



Berner Fachhochschule  
Haute école spécialisée bernoise  
Bern University of Applied Sciences

---

# Chutes et escarres

# Médecine somatique aiguë adultes

---

Rapport comparatif national

Mesure 2022

Juillet 2023 / version 1.0

## Table des matières

---

Résumé .....	3
Liste des abréviations .....	4
<b>1. Introduction .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Buts visés, problématique et méthodologie.....</b>	<b>7</b>
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
<b>3. Participation à la mesure et population .....</b>	<b>10</b>
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
<b>4. Indicateur escarres .....</b>	<b>15</b>
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
<b>5. Indicateur chutes .....</b>	<b>24</b>
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
<b>6. Discussion relative à la mesure globale .....</b>	<b>30</b>
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 causée par des chutes .....	34



6.3.2. Résultats ajustés aux risques de l'indicateur chutes .....	36
6.4. Chutes et escarres dans le contexte de la pandémie de Covid .....	36
7. Recommandations .....	38
Bibliographie .....	40
Liste des figures .....	43
Liste des tableaux.....	45
Annexe .....	46
Mentions légales.....	66

## Résumé

---

L'analyse de l'année de mesure 2022 a porté sur les données de 182 sites hospitaliers (25 groupes hospitaliers et 116 hôpitaux). Le jour de la collecte des données, sur les 16 507 patientes et patients hospitalisé-e-s, dont 12 460 ont participé à la mesure, ce qui correspond à un taux de participation de 75,5 %.

### Indicateur escarres

Ces dix dernières années de mesure, le taux de prévalence nosocomial total évoluait entre 3,6 % et 5,8 % ; en 2022, il était de 5,2 %. Le taux d'escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur variait quant à lui entre 1,5 % et 2,3 % ; en 2022, il était de 2,3 %. Dans la comparaison internationale, on constate que les taux de prévalence des escarres en Suisse se situent pour 2022 dans le bas de la fourchette indiquée dans la littérature, 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 pouvait noter, lorsque l'on prenait en compte les variables patient-e-s du modèle d'ajustement au risque, que huit hôpitaux s'écartaient significativement de l'ensemble des hôpitaux suisses. Parmi ceux-ci sept s'écartaient négativement au sens clinique, et un positivement au sens clinique, de la moyenne de tous les hôpitaux. Pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur, deux hôpitaux s'écartaient significativement négativement au sens clinique de la moyenne de tous les hôpitaux.

### Indicateur chutes

Ces dix dernières années de mesure, le taux national de chutes à l'hôpital variait entre 3,0 % et 4,6 % ; en 2022, il était de 4,6 %. Dans la comparaison internationale, le taux de chutes en Suisse pour 2022 évoluait dans le bas de la fourchette des valeurs de référence de la littérature, mais restait tout de même supérieur à celui des données LPZ pour l'Autriche.

Au niveau national, le taux de blessures total variait entre 30,4 % et 35,2 % ces trois dernières années de mesure ; en 2022, il était de 35,2 %. Par comparaison avec la littérature internationale, les résultats de Suisse pour 2022 se situent dans le milieu de la fourchette, mais sont cependant supérieurs à ceux de l'Autriche.

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

### Recommandations quant à la mesure de la prévalence

Lors de la dixième mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres, après une suspension de deux ans due à la pandémie, les taux de prévalence pour les deux indicateurs se sont révélés plus élevés que lors de la dernière mesure en 2019. Le taux de prévalence des escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur, ainsi que le taux de chutes à l'hôpital ont même atteint leurs valeurs les plus élevées depuis le début de la mesure en 2011. On peut supposer une influence (indirecte) de la pandémie de Covid (situation du personnel), mais les données collectées dans le cadre de la mesure de la prévalence ne permettent pas de l'établir avec certitude. Il apparaît en outre que la qualité des soins liés aux chutes et aux escarres n'a pas évolué seulement dans certains hôpitaux, mais au niveau national pour tous les hôpitaux.

Afin de garantir la qualité des soins en matière de chutes et d'escarres dans les hôpitaux suisses malgré les défis à venir (changement démographique, situation du personnel) et sachant que les mesures annuelles ont des effets positifs sur le développement de la qualité, il est recommandé de continuer à effectuer les mesures régulièrement à l'avenir pour permettre un suivi.

## 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
<i>EI</i>	Écart interquartile
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
<i>ÉT</i>	Écart-type
GD	Groupes de diagnostics
H	Hôpital
HES	Haute école spécialisée
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
<i>n</i>	Nombres
OECD	The Organisation for Economic Co-operation and Development
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
Rés.	Résidu
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Valeur $p$	Résultat du test de signification
<i>VM</i>	Valeur moyenne

## 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 et les cliniques de Suisse et de la Principauté du Liechtenstein. Les hôpitaux et les cliniques participant-e-s se sont engagés à collaborer à des mesures de qualité 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 et al., 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 la lecture du rapport.

### 2.1. Buts visés et problématique

Cette dixième mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres menées dans les hôpitaux suisses auprès des patientes et des patients de 18 ans et plus, après une suspension de deux ans liée à la pandémie, 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 causées par des chutes selon le 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 patientes et patients 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, et al., 2020).

#### 2.2.2. Définition des termes escarres et chutes

Dans le cadre de la mesure de la prévalence, les escarres et chutes sont définies 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 de la classification NPUAP-EPUAP-PPPIA (2019), 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 désignées 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 » (d'après 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, 2022) :

- 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, Röösl, 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 et de caractéristiques des patientes et 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 patientes et patients 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 patientes et aux patients soient pris en compte dans l'analyse. Le concept d'évaluation (Thomann, Röösl, 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 la lecture des rapports nationaux sont décrites dans le concept d'évaluation (Thomann, Röösl, et al., 2020).

Le terme de patientes et patients à risque est utilisé uniformément dans le présent rapport avec le sens suivant :

- *Patientes et patients à risque d'escarre* : participantes et participants présentant un risque d'escarre selon l'évaluation clinique subjective des infirmières et des infirmiers.

- *Patientes et patients à risque d'escarre selon l'échelle de Braden* : participantes et participants 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.
- *Patientes et patients à risque de chute* : participantes et participants 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 patientes et patients 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 suisse. 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 participantes et de participants 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.

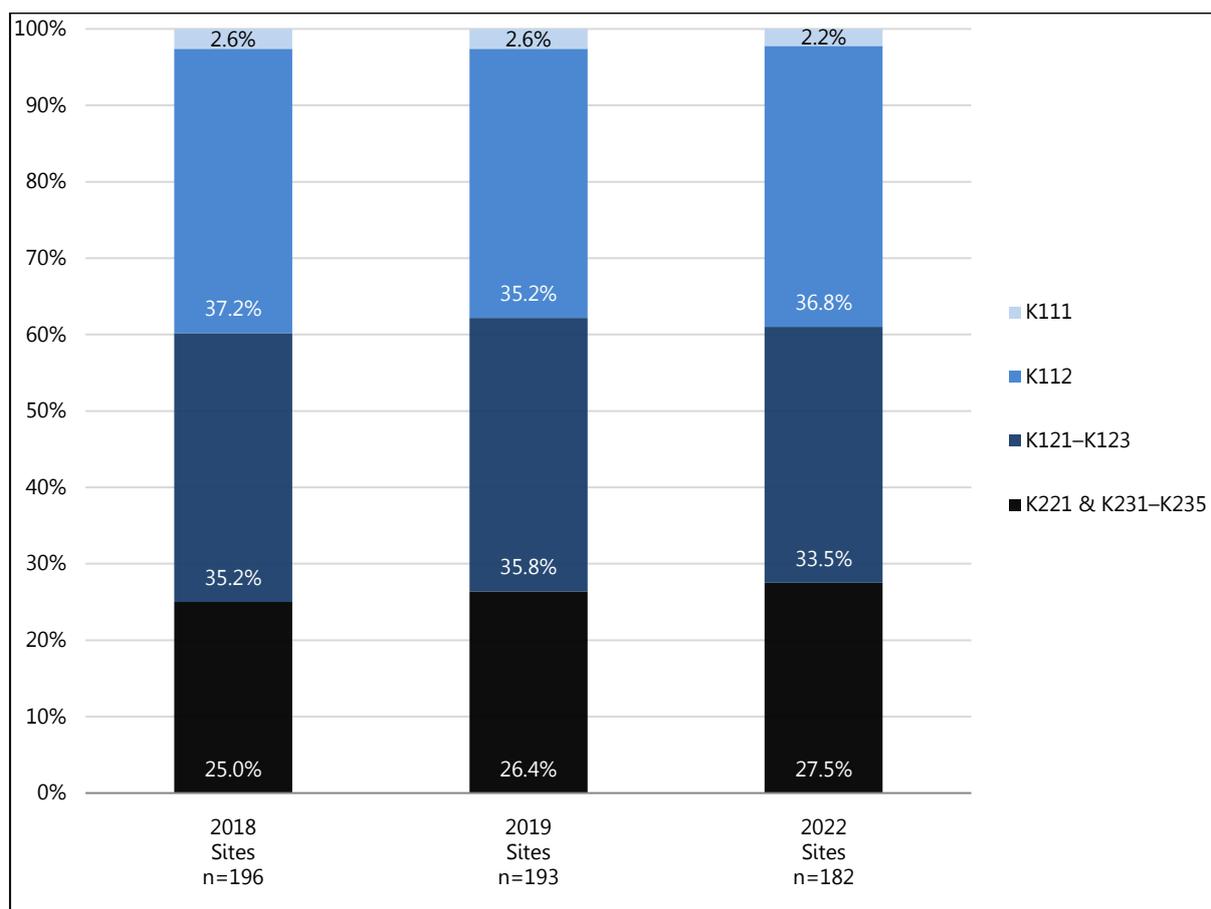
### 3. Participation à la mesure et population

Le chapitre suivant traite des hôpitaux participants et des patientes et patients ainsi que de leurs caractéristiques.

#### 3.1. Hôpitaux participants

En 2022, la dixième mesure nationale de la prévalence a pu s'appuyer sur les données de 182 sites hospitaliers (25 groupes hospitaliers et 116 hôpitaux). Certains sites hospitaliers n'ont pas pu fournir de données, par exemple parce qu'aucune patiente ni aucun patient n'était hospitalisé-e le jour de la mesure (voir détails au tableau 13 en annexe). Diverses fermetures de sites ont également eu lieu depuis la dernière mesure en 2019, ce qui explique que davantage d'hôpitaux et moins de groupes hospitaliers aient participé à la mesure. 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.

