	-0.279	-1.271	0.713	-0.045	-0.768	0.678	0.101	-0.382	0.583
132	4 (6.6)	57 (93.4)	-0.816	-1.945	0.314	-0.126	-0.872	0.619	-0.064	-0.587	0.458
133	0 (0.0)	39 (100.0)	-0.360	-1.479	0.758	-0.153	-0.892	0.587	-0.191	-0.688	0.307
134	6 (12.5)	42 (87.5)	-0.245	-1.605	1.116	-0.022	-0.803	0.759	-0.037	-0.566	0.492
135	46 (43.4)	60 (56.6)	-0.547	-1.770	0.676	-0.097	-0.852	0.659	0.051	-0.450	0.552
136	8 (32.0)	17 (68.0)	-0.180	-1.577	1.216	-0.029	-0.808	0.749	-0.039	-0.568	0.490
137	8 (10.3)	70 (89.7)	1.040	0.276	1.804	-0.132	-0.876	0.612	-0.137	-0.644	0.369

H	Participation		Escarres nosocomiales catégorie 1 et supérieur			Escarres nosocomiales catégorie 2 et supérieur			Chutes à l'hôpital		
	N°	Non n (%)	Oui n (%)	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC
138	130 (21.8)	465 (78.2)	-0.020	-0.522	0.482	-0.261	-0.805	0.283	-0.092	-0.476	0.292
139	27 (39.7)	41 (60.3)	-0.404	-1.689	0.880	-0.062	-0.829	0.704	-0.081	-0.600	0.438
140	24 (13.3)	156 (86.7)	0.228	-0.503	0.958	0.160	-0.501	0.821	-0.099	-0.561	0.363
141	1 (5.9)	16 (94.1)	0.210	-1.108	1.529	-0.046	-0.819	0.727	-0.048	-0.575	0.478
142	3 (25.0)	9 (75.0)	0.782	-0.537	2.101	-0.012	-0.797	0.773	-0.008	-0.544	0.528
143	33 (35.5)	60 (64.5)	0.588	-0.245	1.422	0.312	-0.387	1.011	-0.018	-0.507	0.471
144	32 (20.3)	126 (79.7)	0.894	0.292	1.497	0.107	-0.547	0.760	0.090	-0.369	0.548
145	3 (8.3)	33 (91.7)	0.646	-0.457	1.750	-0.055	-0.824	0.715	0.216	-0.305	0.737
146	39 (17.5)	184 (82.5)	-0.332	-1.153	0.490	0.117	-0.535	0.769	0.046	-0.405	0.497
147	15 (37.5)	25 (62.5)	-0.284	-1.627	1.060	-0.032	-0.810	0.746	0.030	-0.498	0.558
148	28 (17.0)	137 (83.0)	0.166	-0.658	0.989	0.126	-0.562	0.814	0.032	-0.439	0.504
149	31 (20.9)	117 (79.1)	0.015	-0.855	0.885	-0.107	-0.814	0.599	0.011	-0.446	0.468
150	25 (32.1)	53 (67.9)	-0.069	-1.269	1.131	0.077	-0.685	0.838	-0.009	-0.528	0.509
151	10 (20.4)	39 (79.6)	0.314	-0.829	1.458	0.073	-0.687	0.832	-0.034	-0.548	0.481