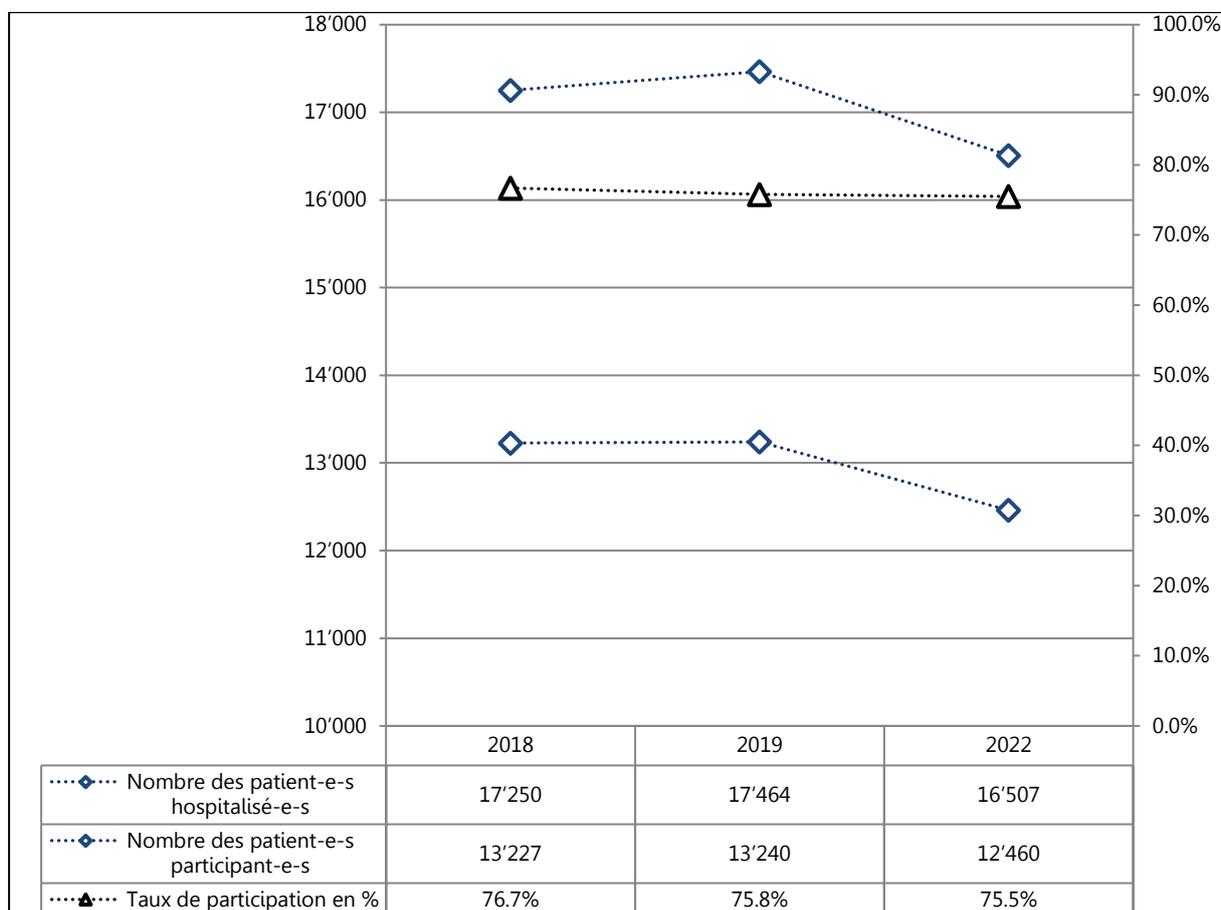
La distribution du pourcentage des sites hospitaliers par types d'hôpital est restée relativement constante au cours des trois dernières années de la mesure, malgré sa suspension pendant deux ans en raison de la pandémie.

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

#### 3.2.1. Taux de participation

16 507 patientes et patients de 18 ans et plus étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux de Suisses et du Liechtenstein le jour de la mesure, le 8 novembre 2022. Parmi cette population, 12 460 patientes et patients ont participé à la mesure, ce qui correspond à un taux de participation nationale de 75,5 %. La figure 2 montre d'une part le nombre de patientes et patients hospitalisé-e-s et d'autre part le nombre de patientes et patients participant 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 taux de participation est resté relativement constant au cours des trois dernières années de mesure. Le nombre de patientes et patients hospitalisé-e-s et donc de participantes et de participants a légèrement diminué en 2022, ce qui est probablement dû au nombre réduit d'hôpitaux participants.

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

Ci-dessous sont décrites les caractéristiques des 12 460 patientes et patients participant à la mesure, groupes de diagnostic CIM y compris.

Le tableau 1 décrit les caractéristiques générales des patientes et patients 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
<b>Patient-e-s participant-e-s</b>	<b>n</b>	<b>2150</b>	<b>6722</b>	<b>2328</b>	<b>1260</b>	<b>12460</b>
Sexe (féminin)	n (%)	1001 (46.6)	3252 (48.4)	1210 (52.0)	656 (52.1)	6119 (49.1)
Intervention chirurgicale (oui)	n (%)	768 (35.7)	2679 (39.9)	1028 (44.2)	761 (60.4)	5236 (42.0)
Âge (en ans)	VM (ÉT)	66.0 (18.37)	69.2 (16.85)	69.5 (16.72)	66.7 (16.88)	68.5 (17.15)
	Médiane (ÉI)	69.0 (25.00)	73.0 (22.00)	73.0 (22.00)	69.0 (22.00)	72.0 (22.00)
Nombre des jours depuis l'admission	VM (ÉT)	10.2 (18.30)	6.9 (10.30)	5.8 (8.05)	7.1 (12.73)	7.3 (12.06)
	Médiane (ÉI)	6.0 (10.00)	4.0 (7.00)	4.0 (6.00)	4.0 (6.00)	4.0 (7.00)
Nombre des groupes de diagnostics CIM	VM (ÉT)	3.8 (2.35)	3.7 (2.26)	3.3 (2.02)	3.2 (2.10)	3.6 (2.22)
	Médiane (ÉI)	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)	VM (ÉT)	62.1 (16.08)	63.9 (13.60)	64.7 (13.26)	65.2 (12.07)	63.9 (13.88)
	Médiane (ÉI)	69.0 (20.00)	69.0 (16.00)	70.0 (14.00)	69.0 (13.00)	70.0 (15.00)
Catégories EDS						
Indépendance complète (70–75)	n (%)	1054 (49.0)	3351 (49.9)	1236 (53.1)	620 (49.2)	6261 (50.2)
Indépendance prépondérante (60–69)	n (%)	446 (20.7)	1551 (23.1)	546 (23.5)	369 (29.3)	2912 (23.4)
Dépendance partielle (45–59)	n (%)	338 (15.7)	1136 (16.9)	313 (13.4)	174 (13.8)	1961 (15.7)
Dépendance prépondérante (25–44)	n (%)	207 (9.6)	513 (7.6)	186 (8.0)	77 (6.1)	983 (7.9)
Dépendance complète (15–24)	n (%)	105 (4.9)	171 (2.5)	47 (2.0)	20 (1.6)	343 (2.8)
Patient-e-s à risque d'escarre						
Évaluation clinique subjective (oui)	n (%)	750 (34.9)	2201 (32.7)	743 (31.9)	385 (30.6)	4079 (32.7)
Échelle de Braden selon définition LPZ ( $\leq 20$ )	n (%)	1328 (61.8)	3420 (50.9)	1167 (50.1)	568 (45.1)	6483 (52.0)
Patient-e-s à risque de chute	n (%)	654 (30.4)	2115 (31.5)	723 (31.1)	348 (27.6)	3840 (30.8)
Sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement (oui)	n (%)	831 (38.7)	2776 (41.3)	908 (39.0)	473 (37.5)	4988 (40.0)

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).

Les participantes et participants étaient tout juste pour moitié de sexe féminin (49,1 %), avec un âge médian de 72,0 ans et une durée d'hospitalisation médiane jusqu'au jour de la mesure de quatre jours. 42,0 % des participantes et participants avaient été opéré-e-s au cours des deux semaines avant la mesure. Selon l'échelle de dépendance aux soins, la majorité des participantes et participants étaient

entièrement indépendant-e-s dans leurs soins (50,2 %, médiane EDS 70,0). D'après l'évaluation clinique subjective, 32,7 % présentaient un risque d'escarre. Le risque de chute selon la présence d'une chute dans l'anamnèse était de 30,8 %. Sur l'ensemble des participantes et participants, 40,0 % prenaient des sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement. Les caractéristiques des patientes et patients participant-e-s sont ainsi comparables avec celles des patientes et patients des années de mesure précédentes.

En moyenne, les patientes et patients participant-e-s présentaient 3,6 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 56,8 %, 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.

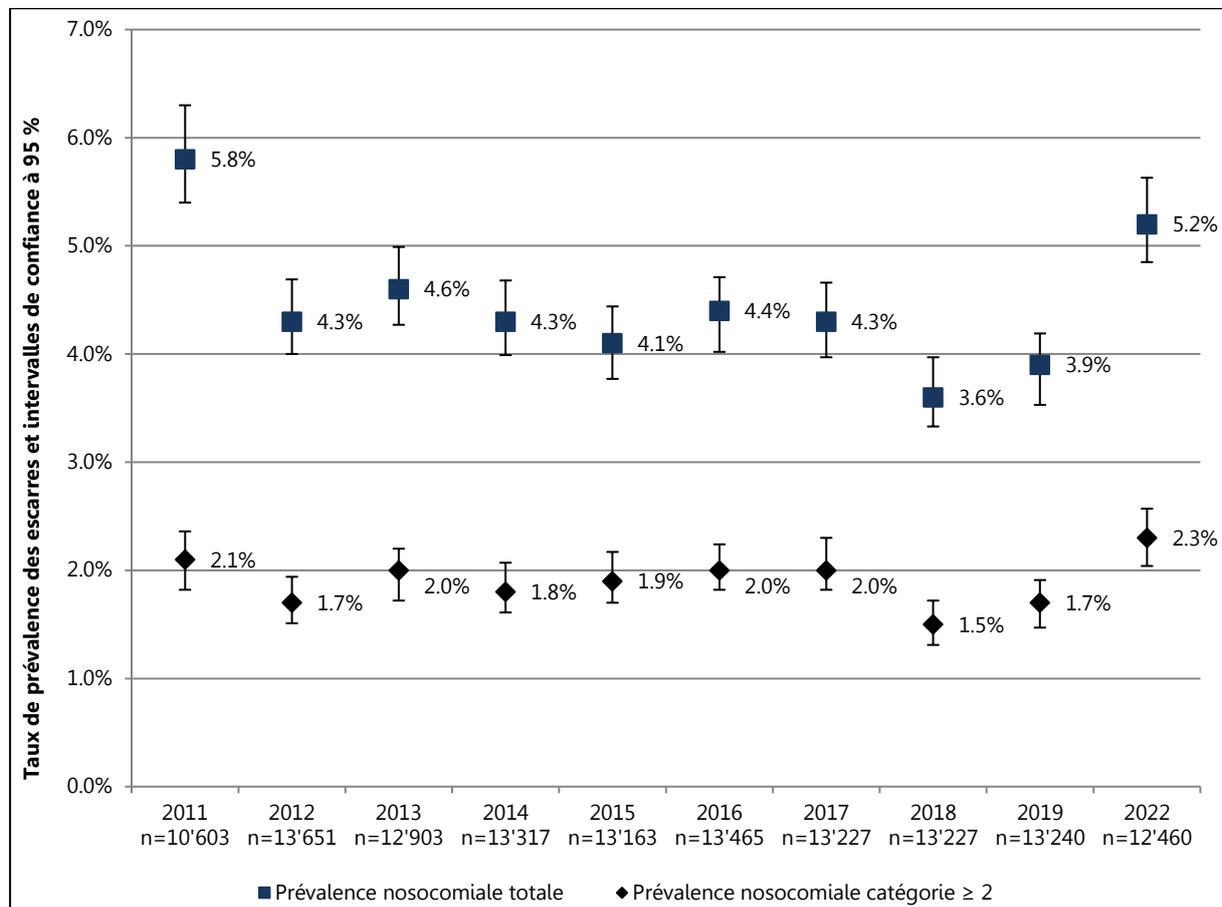
## 4. Indicateur escarres

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

### 4.1. Taux de prévalence des escarres

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

Figure 4 : comparaison des taux de prévalence des escarres nosocomiales sur les 10 dernières années de mesure\*



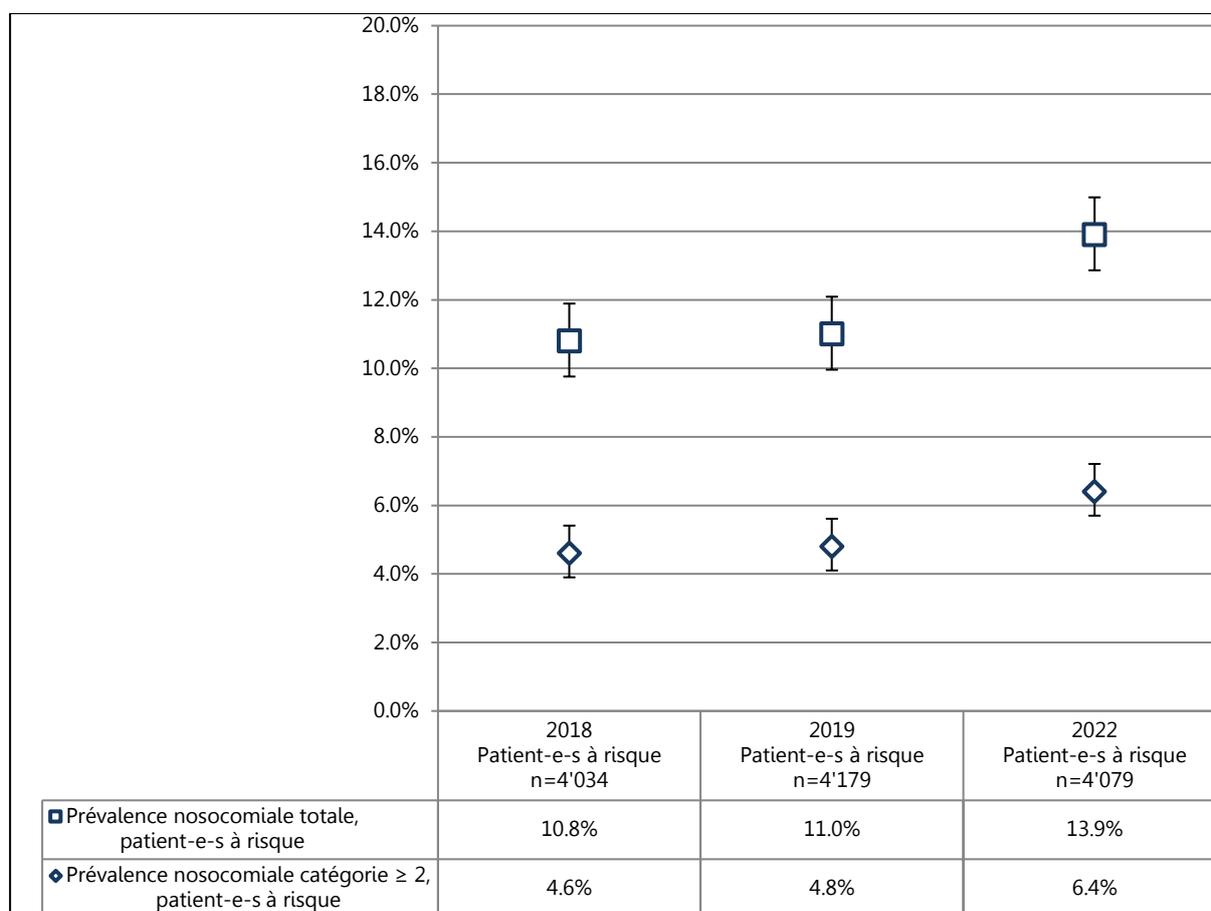
\* Les résultats des trois dernières années de mesure, répartis par type d'hôpital, se trouvent dans le tableau 10 en annexe. En outre, la figure 13 en annexe met en regard les taux de prévalence des escarres, c'est-à-dire des escarres acquises avant et après l'admission à l'hôpital, et les taux de prévalence 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 dix dernières années de mesure. En 2022, il était de 5,2 %. L'intervalle de confiance à 95 % pour la prévalence nosocomiale totale en 2022 (4,85–5,63) se recoupe avec les intervalles de confiance des années de mesure 2011 et 2013, mais pas avec ceux des années de mesure 2012 et 2014 à 2019. Cela signifie que la prévalence nosocomiale totale en 2022 était significativement plus élevée que celle des années de mesure 2012 et 2014 à 2019.

En ce qui concerne le taux national de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur, celui-ci a fluctué entre 1,5 % et 2,3 % au cours des dix dernières années de mesure. En 2022, il était de 2,3 %. Si l'on s'appuie sur l'intervalle de confiance à 95 %, la prévalence des escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur était significativement plus élevée en 2022 qu'en 2012, 2018 et 2019.

La figure 5 présente les taux de prévalence d'escarres nosocomiales des trois dernières années chez les patientes et patients 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 d'escarre au cours des 3 dernières années de mesure\*



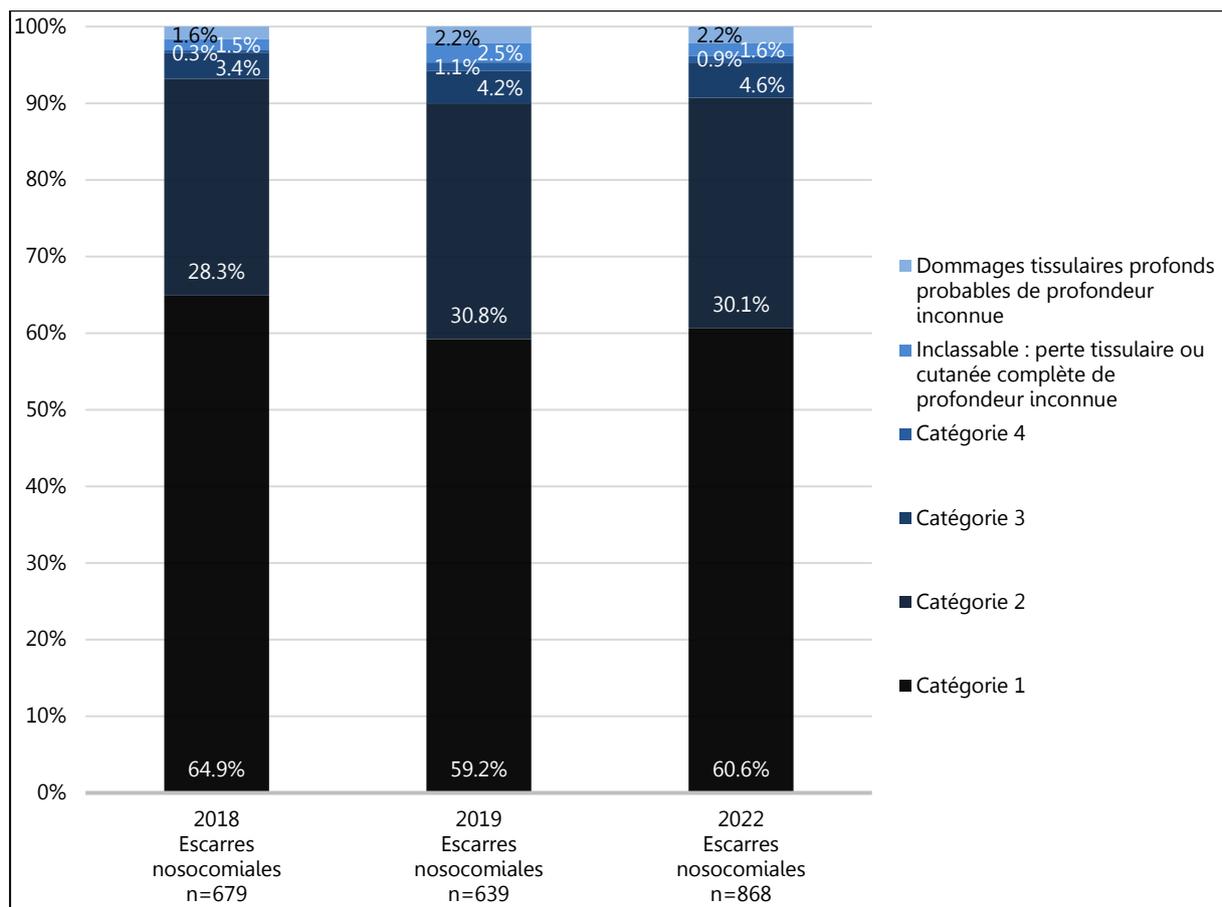
\* Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 10 en annexe.