152	5 (12.8)	34 (87.2)	-0.284	-1.628	1.060	-0.035	-0.811	0.742	0.019	-0.506	0.544
153	14 (25.9)	40 (74.1)	-0.137	-1.555	1.281	-0.016	-0.799	0.768	-0.048	-0.575	0.479
154	44 (50.6)	43 (49.4)	-0.377	-1.673	0.919	-0.048	-0.820	0.724	0.049	-0.468	0.566
155	8 (57.1)	6 (42.9)	-0.124	-1.553	1.305	-0.013	-0.798	0.771	-0.016	-0.551	0.518
156	14 (63.6)	8 (36.4)	-0.203	-1.587	1.180	-0.015	-0.799	0.768	-0.006	-0.543	0.531
157	1 (25.0)	3 (75.0)	-0.011	-1.512	1.490	-0.001	-0.790	0.788	-0.001	-0.540	0.537
158	9 (17.3)	43 (82.7)	1.113	0.198	2.029	0.347	-0.402	1.096	-0.062	-0.585	0.461
159	210 (29.7)	496 (70.3)	0.613	0.173	1.053	0.271	-0.235	0.778	-0.118	-0.520	0.284
160	50 (22.9)	168 (77.1)	-1.077	-2.021	-0.132	-0.282	-0.947	0.383	-0.031	-0.482	0.420
161	83 (23.9)	265 (76.1)	0.212	-0.419	0.844	-0.007	-0.637	0.622	0.034	-0.405	0.472
162	29 (31.9)	62 (68.1)	-0.050	-1.250	1.150	-0.051	-0.822	0.719	0.001	-0.520	0.522
163	1 (3.1)	31 (96.9)	-0.197	-1.581	1.187	-0.021	-0.803	0.761	0.040	-0.490	0.570
164	23 (76.7)	7 (23.3)	-0.048	-1.523	1.428	-0.006	-0.793	0.782	-0.009	-0.545	0.527
165	28 (29.8)	66 (70.2)	-0.765	-1.919	0.389	-0.122	-0.869	0.626	0.005	-0.503	0.513
166	7 (26.9)	19 (73.1)	-0.438	-1.730	0.853	-0.067	-0.834	0.700	0.033	-0.496	0.562
167	178 (32.7)	366 (67.3)	-0.830	-1.656	-0.003	-0.295	-0.928	0.339	0.201	-0.199	0.601
168	18 (40.0)	27 (60.0)	0.300	-1.056	1.656	-0.021	-0.803	0.761	-0.058	-0.583	0.468
169	17 (34.7)	32 (65.3)	-0.221	-1.595	1.153	-0.042	-0.817	0.732	0.015	-0.495	0.525
170	88 (39.8)	133 (60.2)	-0.033	-0.889	0.824	0.132	-0.557	0.821	-0.211	-0.691	0.269
171	64 (27.1)	172 (72.9)	0.001	-0.804	0.806	-0.044	-0.730	0.641	-0.121	-0.603	0.361
172	2 (15.4)	11 (84.6)	-0.220	-1.603	1.163	-0.030	-0.809	0.749	-0.041	-0.571	0.489
173	9 (10.8)	74 (89.2)	0.421	-0.510	1.353	-0.118	-0.866	0.630	-0.059	-0.554	0.437
174	5 (14.3)	30 (85.7)	-0.021	-1.237	1.195	-0.065	-0.831	0.701	0.048	-0.468	0.563
175	0 (0.0)	7 (100.0)	0.359	-1.032	1.750	-0.019	-0.801	0.764	-0.022	-0.555	0.511