Le taux national de prévalence nosocomiale totale chez les patientes et patients à risque a varié entre 10,8 % et 13,9 % au cours des trois dernières années de mesure. En 2022, il était de 13,9 %. Le taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur chez les patientes et patients à risque a quant à lui évolué entre 4,6 % et 6,4 %. En 2022, il était de 6,4 %. Sur la base de l'intervalle de confiance à 95 %, les taux de prévalence étaient significativement plus élevés en 2022 qu'en 2018 et 2019.

## 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 (59,2 %–64,9 %), suivie de la catégorie 2 (28,3 %–30,8 %). 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 2019 et 2022.

## 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 cotes, 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 %	
Groupe d'âge	18–54 ans	Référence				
	55–74 ans	1.00	0.17	0.997	0.71	1.41
	≥ 75 ans	1.40	0.17	<b>0.048</b>	1.00	1.96
Nombre des jours depuis l'admission	0–7 Tage	Référence				
	8–14 jours	1.80	0.11	<b>&lt;0.001</b>	1.44	2.24
	15–28 jours	2.65	0.12	<b>&lt;0.001</b>	2.08	3.38
	≥ 29 jours	3.91	0.15	<b>&lt;0.001</b>	2.89	5.29
EDS	Indépendance complète (70–75)	Référence				
	Indépendance prépondérante (60–69)	0.94	0.16	0.685	0.69	1.28
	Dépendance partielle (45–59)	1.47	0.16	<b>0.014</b>	1.08	1.99
	Dépendance prépondérante (25–44)	1.97	0.17	<b>&lt;0.001</b>	1.41	2.75
	Dépendance complète (15–24)	2.68	0.20	<b>&lt;0.001</b>	1.81	3.97
Risque d'escarres selon évaluation clinique subjective (oui)	8.00	0.14	<b>&lt;0.001</b>	6.07	10.54	
Intervention chirurgicale (oui)	1.74	0.20	<b>0.006</b>	1.18	2.58	
CIM GD Lésions traumatiques, empoisonnements, certaines autres conséquences de causes externes (oui)	1.33	0.13	<b>0.034</b>	1.02	1.73	
CIM GD Maladies de peau/ tissu cellulaire sous-cutané (oui)	1.27	0.13	0.062	0.99	1.63	
CIM GD Maladies de l'appareil circulatoire (oui)	1.21	0.11	0.069	0.99	1.49	
CIM GD Maladies du système nerveux (oui)	1.20	0.11	0.082	0.98	1.48	
CIM GD Certaines maladies infectieuses et parasitaires (oui)	1.19	0.10	0.090	0.97	1.46	
CIM GD Maladies du sang et des organes hématopoïétiques (oui)	1.15	0.11	0.170	0.94	1.42	
CIM GD Troubles mentaux et du comportement (oui)	0.78	0.10	<b>0.014</b>	0.63	0.95	
Interaction type d'hôpital – Intervention chirurgicale (oui)	0.90	0.06	0.069	0.80	1.01	

*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.

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*) à 95 % 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 était l'évaluation clinique subjective du risque d'escarres d'après les infirmières et infirmiers. Si la patiente ou le patient était évalué-e comme étant à risque selon l'infirmière ou l'infirmier, le risque d'escarre nosocomiale de catégorie 1 et supérieur était 8 fois plus élevé (*OR* 8,00, *IC* 6,07–10,54) que si aucun risque d'escarre n'était évalué.

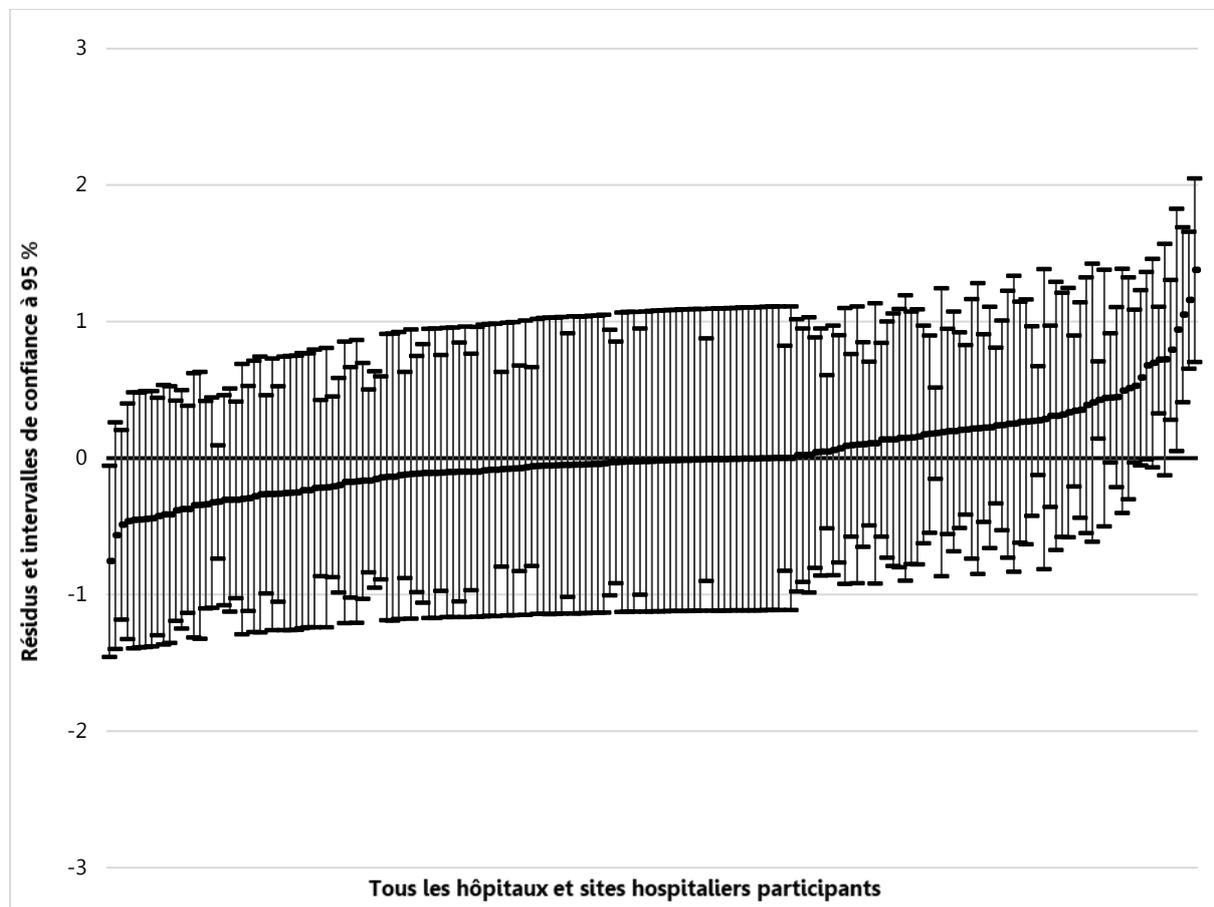
Une autre variable patient-e pertinente était celle de la dépendance aux soins. Le risque d'escarres augmentait avec la dépendance aux soins, résultant au niveau « dépendance complète » en un risque 2,7 fois plus élevé que pour l' « indépendance complète » (*OR* 2,68, *IC* 1,81–3,97). On a pu observer une corrélation similaire avec le nombre de jours depuis l'admission : plus une patiente ou un patient restait longtemps à l'hôpital, plus le risque de contracter une escarre était grand. En outre, une intervention chirurgicale dans les deux semaines ayant précédé la mesure était associée à un risque d'escarres 1,7 fois plus élevé (*OR* 1,74, *IC* 1,18–2,58). Les patientes et patients âgé-e-s de 75 ans et plus présentaient également un risque d'escarres 1,4 fois plus élevé (*OR* 1,40, *IC* 1,00–1,96) par rapport aux patientes et patients âgé-e-s de 18 à 54 ans.

Le modèle comprend divers groupes de diagnostics CIM, dont deux se sont révélés être significativement liés aux escarres. Le groupe CIM GD Lésions traumatiques, empoisonnements, certaines autres conséquences de causes externes (*OR* 1,33, *IC* 1,02–1,73) augmentait le risque d'escarres, tandis que le groupe CIM GD Troubles mentaux et du comportement le diminuait (*OR* 0,78, *IC* 0,63–0,95).

Le modèle compte également une variable d'interaction non significative (Type d'hôpital – Intervention chirurgicale).

Compte tenu des variables patient-e-s présentées au tableau 2, l'évaluation des résidus des escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur donnait 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 et sites hospitaliers 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 fréquence élevée des escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur après ajustement des résultats au risque dans l'hôpital concerné. Les chiffres situés dans la zone négative indiquent une prévalence des escarres nosocomiales plus faible que la moyenne de tous les hôpitaux.

Ces résultats montrent que huit hôpitaux affichent un écart significatif d'un point de vue statistique par rapport à l'ensemble des hôpitaux suisses, 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, sept 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 sept 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 sept hôpitaux dont l'intervalle de confiance global est situé au-dessus de la ligne du zéro. Un hôpital présente 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 Tage	Référence				
	8–14 jours	2.41	0.18	<b>&lt;0.001</b>	1.71	3.41
	15–28 jours	4.29	0.18	<b>&lt;0.001</b>	3.03	6.06
	≥ 29 jours	5.23	0.21	<b>&lt;0.001</b>	3.48	7.86
EDS	Indépendance complète (70–75)	Référence				
	Indépendance prépondérante (60–69)	0.81	0.27	0.446	0.48	1.38
	Dépendance partielle (45–59)	1.67	0.30	0.093	0.92	3.02
	Dépendance prépondérante (25–44)	2.87	0.38	<b>0.005</b>	1.38	5.98
	Dépendance complète (15–24)	4.38	0.46	<b>0.001</b>	1.79	10.74
Risque d'escarres selon évaluation clinique subjective (oui)	10.67	0.25	<b>&lt;0.001</b>	6.56	17.36	
Intervention chirurgicale (oui)	1.38	0.14	<b>0.021</b>	1.05	1.81	
CIM GD Lésions traumatiques, empoisonnements, certaines autres conséquences de causes externes (oui)	1.49	0.18	<b>0.032</b>	1.04	2.13	
CIM GD Maladies du sang et des organes hématopoïétiques (oui)	1.41	0.14	<b>0.018</b>	1.06	1.87	
CIM GD Maladies de l'appareil respiratoire (oui)	1.36	0.14	<b>0.021</b>	1.05	1.78	
CIM GD Maladies de peau/ tissu cellulaire sous-cutané (oui)	1.33	0.18	0.105	0.94	1.89	
CIM GD Maladies de l'appareil génito-urinaire (oui)	1.27	0.14	0.081	0.97	1.66	
CIM GD Certaines maladies infectieuses et parasitaires (oui)	1.25	0.15	0.117	0.95	1.67	
CIM GD Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (oui)	1.21	0.13	0.158	0.93	1.57	

	<i>OR</i>	Erreur standard	valeur <i>p</i>	<i>OR</i> intervalle de confiance à 95 %	
CIM GD Troubles mentaux et du comportement (oui)	0.69	0.15	<b>0.012</b>	0.51	0.92
CIM GD Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (oui)	0.66	0.23	0.067	0.42	1.03
Interaction type d'hôpital – EDS	0.97	0.03	0.301	0.91	1.03

*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.

Comme pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur, c'est également l'évaluation clinique subjective qui s'est révélée la variable prédictive la plus forte d'après les valeurs de la colonne *OR*. Lorsque l'évaluation du risque d'escarres par l'infirmière ou l'infirmier était positive, le risque de contracter une escarre nosocomiale de catégorie 2 et supérieur était quasi 11 fois plus élevé (*OR* 10,67, *IC* 6,56–17,36).

Les autres variables patient-e-s se présentaient elles aussi de la même manière que pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur. Ainsi, le risque d'escarre nosocomiales de catégorie 2 et supérieure augmentait également avec la dépendance aux soins. Au niveau de la « dépendance complète », le risque était plus que 4 fois plus élevé (*OR* 4,38, *IC* 1,79–10,74) que pour le degré « indépendance complète ». La corrélation entre le nombre de jours depuis l'admission et les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur était plus forte que pour la catégorie 1 et supérieur. Ainsi, le risque d'escarre a été multiplié par plus de 5 lorsque le nombre de jours depuis l'admission était supérieur à 28 jours, par rapport à un nombre de jours depuis l'admission inférieur ou égal à 7 jours (*OR* 5,23, *IC* 3,48–7,86). Comme pour les escarres de catégorie 1 et supérieur, une opération dans les deux semaines précédant la mesure était associée à un risque d'escarre plus élevé pour la catégorie 2 et supérieur (*OR* 1,38, *IC* 1,05–1,81).

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 se révélant propres à augmenter significativement le risque étaient les Lésions traumatiques, empoisonnements, certaines autres conséquences de causes externes (*OR* 1,49, *IC* 1,04–2,13), les Maladies du sang et des organes hématopoïétiques (*OR* 1,41, *IC* 1,06–1,87) et les Maladies de l'appareil respiratoire (*OR* 1,36, *IC* 1,05–1,78). Celui qui diminuait significativement le risque était le groupe de diagnostics CIM Troubles mentaux et du comportement (*OR* 0,69, *IC* 0,51–0,92).

Le modèle compte également une variable d'interaction non significative (Type d'hôpital – EDS).

En tenant compte des variables patient-e-s du tableau 3, on obtenait 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



Dans l'évaluation globale de tous les hôpitaux et sites hospitaliers, on constate, lorsque l'on prend en compte les variables des patientes et patients du tableau 3, que deux hôpitaux s'écartent 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. Par conséquent, on constate une nette homogénéité entre les hôpitaux pour cet indicateur.

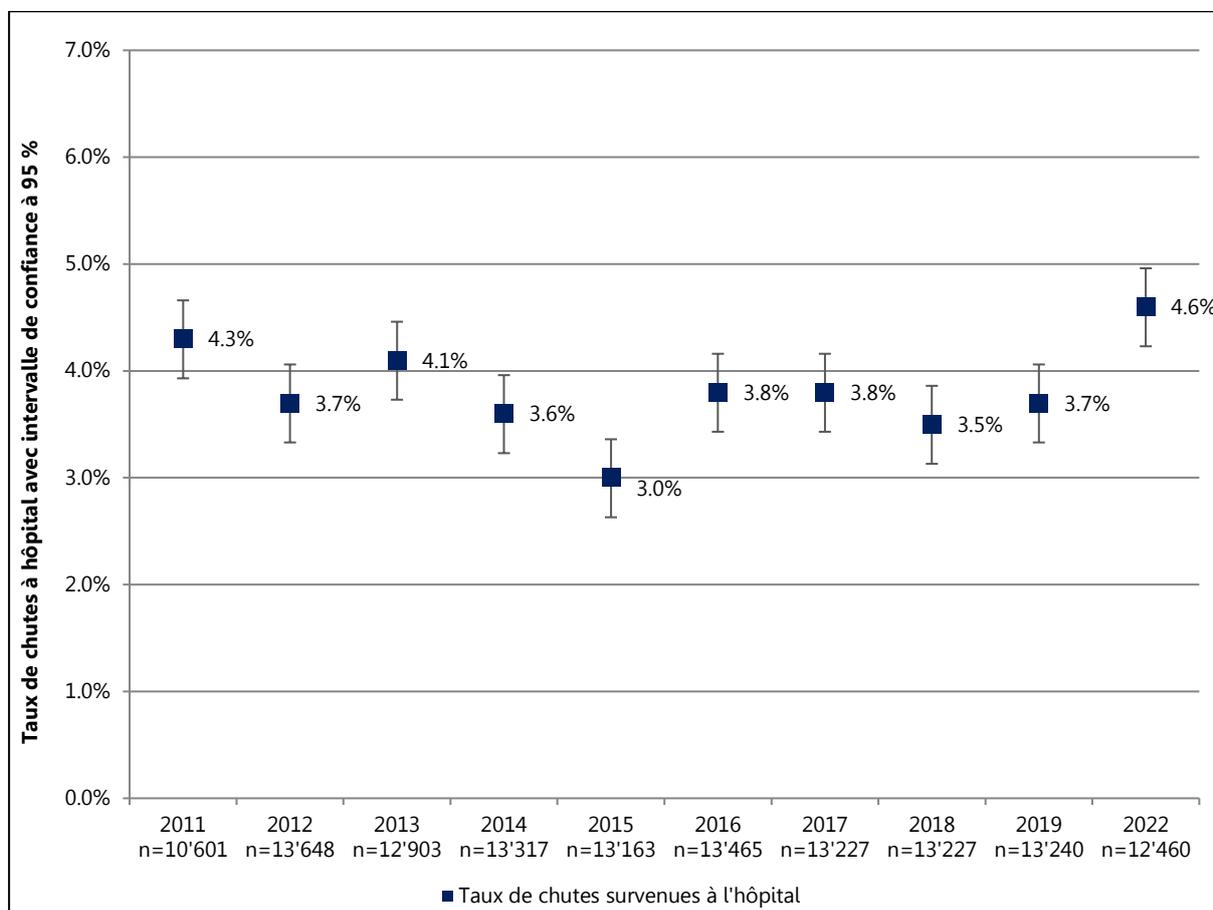
## 5. Indicateur chutes

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 national des chutes survenues à l'hôpital au cours des dix dernières années de mesure.

Figure 9 : comparaison des taux de chutes à l'hôpital sur les 10 dernières années de mesure\*

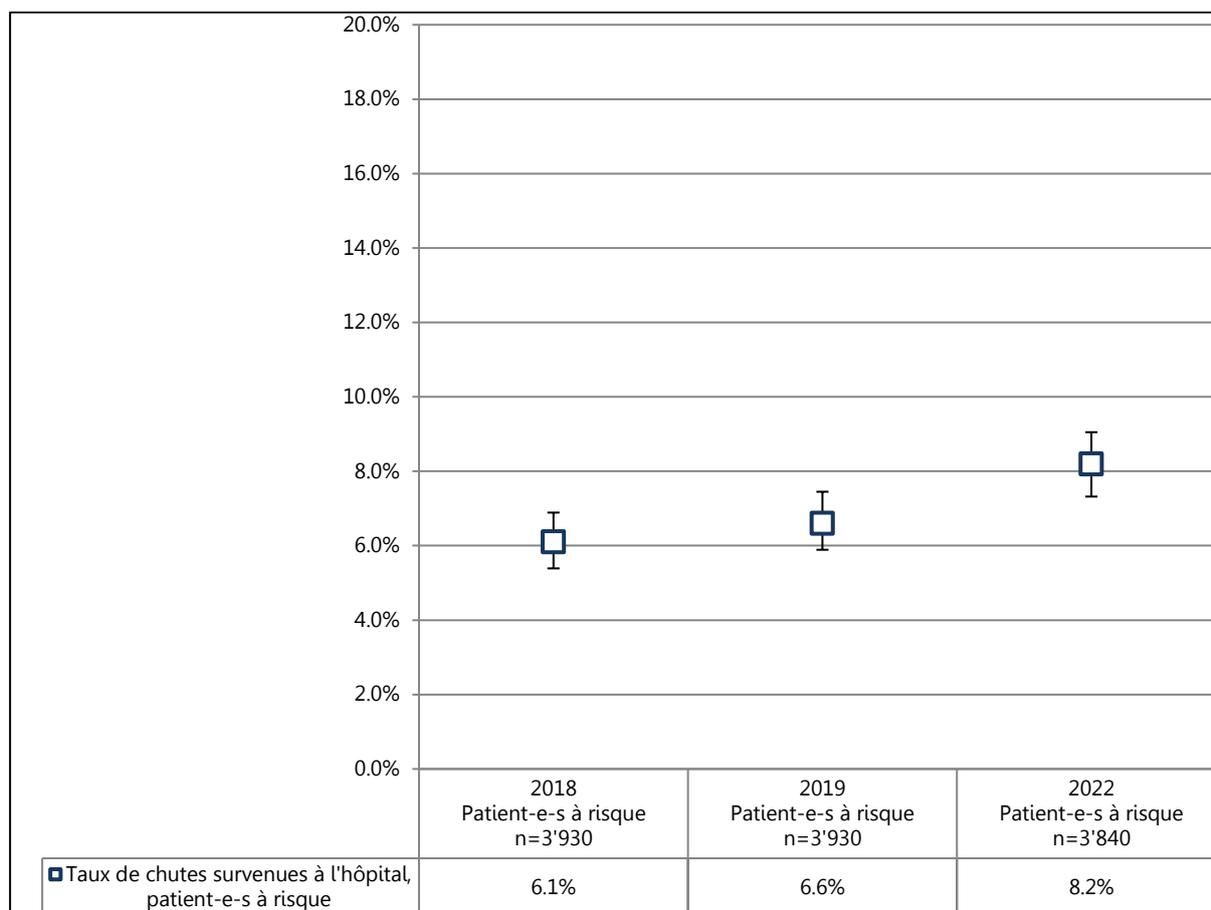


\* Les résultats des trois dernières années de mesure, répartis par type d'hôpital, se trouvent dans le tableau 11 en annexe.