H	Participation		Escarres nosocomiales catégorie 1 et supérieur			Escarres nosocomiales catégorie 2 et supérieur			Chutes à l'hôpital		
	N°	Non n (%)	Oui n (%)	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC
176	0 (0.0)	3 (100.0)	-0.010	-1.512	1.491	-0.001	-0.790	0.788	0.066	-0.471	0.603
177	19 (12.9)	128 (87.1)	-0.614	-1.545	0.318	-0.257	-0.964	0.451	-0.010	-0.458	0.438
178*											
179*											
180*											
181	50 (28.7)	124 (71.3)	-0.015	-0.813	0.784	-0.053	-0.734	0.629	-0.202	-0.661	0.258
182	119 (33.6)	235 (66.4)	-0.265	-0.917	0.388	-0.184	-0.806	0.437	-0.121	-0.533	0.292
183	1 (10.0)	9 (90.0)	-0.164	-1.568	1.240	-0.021	-0.803	0.760	0.009	-0.515	0.532
184	12 (20.3)	47 (79.7)	0.106	-0.986	1.199	0.182	-0.564	0.927	-0.037	-0.550	0.476
185	6 (17.1)	29 (82.9)	0.249	-1.074	1.573	-0.025	-0.805	0.755	-0.049	-0.575	0.478
186	12 (48.0)	13 (52.0)	0.246	-1.093	1.584	-0.030	-0.809	0.749	0.036	-0.493	0.566
187	34 (28.6)	85 (71.4)	0.659	-0.120	1.438	0.427	-0.259	1.114	-0.190	-0.674	0.294
188	10 (7.8)	118 (92.2)	-0.344	-1.326	0.638	0.051	-0.657	0.759	0.152	-0.329	0.632
189	29 (17.2)	140 (82.8)	-0.630	-1.670	0.410	-0.098	-0.811	0.615	0.199	-0.265	0.662
190	17 (26.2)	48 (73.8)	-0.427	-1.511	0.658	0.011	-0.729	0.750	-0.103	-0.618	0.412
191	9 (52.9)	8 (47.1)	-0.043	-1.521	1.436	-0.005	-0.792	0.783	-0.019	-0.553	0.515
192	74 (52.9)	66 (47.1)	-0.450	-1.715	0.815	-0.077	-0.839	0.685	0.013	-0.495	0.521
194	7 (22.6)	24 (77.4)	-0.086	-1.535	1.363	-0.009	-0.795	0.778	0.029	-0.498	0.557
195	35 (27.8)	91 (72.2)	-0.477	-1.433	0.479	-0.200	-0.924	0.523	-0.131	-0.639	0.376
196	1 (10.0)	9 (90.0)	-0.025	-1.516	1.465	-0.002	-0.791	0.787	-0.010	-0.546	0.526
197	5 (21.7)	18 (78.3)	-0.066	-1.528	1.397	-0.008	-0.794	0.779	0.052	-0.481	0.585
198	15 (20.0)	60 (80.0)	-0.588	-1.647	0.471	-0.056	-0.780	0.669	0.013	-0.482	0.508
199	24 (28.9)	59 (71.1)	0.918	-0.036	1.872	0.054	-0.700	0.808	0.119	-0.396	0.633
200	11 (45.8)	13 (54.2)	-0.025	-1.516	1.465	-0.004	-0.792	0.784	0.029	-0.499	0.558
201	3 (27.3)	8 (72.7)	0.437	-0.990	1.864	-0.007	-0.794	0.780	-0.027	-0.559	0.504
202	33 (30.8)	74 (69.2)	0.325	-0.705	1.355	0.173	-0.571	0.918	-0.143	-0.650	0.363
203	14 (30.4)	32 (69.6)	-0.405	-1.689	0.879	-0.043	-0.817	0.730	0.028	-0.500	0.555
204	0 (0.0)	10 (100.0)	-0.026	-1.516	1.464	-0.003	-0.791	0.786	-0.008	-0.545	0.528
205	38 (34.9)	71 (65.1)	-0.046	-0.925	0.833	-0.205	-0.928	0.519	-0.110	-0.548	0.329
206	8 (11.3)	63 (88.7)	0.548	-0.403	1.499	0.180	-0.564	0.924	-0.109	-0.607	0.389
207	21 (31.3)	46 (68.7)	-0.345	-1.657	0.968	-0.042	-0.816	0.732	0.016	-0.508	0.540
208	8 (30.8)	18 (69.2)	0.544	-0.682	1.771	-0.027	-0.807	0.752	-0.018	-0.552	0.516
209	22 (24.2)	69 (75.8)	0.359	-0.500	1.218	-0.045	-0.768	0.679	-0.122	-0.618	0.374
210	19 (30.6)	43 (69.4)	-0.538	-1.767	0.690	-0.093	-0.850	0.664	-0.039	-0.552	0.474
211	0 (0.0)	2 (100.0)	-0.006	-1.510	1.498	0.000	-0.790	0.789	-0.001	-0.539	0.538
212	6 (17.6)	28 (82.4)	-0.157	-1.563	1.250	-0.017	-0.800	0.766	-0.028	-0.559	0.503
213	2 (9.5)	19 (90.5)	-0.036	-1.519	1.447	-0.005	-0.793	0.782	-0.011	-0.546	0.525
214	3 (27.3)	8 (72.7)	-0.072	-1.532	1.387	-0.009	-0.795	0.777	-0.005	-0.542	0.532