Ces dix dernières années de mesure, le taux national de chutes à l'hôpital a varié entre 3,0 % et 4,6 % ; en 2022, il était de 4,6 %. Si l'on s'appuie sur l'intervalle de confiance de 95 %, la valeur de 2022 était significativement plus élevée que celle des années de mesure 2012, 2014 à 2019.

La figure 10 indique les taux de chutes à l'hôpital des trois dernières années de mesure pour les patientes et patients 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 de chute au cours des 3 dernières années de mesure\*



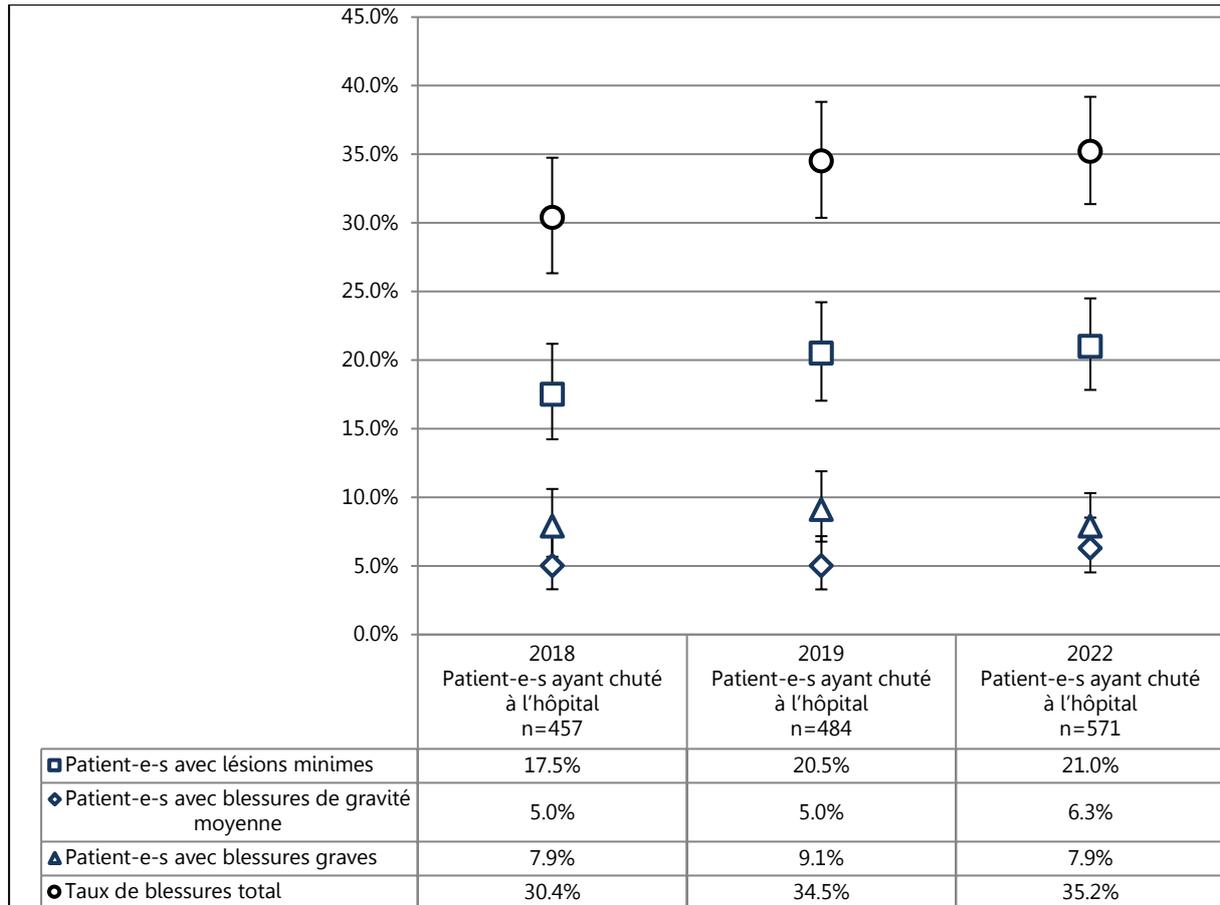
\* Les résultats répartis par type d'hôpital figurent dans le tableau 11 en annexe.

Ces trois dernières années, le taux national de chutes à l'hôpital chez les patientes et patients à risque a varié entre 6,1 % et 8,2 % ; en 2022, il était de 8,2 %. La valeur de 2022, si l'on s'appuie sur l'intervalle de confiance de 95 %, était significativement plus élevée que celle de l'année de mesure 2018. On a pu cependant constater que le taux de chutes du groupe des patientes et patients à risque était à peu près le double de celui de l'ensemble des patientes et patients participant-e-s.

## 5.2. Taux de blessures

La figure 11 présente, au niveau national, les taux de blessures des patientes et patients 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 de blessures total a varié entre 30,4 % et 35,2 % ces trois dernières années de mesure ; en 2022, il était de 35,2 %. Comme lors des années de mesure précédentes, la plupart des signalements concernaient des lésions minimales. D'un point de vue statistique, ces écarts étaient 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

		<i>OR</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>valeur p</i>	<i>OR intervalle de confiance à 95 %</i>	
Groupe d'âge	18–54 ans	Référence				
	55–74 ans	1.30	0.19	0.163	0.90	1.88
	≥ 75 ans	1.79	0.19	<b>0.002</b>	1.24	2.58
Nombre des jours depuis l'admission	0–7 Jours	Référence				
	8–14 jours	2.53	0.11	<b>&lt;0.001</b>	2.03	3.16
	15–28 jours	3.34	0.13	<b>&lt;0.001</b>	2.60	4.30
	≥ 29 jours	6.12	0.16	<b>&lt;0.001</b>	4.50	8.32
EDS	Indépendance complète (70–75)	Référence				
	Indépendance prépondérante (60–69)	1.41	0.19	0.078	0.96	2.06
	Dépendance partielle (45–59)	1.50	0.30	0.182	0.83	2.72
	Dépendance prépondérante (25–44)	1.72	0.43	0.211	0.73	4.03
	Dépendance complète (15–24)	0.59	0.59	0.368	0.19	1.86
Sexe (féminin)		0.77	0.09	<b>0.005</b>	0.64	0.93
Chute dans l'anamnèse (oui)		1.85	0.10	<b>&lt;0.001</b>	1.54	2.22
Sédatifs et/ou des médicaments influençant le comportement (oui)		1.31	0.10	<b>0.007</b>	1.08	1.59
Intervention chirurgicale (oui)		0.68	0.11	<b>&lt;0.001</b>	0.55	0.84
CIM GD Troubles mentaux et du comportement (oui)		3.24	0.29	<b>&lt;0.001</b>	1.83	5.74
CIM GD Grossesse, accouchement et puerpéralité (oui)		3.11	0.61	0.064	0.94	10.30
CIM GD Symptômes, signes et résultats anormaux d'exams cliniques et de laboratoire, non classé ailleurs (oui)		1.40	0.13	<b>0.011</b>	1.08	1.81
CIM GD Maladies du système nerveux (oui)		1.37	0.11	<b>0.003</b>	1.12	1.69
CIM GD Maladies de l'appareil circulatoire (oui)		1.21	0.11	0.083	0.98	1.49
CIM GD Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (oui)		0.86	0.10	0.115	0.71	1.04
CIM GD Maladies de l'appareil respiratoire (oui)		0.81	0.10	<b>0.036</b>	0.67	0.99

	<i>OR</i>	Erreur standard	valeur <i>p</i>	<i>OR</i> intervalle de confiance à 95 %	
CIM GD Maladies de l'appareil digestif (oui)	0.77	0.11	<b>0.012</b>	0.63	0.94
CIM GD Causes externes de morbidité et de mortalité (oui)	0.53	0.31	<b>0.036</b>	0.29	0.96
Interaction type d'hôpital – EDS	1.08	0.04	0.071	0.99	1.18
Interaction type d'hôpital – CIM GD Troubles mentaux et du comportement (oui)	0.81	0.09	<b>0.020</b>	0.68	0.97

*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. Les deux variables de risque spécifiques aux chutes augmentaient la probabilité d'une chute à l'hôpital d'un facteur tout juste inférieur à 2 en cas d'une chute dans l'anamnèse (*OR* 1,85, *IC* 1,54–2,22) et de 1,3 lors de la prise de sédatifs et/ou de médicaments influençant le comportement (*OR* 1,31, *IC* 1,08–1,59).