H	Participation		Escarres nosocomiales catégorie 1 et supérieur			Escarres nosocomiales catégorie 2 et supérieur			Chutes à l'hôpital		
	N°	Non n (%)	Oui n (%)	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC
215	12 (22.2)	42 (77.8)	0.625	-0.621	1.870	0.284	-0.495	1.063	-0.022	-0.555	0.511
216	44 (83.0)	9 (17.0)	0.322	-1.046	1.690	0.132	-0.649	0.912	-0.023	-0.556	0.510
217	8 (34.8)	15 (65.2)	-0.096	-1.540	1.348	-0.010	-0.796	0.775	0.252	-0.278	0.781
218	6 (13.3)	39 (86.7)	-0.661	-1.698	0.376	-0.279	-0.986	0.427	-0.110	-0.623	0.403
219	6 (31.6)	13 (68.4)	-0.141	-1.557	1.276	-0.014	-0.798	0.770	-0.022	-0.554	0.511
220	15 (19.5)	62 (80.5)	0.921	0.091	1.751	-0.013	-0.748	0.721	0.166	-0.321	0.653
221	1 (11.1)	8 (88.9)	-0.019	-1.514	1.476	-0.001	-0.790	0.788	-0.007	-0.544	0.530
222	46 (21.1)	172 (78.9)	0.420	-0.175	1.014	0.041	-0.573	0.655	0.020	-0.430	0.469
223	20 (27.8)	52 (72.2)	0.478	-0.488	1.444	-0.137	-0.881	0.606	0.016	-0.480	0.511
224	4 (36.4)	7 (63.6)	-0.033	-1.519	1.452	-0.003	-0.792	0.785	0.043	-0.488	0.575
225	8 (19.5)	33 (80.5)	0.224	-0.912	1.360	-0.050	-0.821	0.721	0.016	-0.508	0.541
226	12 (28.6)	30 (71.4)	-0.094	-1.537	1.349	-0.009	-0.795	0.777	-0.017	-0.551	0.517
227	110 (18.0)	500 (82.0)	0.231	-0.193	0.655	0.327	-0.119	0.773	0.490	0.171	0.809
228	8 (11.8)	60 (88.2)	-0.538	-1.778	0.702	-0.093	-0.851	0.665	-0.032	-0.532	0.468
229	102 (13.8)	637 (86.2)	0.181	-0.209	0.571	-0.026	-0.458	0.407	0.134	-0.205	0.473
230	11 (16.9)	54 (83.1)	0.923	-0.046	1.892	0.174	-0.570	0.918	0.060	-0.433	0.552
231	12 (18.8)	52 (81.3)	1.978	1.246	2.710	0.537	-0.180	1.254	0.230	-0.232	0.692
232	26 (12.5)	182 (87.5)	-0.411	-1.505	0.683	-0.035	-0.762	0.692	-0.065	-0.556	0.426
233	17 (51.5)	16 (48.5)	1.312	0.156	2.468	-0.041	-0.816	0.734	0.024	-0.503	0.551
234	68 (21.0)	256 (79.0)	0.378	-0.123	0.879	0.136	-0.439	0.712	0.039	-0.375	0.453
235	3 (18.8)	13 (81.3)	-0.242	-1.606	1.122	-0.031	-0.809	0.747	-0.040	-0.569	0.488
236	0 (0.0)	9 (100.0)	-0.027	-1.516	1.462	-0.002	-0.791	0.787	-0.004	-0.542	0.533
237	1 (25.0)	3 (75.0)	-0.010	-1.511	1.491	-0.001	-0.790	0.789	-0.002	-0.540	0.536
238	46 (24.7)	140 (75.3)	0.338	-0.669	1.346	0.015	-0.726	0.757	0.099	-0.372	0.571
239	1 (9.1)	10 (90.9)	-0.258	-1.650	1.133	-0.059	-0.832	0.715	-0.050	-0.577	0.476
240	7 (63.6)	4 (36.4)	-0.040	-1.521	1.441	-0.004	-0.792	0.784	-0.015	-0.550	0.519
241	20 (13.8)	125 (86.2)	-0.452	-1.411	0.507	-0.109	-0.815	0.597	-0.105	-0.568	0.358
242	17 (15.5)	93 (84.5)	-0.159	-1.179	0.861	-0.140	-0.882	0.601	0.143	-0.336	0.622
243*											
244*											
245	2 (25.0)	6 (75.0)	-0.011	-1.512	1.490	-0.001	-0.790	0.788	-0.002	-0.540	0.536
246	39 (38.6)	62 (61.4)	-0.634	-1.830	0.563	-0.105	-0.858	0.647	-0.101	-0.602	0.399
247*											
248	0 (0.0)	49 (100.0)	-0.025	-1.239	1.189	0.083	-0.681	0.846	0.205	-0.313	0.723
249	45 (42.5)	61 (57.5)	-0.293	-1.427	0.841	-0.131	-0.876	0.615	0.004	-0.491	0.498
250	1 (33.3)	2 (66.7)	-0.004	-1.510	1.502	0.000	-0.790	0.789	-0.001	-0.539	0.537
251	0 (0.0)	15 (100.0)	-0.413	-1.699	0.872	-0.105	-0.859	0.650	-0.053	-0.579	0.473
252	24 (24.0)	76 (76.0)	0.850	-0.002	1.702	0.012	-0.728	0.753	0.298	-0.183	0.779

H	Participation		Escarres nosocomiales catégorie 1 et supérieur			Escarres nosocomiales catégorie 2 et supérieur			Chutes à l'hôpital		
	N°	Non n (%)	Oui n (%)	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC
253	7 (12.5)	49 (87.5)	-0.531	-1.760	0.698	-0.071	-0.834	0.693	0.016	-0.508	0.541
254	11 (35.5)	20 (64.5)	-0.130	-1.554	1.294	-0.011	-0.797	0.774	-0.021	-0.554	0.512
255	160 (23.8)	512 (76.2)	0.462	0.013	0.911	0.211	-0.290	0.712	0.226	-0.125	0.577
256	2 (13.3)	13 (86.7)	-0.026	-1.516	1.463	-0.003	-0.791	0.786	0.067	-0.470	0.604
257	5 (50.0)	5 (50.0)	-0.018	-1.514	1.478	-0.001	-0.790	0.788	-0.004	-0.541	0.534
258	35 (27.1)	94 (72.9)	0.283	-0.556	1.123	0.057	-0.652	0.767	-0.092	-0.581	0.397
259	3 (60.0)	2 (40.0)	-0.006	-1.510	1.499	0.000	-0.790	0.789	-0.002	-0.540	0.536
260	5 (7.8)	59 (92.2)	-0.157	-1.328	1.015	0.066	-0.692	0.824	-0.074	-0.594	0.447
261	36 (24.2)	113 (75.8)	-0.512	-1.746	0.723	-0.094	-0.850	0.661	0.029	-0.467	0.526
262	0 (0.0)	1 (100.0)	-0.002	-1.509	1.506	0.000	-0.790	0.789	-0.004	-0.541	0.533
263	33 (37.9)	54 (62.1)	1.015	0.120	1.910	0.353	-0.396	1.103	-0.071	-0.593	0.450
264	0 (0.0)	8 (100.0)	-0.077	-1.535	1.381	-0.005	-0.792	0.783	-0.003	-0.541	0.535
265	0 (0.0)	9 (100.0)	-0.193	-1.585	1.199	-0.024	-0.805	0.756	-0.027	-0.559	0.505
267	14 (13.5)	90 (86.5)	-0.438	-1.526	0.650	-0.026	-0.757	0.704	-0.090	-0.579	0.400
268	3 (12.0)	22 (88.0)	-0.073	-1.530	1.384	-0.007	-0.794	0.780	-0.021	-0.554	0.512
269	39 (26.4)	109 (73.6)	0.650	-0.178	1.478	0.314	-0.423	1.051	-0.018	-0.534	0.498
270	0 (0.0)	6 (100.0)	0.476	-0.973	1.924	-0.004	-0.792	0.784	-0.004	-0.541	0.534
271	1 (5.6)	17 (94.4)	-0.265	-1.619	1.089	-0.035	-0.811	0.742	0.004	-0.519	0.526
272	15 (23.8)	48 (76.2)	0.665	-0.327	1.657	0.329	-0.414	1.073	-0.034	-0.535	0.466
273	14 (35.0)	26 (65.0)	1.171	0.040	2.301	0.240	-0.525	1.004	0.072	-0.451	0.595
274	4 (33.3)	8 (66.7)	-0.023	-1.515	1.469	-0.003	-0.792	0.785	-0.016	-0.551	0.518
275	0 (0.0)	4 (100.0)	-0.145	-1.562	1.272	-0.014	-0.798	0.770	0.066	-0.470	0.603
276	32 (22.9)	108 (77.1)	1.113	0.491	1.735	-0.128	-0.828	0.573	-0.100	-0.574	0.375
277	0 (0.0)	11 (100.0)	-0.104	-1.544	1.337	-0.008	-0.795	0.778	-0.008	-0.545	0.528
278	3 (16.7)	15 (83.3)	-0.138	-1.559	1.283	-0.017	-0.800	0.767	0.043	-0.488	0.574
279	3 (7.5)	37 (92.5)	-0.277	-1.622	1.068	-0.034	-0.811	0.743	0.027	-0.500	0.554
280	8 (10.0)	72 (90.0)	-0.302	-1.205	0.602	0.056	-0.653	0.766	0.174	-0.281	0.629
281	0 (0.0)	5 (100.0)	0.247	-1.092	1.586	0.126	-0.653	0.904	-0.017	-0.551	0.518
282	0 (0.0)	11 (100.0)	-0.076	-1.533	1.382	-0.006	-0.793	0.781	-0.007	-0.544	0.530
283	0 (0.0)	5 (100.0)	-0.021	-1.515	1.472	-0.002	-0.791	0.787	-0.029	-0.560	0.503
284	12 (16.7)	60 (83.3)	-0.332	-1.651	0.988	-0.048	-0.820	0.724	-0.049	-0.576	0.478
285	3 (42.9)	4 (57.1)	-0.084	-1.537	1.368	-0.009	-0.795	0.777	-0.002	-0.540	0.536
286	0 (0.0)	12 (100.0)	-0.076	-1.533	1.382	-0.005	-0.793	0.782	-0.006	-0.543	0.530
287	1 (50.0)	1 (50.0)	-0.028	-1.517	1.462	-0.002	-0.791	0.786	-0.007	-0.544	0.530
288	10 (45.5)	12 (54.5)	0.334	-1.039	1.707	0.139	-0.644	0.922	-0.010	-0.546	0.526
289	24 (43.6)	31 (56.4)	-0.179	-1.574	1.215	-0.021	-0.803	0.761	-0.024	-0.556	0.508
290	0 (0.0)	11 (100.0)	-0.029	-1.517	1.459	-0.003	-0.792	0.785	0.066	-0.471	0.603
291	11 (47.8)	12 (52.2)	0.394	-0.800	1.588	-0.057	-0.827	0.712	0.133	-0.387	0.654