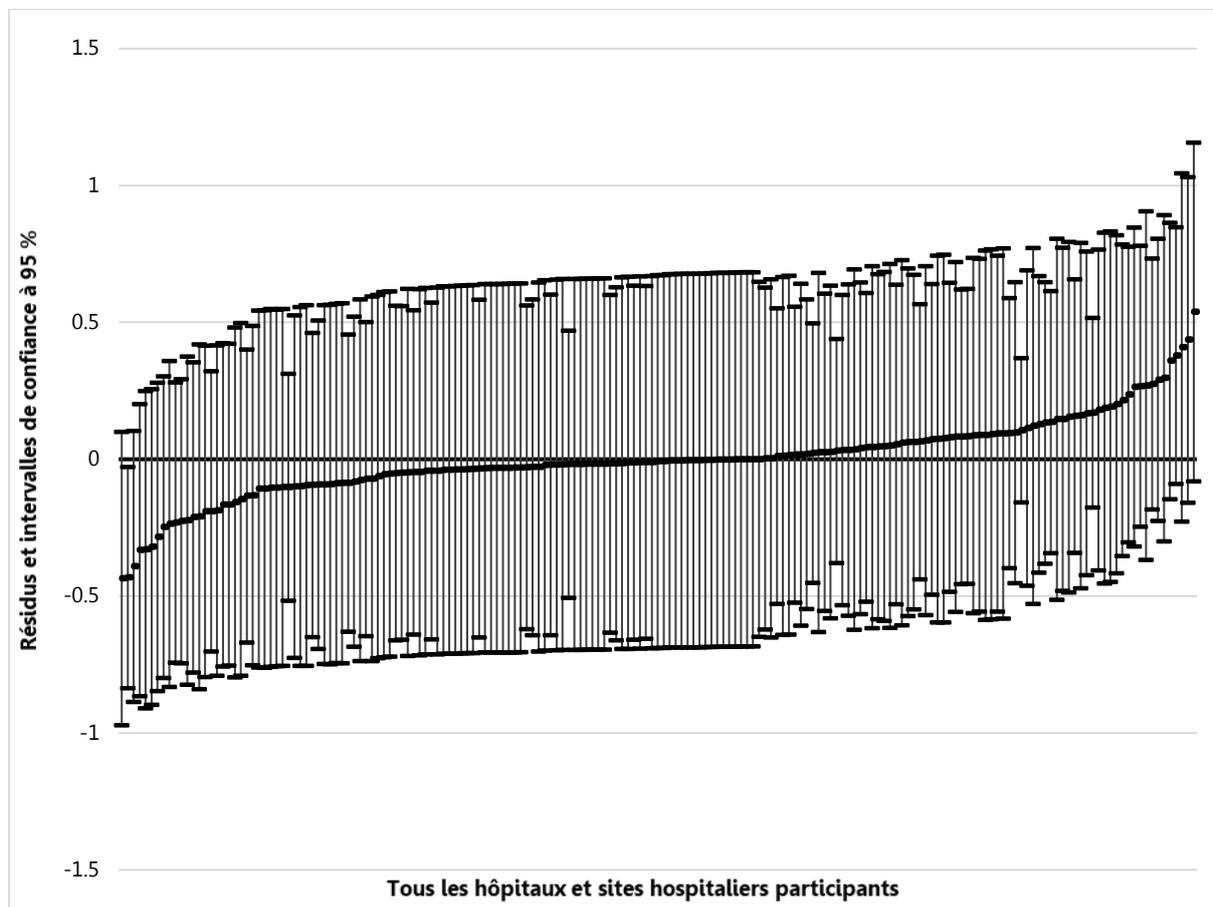
En outre, il existait une corrélation entre un nombre croissant de jours depuis l'admission et un plus fort risque de chuter. Par exemple, le risque était multiplié par 6 lorsque le nombre de jours depuis l'admission était de plus de 28 jours par rapport à un séjour de 7 jours ou moins (*OR* 6,12, *IC* 4,50–8,32). Les patientes et patients âgé-e-s de 75 ans et plus présentaient également un risque presque deux fois plus élevé de chuter que celles et ceux de 18 à 54 ans (*OR* 1,79, *IC* 1,24–2,58). En outre, les patientes présentaient un risque moindre de chuter que les patients (*OR* 0,77, *IC* 0,64–0,93). De même, une intervention chirurgicale dans les deux semaines précédant la mesure était associée à un risque de chute plus faible (*OR* 0,68, *IC* 0,55–0,84).

Le modèle contient divers groupes de diagnostics CIM. Ceux propres à augmenter significativement le risque étaient les Troubles mentaux et du comportement (*OR* 3,24, *IC* 1,83–5,74), les Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (*OR* 1,40, *IC* 1,08–1,81) et les Maladies du système nerveux (*OR* 1,37, *IC* 1,12–1,69). Les groupes de diagnostics CIM se révélant propres à diminuer significativement le risque étaient les Maladies de l'appareil respiratoire (*OR* 0,81, *IC* 0,67–0,99), les Maladies de l'appareil digestif (*OR* 0,77, *IC* 0,63–0,94) et les Causes externes de morbidité et de mortalité (*OR* 0,53, *IC* 0,29–0,96).

Par ailleurs, le modèle comprend une interaction statistiquement non significative (Type d'hôpital – EDS) et une interaction statistiquement significative (Type d'hôpital – CIM GD Troubles mentaux et du comportement, *OR* 0,81, *IC* 0,68–0,97). Cela signifie que le groupe de diagnostics CIM Troubles mentaux et du comportement était plus ou moins prédictif de la survenue d'une chute à l'hôpital en fonction du type d'hôpital.

En tenant compte des variables patient-e-s du tableau 4, on obtenait la comparaison suivante ajustée au risque des hôpitaux 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), en prenant en compte les variables patient-e-s du tableau 4, qu'un hôpital s'écartait significativement négativement, cependant positivement au sens clinique, de la moyenne de l'ensemble des hôpitaux suisses. Aucun hôpital ne s'écartait négativement au sens clinique de la moyenne de tous les hôpitaux suisses. On constatait donc également, pour l'indicateur chutes 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, Röösl, 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 2022 a porté sur les données de 182 hôpitaux. Le jour de la collecte, sur les 16 507 patientes et patients hospitalisé-e-s, 12 460 avaient participé à la mesure. Le taux de participation était donc de 75,5 %, 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 patientes et patients ainsi que leurs représentantes et représentants de l'importance des mesures de la qualité et de les motiver ainsi à participer à ces mesures de la qualité. 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 patientes et patients participant à la mesure de 2022 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 2022	Autriche LPZ 2022
<b>Patient-e-s participant-e-s</b>	<b>n</b>	<b>12460</b>	<b>2725</b>
Âge (en ans)	<i>VM (ÉT)</i>	68.5 (17.15)	66.8 (16.70)
	<i>Médiane (ÉI)</i>	72.0 (22.00)	69.0 (22.00)
Nombre des jours depuis l'admission	<i>VM (ÉT)</i>	7.3 (12.06)	35.6 (725.05)
	<i>Médiane (ÉI)</i>	4.0 (7.00)	5.0 (9.00)
Nombre des groupes de diagnostics CIM	<i>VM (ÉT)</i>	3.6 (2.22)	2.4 (1.61)
	<i>Médiane (ÉI)</i>	3.0 (3.00)	2.0 (2.00)
Échelle de la dépendance aux soins (EDS)*	<i>VM (ÉT)</i>	63.9 (13.88)	65.2 (15.22)
	<i>Médiane (ÉI)</i>	70.0 (15.00)	73.0 (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 a mis en évidence des différences mineures dans les populations étudiées. Le nombre moyen de jours depuis l'admission, nettement plus élevé en Autriche, était frappant. Cette valeur pourrait avoir été faussée par des durées d'hospitalisation très longues et probablement mal enregistrées (erreur au moment de la saisie) pour certaines patientes et certains patients. 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, Rösli, 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, 2022) de l'année 2021 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 2021	1. Maladies ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	174882 (13.6)
	2. Lésions traumatiques et autres conséquences de causes externes	169254 (13.2)
	3. Maladies de l'appareil circulatoire	153511 (12.0)
	4. Tumeurs	126192 (9.8)
Suisse, LPZ 2022	1. Maladies de l'appareil circulatoire	7074 (56.8)
	2. Maladies ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	4725 (37.9)
	3. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	4509 (36.2)
	4. Maladies de l'appareil génito-urinaire	4028 (32.3)
Autriche, LPZ 2022	1. Maladies de l'appareil circulatoire	1191 (43.7)
	3. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	774 (28.4)
	3. Tumeurs	574 (21.1)
	4. Maladies ostéo-articulaire, muscles et tissu conjonctif	520 (19.1)

En Suisse et en Autriche, le groupe de diagnostics CIM le plus fréquent est celui des maladies de l'appareil circulatoire. Les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, et les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, apparaissent, bien que dans un ordre différent, parmi les quatre groupes de diagnostics CIM les plus cités dans les deux pays. Dans l'ensemble, on constate que les fréquences relatives des différents groupes de diagnostics CIM sont plus faibles en Autriche qu'en Suisse. De même, les différences apparaissant avec les données de l'OFS sont très nettes (2022). Ces différences avec les statistiques de 2021 de l'OFS (2022) sont vraisemblablement dues au fait que seuls sont pris en compte les diagnostics principaux dans cette analyse, et non plusieurs diagnostics par patiente et patient.

## 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 participantes et participants 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
<b>Patient-e-s participant-e-s</b>		<i>n</i>	<i>n</i>
	<b>2022</b>	<b>12460</b>	<b>2710</b>
	2019	13240	2468
	2018	13227	3382
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Prévalence totale	<b>2022</b>	<b>1008 (8.1)</b>	<b>113 (4.2)</b>
	2019	809 (6.1)	88 (3.6)
	2018	765 (5.8)	97 (2.9)
Prévalence catégorie ≥ 2	<b>2022</b>	<b>545 (4.4)</b>	<b>69 (2.5)</b>
	2019	435 (3.3)	61 (2.5)
	2018	400 (3.0)	68 (2.0)
Prévalence nosocomiale totale	<b>2022</b>	<b>652 (5.2)</b>	<b>51 (1.9)</b>
	2019	510 (3.9)	35 (1.4)
	2018	481 (3.6)	42 (1.2)
Prévalence nosocomiale catégorie ≥ 2	<b>2022</b>	<b>286 (2.3)</b>	<b>26 (1.0)</b>
	2019	222 (1.7)	21 (0.9)
	2018	199 (1.5)	26 (0.8)
<b>Patient-e-s à risque d'escarre</b>		<i>n</i>	<i>n</i>
	<b>2022</b>	<b>4079</b>	<b>473</b>
	2019	4179	444
	2018	4034	507
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Prévalence nosocomiale totale patient-e-s à risque d'escarre	<b>2022</b>	<b>567 (13.9)</b>	<b>50 (10.6)</b>
	2019	461 (11.0)	29 (6.5)
	2018	436 (10.8)	39 (7.7)
Prévalence nosocomiale catégorie ≥ 2 patient-e-s à risque d'escarre	<b>2022</b>	<b>262 (6.4)</b>	<b>26 (5.5)</b>
	2019	199 (4.8)	19 (4.3)
	2018	184 (4.6)	23 (4.5)

Pour tous les taux de prévalence des escarres, on a pu observer que les taux suisses étaient plus élevés que ceux d'Autriche pour les trois dernières mesures LPZ. Les raisons pour lesquelles les taux autrichiens étaient 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 aient participé 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 classaient dans le bas de la fourchette : pour la *prévalence totale*, une revue européenne portant sur les données des années 1982 à 2018 faisait état d'une largeur de fenêtre de 4,6 % à 27,2 % (Moore et al., 2019). Une étude suédoise comparable à la mesure nationale de la prévalence a rapporté une fourchette de 11,4 % (2020) à

17,0 % (2011) pour la période 2011–2020 (Källman et al., 2022). Pour le *taux de prévalence nosocomiale totale*, la littérature internationale donnait des chiffres allant de 1,0 % à 18,7 % (Källman et al., 2022; Tervo-Heikkinen et al., 2021; Thomann, Schlunegger, et al., 2020). Pour le *taux de prévalence nosocomiale catégorie 2 et supérieur*, on trouve des valeurs évoluant entre 2,0 % et 4,4 % (Edsberg et al., 2022; Källman et al., 2022; Tervo-Heikkinen et al., 2021; Thomann, Schlunegger, et al., 2020), 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 patientes et patients 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 étaient visibles. Le nombre d'hôpitaux identifiés comme « hors norme » variait un peu plus fortement uniquement pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur. Lors de la mesure de 2017, on comptait 13 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. En 2022, sept hôpitaux présentaient un taux de prévalence totale des escarres nosocomiales significativement plus élevé et un hôpital un taux significativement plus bas par rapport à la moyenne. On constate cependant une certaine constance des hôpitaux considérés comme « hors norme ». Six des sept hôpitaux s'écartant négativement au sens clinique de l'année de mesure 2022 avaient fait au moins une fois partie des établissements présentant des valeurs aberrantes lors des mesures précédentes. L'hôpital qui s'écartait positivement de la moyenne au sens clinique du terme en 2022 faisait déjà partie des exceptions positives au sens clinique du terme lors des mesures précédentes.