H	Participation		Escarres nosocomiales catégorie 1 et supérieur			Escarres nosocomiales catégorie 2 et supérieur			Chutes à l'hôpital			
	N°	Non n (%)	Oui n (%)	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC	Rés.	Borne inférieure de l'IC	Borne supérieure de l'IC
	292	2 (16.7)	10 (83.3)	-0.024	-1.515	1.467	-0.002	-0.791	0.786	-0.003	-0.541	0.534
	293	1 (6.3)	15 (93.8)	-0.046	-1.521	1.430	-0.004	-0.792	0.784	-0.011	-0.547	0.525
	294	2 (15.4)	11 (84.6)	-0.023	-1.515	1.469	-0.002	-0.791	0.786	-0.004	-0.541	0.534
	295	11 (18.0)	50 (82.0)	-0.528	-1.761	0.706	-0.087	-0.845	0.672	0.023	-0.489	0.534
	296	0 (0.0)	9 (100.0)	-0.370	-1.677	0.936	-0.076	-0.840	0.687	0.111	-0.419	0.642
	298	72 (31.7)	155 (68.3)	0.112	-0.661	0.885	0.034	-0.635	0.703	0.016	-0.442	0.473
	299	1 (14.3)	6 (85.7)	1.493	0.279	2.706	0.122	-0.655	0.900	-0.028	-0.560	0.504
	301	13 (28.3)	33 (71.7)	-0.131	-1.311	1.050	-0.073	-0.837	0.690	0.170	-0.317	0.658
	302*											
	303	13 (54.2)	11 (45.8)	-0.180	-1.575	1.215	-0.014	-0.798	0.770	-0.011	-0.547	0.524
	304	2 (16.7)	10 (83.3)	0.514	-0.617	1.646	0.318	-0.429	1.065	-0.014	-0.535	0.507
	305*											

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

* Aucune donnée pour les raisons suivantes : 305 aucun-e patient-e hospitalisé-e au moment de la mesure ; 247 et 302 aucune donnée fournie ; 178–180, 243 et 244 ont été dispensés de mesure pour 2019.

** Résidus et limites des intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur (données provenant des figures 7 et 14–17) ; résidus et limites des intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur (données provenant des figures 8 et 18–21) ; résidus et limites des intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes à l'hôpital (données provenant des figures 12 et 22–25).

Mentions légales

Titre	Chutes et escarres Médecine somatique aiguë Rapport comparatif national mesure 2019
Année	Août 2020
Auteur-e-s	Silvia Thomann, MScN, collaboratrice scientifique Ra&D Soins infirmiers, Co-responsable de projet Margarithe Schlunegger, MScN, collaboratrice scientifique Ra&D Soins infirmiers Rahel Rööslü, MScN, collaboratrice scientifique Ra&D Soins infirmiers Leonie Kammer, BScN, assistante de recherche Ra&D Soins infirmiers Joëlle Riedweg, BScN, assistante de recherche Ra&D Soins infirmiers Dr. phil. habil. Dirk Richter, enseignant Ra&D Soins infirmiers Niklaus Bernet, MScN, collaborateur scientifique Ra&D Soins infirmiers, Co-responsable de projet
Groupe de projet BFH	Prof. Dr. Sabine Hahn, Responsable Ra&D Soins infirmiers, responsabilité scientifique du projet Niklaus Bernet, MScN, collaborateur scientifique Ra&D Soins infirmiers, co-responsable de projet Silvia Thomann, MScN, collaboratrice scientifique Ra&D Soins infirmiers, co-responsable de projet Dr. phil. habil. Dirk Richter, enseignant Ra&D Soins infirmiers Antonia Baumgartner, M.A., collaboratrice scientifique Ra&D Soins infirmiers Rahel Rööslü, MScN, collaboratrice scientifique Ra&D Soins infirmiers Margarithe Schlunegger, MScN, collaboratrice scientifique Ra&D Soins infirmiers Karin Thomas, MScN, collaboratrice scientifique Ra&D Soins infirmiers Leonie Kammer, BScN, assistante de recherche Ra&D Soins infirmiers Joëlle Riedweg, BScN, assistante de recherche Ra&D Soins infirmiers
Groupe de projet HEdS-FR	Dr. François Mooser, professeur Stefanie Senn, MScN, professeure
Groupe de projet SUPSI	Dr. Stefan Kunz, enseignant-chercheur Nunzio de Bitonti, enseignant-chercheur Dr. Maria Caiata Zufferey, responsable recherche Santé, DEASS Prof. Dr. Carmine Garzia, responsable recherche appliquée, DEASS
Conseil en statistiques	Dr. Reto Bürgin, collaborateur scientifique Ra&D Soins infirmiers



Membres du groupe
qualité mesure de
prévalence

Anna Bernhard, responsable du développement des soins, Stadtspital Triemli
Els De Waele, coordinatrice de la qualité des soins et de la sécurité des patients, Hôpital du Valais
Heidi Friedli-Wüthrich, responsable du développement des soins, Spital Emmental AG
Aurélié Glerum, Data-manager, statisticienne, Hôpital Riviera-Chablais
Dieter Gralher, responsable du développement des soins, Luzerner Kantonsspital
Mélanie Verdon, infirmière chargée de recherche et qualité des soins, Direction des soins, HUG
Anna Ziegler, Expert en la matière Centre of Excellence Soins, Hirslanden AG, Corporate Office
Silvia Zilioli, responsable qualité, Inselspital Bern

Mandant
représenté par

Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)
Daniela Zahnd, collaboratrice scientifique Médecine somatique aiguë, Bureau ANQ
Weltpoststrasse 5, 3015 Bern
T +41 31 511 38 40, info@anq.ch, www.anq.ch

Copyright

Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)
Haute école spécialisée bernoise Santé
Recherche appliquée et développement soins infirmiers
Institut d'analyse nationale de la mesure nationale de la prévalence
Murtenstrasse 10, 3008 Berne
T +41 31 848 37 60, forschung.gesundheit@bfh.ch,
bfh.ch/sante/fr/recherche-sante

Adoption

Ce rapport national comparatif 2019 a été validé par le groupe qualité mesure de prévalence.

Mention bibliographique

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