Pour les escarres nosocomiales catégorie 2 et supérieur, le nombre d'établissements présentant des valeurs aberrantes a toujours évolué à un faible niveau (entre zéro et quatre). Pour l'année de mesure 2022, on comptait deux hôpitaux hors normes présentant des valeurs aberrantes négatives au sens clinique du terme, tous deux ayant déjà fait partie des hôpitaux hors normes présentant des valeurs aberrantes négatives au sens clinique du terme lors de mesures précédentes.

Les variables patient-e-s ayant servi pour l'ajustement au risque de 2022 différaient 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, Rössli, et al., 2020).

Lors des dernières années de mesure, l'évaluation clinique subjective des infirmières et infirmiers 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 toutefois 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, mais d'un autre, un grand nombre de jours depuis l'admission peut justement faire suite à l'apparition d'une escarre, les patientes et patients 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 s'est dégagée dans les mesures passées. D'une part, différents groupes de diagnostics CIM étaient sélectionnés à chaque fois, et d'autre part, même la corrélation entre la variable et le risque (le fait qu'elle l'augmente ou le diminue) change 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 patientes et des patients 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 causées par des 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 causée par des chutes

Le tableau 8 met en regard les résultats des trois dernières mesures LPZ de Suisse avec ceux de l'Autriche. Les caractéristiques des participantes et participants 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
<b>Patient-e-s participant-e-s</b>		<i>n</i>	<i>n</i>
	<b>2022</b>	<b>12460</b>	<b>2725</b>
	2019	13240	2468
	2018	13227	3382
Taux de chutes survenues à l'hôpital		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	<b>2022</b>	<b>571 (4.6)</b>	<b>83 (3.0)</b>
	2019	484 (3.7)	106 (4.3)
	2018	457 (3.5)	129 (3.8)
<b>Patient-e-s à risque de chute</b>		<i>n</i>	<i>n</i>
	<b>2022</b>	<b>3840</b>	<b>548</b>
	2019	3930	551
	2018	3930	746
Taux de chutes survenues à l'hôpital patient-e-s à risque de chute		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
	<b>2022</b>	<b>313 (8.2)</b>	<b>34 (5.8)</b>
	2019	261 (6.6)	60 (10.9)
	2018	240 (6.1)	68 (9.1)

Le tableau 8 montre que sur les trois dernières années de mesure, les *taux de chutes* en Suisse étaient pour la première fois plus élevés qu'en Autriche en 2022. On remarque aussi que, par rapport à

l'indicateur escarres, les différences trouvées entre les pays ont tendance à être moins importantes pour l'indicateur chutes à l'hôpital. Dans la littérature internationale, le taux de chutes à l'hôpital évoluait dans une largeur de fenêtre de 0,6 % à 17,0 % (García-Hedra et al., 2021; Lackoff et al., 2019; Liu et al., 2020; Moon et al., 2021; Thomann, Schlunegger, et al., 2020), les taux de Suisse se situant, malgré un taux de chutes nettement plus élevé en 2022, dans le tiers inférieur. Dans les grandes lignes, comme déjà souligné lors de la mesure de l'année précédente (Thomann, Schlunegger, et al., 2020), il n'existait 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.

En 2022, chez les *patientes et patients à risque*, le *taux de chutes* était, pour la première fois également, plus élevé en Suisse qu'en Autriche. Dans la littérature, il n'existe aucune donnée comparable concernant le taux de chutes à l'hôpital chez les patientes et patients à risque. On a pu noter 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 des 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 et al., 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 des 3 dernières mesures LPZ, répartis par pays (Suisse et Autriche)

		Suisse LPZ	Autriche LPZ
<b>Patient-e-s ayant chuté à l'hôpital</b>		<i>n</i>	<i>n</i>
	<b>2022</b>	<b>571</b>	<b>83</b>
	2019	484	106
	2018	457	129
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Taux de blessures : lésions minimales	<b>2022</b>	<b>120 (21.0)</b>	<b>13 (15.7)</b>
	2019	99 (20.5)	32 (30.2)
	2018	80 (17.5)	36 (27.9)
Taux de blessures : blessures de gravité moyenne	<b>2022</b>	<b>36 (6.3)</b>	<b>4 (4.8)</b>
	2019	24 (5.0)	14 (13.2)
	2018	23 (5.0)	11 (8.5)
Taux de blessures : blessures graves	<b>2022</b>	<b>45 (7.9)</b>	<b>8 (9.6)</b>
	2019	44 (9.1)	6 (5.7)
	2018	36 (7.9)	6 (4.7)
<b>Taux de blessures total</b>	<b>2022</b>	<b>201 (35.2)</b>	<b>25 (30.1)</b>
	2019	167 (34.5)	52 (49.1)
	2018	139 (30.4)	53 (41.1)

Il est apparu que sur les trois dernières années de mesure, le *taux de blessures total* en Suisse était pour la première fois plus élevé qu'en Autriche en 2022. Contrairement aux taux de chutes, les taux de blessures causée par des 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 était comprise entre 15,8 % et 67,0 % (García-Hedra et al., 2021; Kim et al., 2021; Lackoff et al., 2019; Lyu et al., 2022; Thomann, Schlunegger, et al., 2020), les valeurs pour la Suisse se situant ici dans le milieu 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 a pu observer que le taux des *lésions minimales* de Suisse était plus élevé qu'en Autriche tout en se situant dans le bas de la fourchette de la largeur de fenêtre de la littérature internationale (16,1 %–80,8 %, Kim et al., 2021; Lyu et al., 2022; Thomann, Schlunegger, et al., 2020). Pour le taux des *blessures de gravité moyenne*, les valeurs suisses de l'année de mesure 2022 étaient également supérieures à celles de l'Autriche, mais dans le bas de la fourchette de la littérature internationale (1,6 %–18,0 %, Lyu et al., 2022; Thomann, Schlunegger, et al., 2020). Le taux des *blessures graves* en Suisse, sur les trois dernières années de mesure, était pour la première fois inférieur à celui de l'Autriche en 2022, mais toujours plutôt dans le haut de la fourchette de la largeur de fenêtre trouvée dans la littérature de 0,7 % à 11,9 % (Kim et al., 2021; Lyu et al., 2022; Thomann, Schlunegger, et al., 2020). 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 (zéro à cinq). Pour l'année de mesure 2022, un hôpital s'écartait positivement au sens clinique de la moyenne. Cet hôpital avait déjà fait partie des hôpitaux hors normes présentant des valeurs aberrantes positives au sens clinique du terme lors de mesures précédentes.

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, la dépendance aux soins n'ayant été sélectionnée dans le modèle que comme variable non significative cette année. En ce qui concerne le nombre de jours depuis l'admission, on observait 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 constatait également une certaine variabilité sur les années de mesure pour l'indicateur chutes. L'un des quelques groupes de diagnostics CIM constamment sélectionnés était celui des Troubles mentaux et du comportement, qui augmentait 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. Chutes et escarres dans le contexte de la pandémie de Covid

La littérature disponible sur la pandémie de Covid-19 et les indicateurs de qualité des chutes et des escarres tend à indiquer que les taux de prévalence ont eu tendance à augmenter pendant ou après la pandémie (Mikos et al., 2022; Nieto-Garcia et al., 2023; Pokorná et al., 2022). Les raisons en sont multiples. Parmi celles-ci, le manque de personnel et le nombre élevé de patientes et patients sont

évoqués comme des causes possibles. En ce qui concerne l'indicateur chutes, il est en outre souligné chez les patientes et patients Covid-19 la survenue plus fréquente d'arythmies cardiaques, qui entraînent un risque de chute plus élevé (Mikos et al., 2022). Une augmentation des chutes et des escarres n'est pourtant pas confirmée dans toutes les études. Par exemple, Polancich et al. (2021) n'ont pas constaté d'augmentation de la prévalence des escarres nosocomiales entre mars et juillet 2020.

Pour la Suisse, il n'existe pas de données nationales pour les années 2020 et 2021. Cependant, les taux de prévalence nosocomiale en 2022 indiquent que la qualité des soins concernant les chutes et les escarres en Suisse a évolué négativement depuis le début de la pandémie. Les données disponibles ne permettent pas de conclure si les taux de prévalence plus élevés en 2022 sont dus aux patientes et patients Covid-19 ou à des changements structurels (par exemple, situation du personnel). Les groupes de diagnostics CIM-10 recensés (figure 3) sont comparables à ceux des données de la dernière mesure en 2019. Dans les modèles d'ajustement au risque (tableaux 2, 3, 4), il n'y a pas non plus d'indications claires par rapport aux années précédentes concernant l'augmentation des risques de chute et d'escarres pour certains groupes de diagnostics CIM. Il est intéressant de noter que les données LPZ d'Autriche n'indiquent pas de tendance similaire à celle de la Suisse. Les taux de prévalence nettement plus élevés ne semblent pas non plus être dus à des changements dans certains hôpitaux. Ainsi, comme discuté au chapitre 6.2.2. et au chapitre 6.3.2., le nombre d'hôpitaux hors normes est faible, comme les années précédentes. En conséquence, les taux de prévalence plus élevés en 2022 semblent plutôt liés à des changements au niveau national et non à des changements au niveau de certains hôpitaux.

## 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.

Le déroulement des mesures répétées dans le contexte international suggère que les taux de prévalence tendent à (continuer à) baisser (p. ex. Barrois et al., 2018; Kayser et al., 2019; Smith et al., 2018), tandis que la sensibilisation aux indicateurs mesurés et l'utilisation ciblée de traitements et de mesures de prévention gagnent du poids ou se maintiennent (Power et al., 2014; Stotts et al., 2013; VanGilder et al., 2017). L'on peut observer des optimisations au niveau de la structure et du processus dans la pratique clinique (Beal & Smith, 2016; Gunningberg et al., 2011; McBride & Richardson, 2015). Dans leur document de référence, les National Academies of Sciences (2018) soulignaient 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.

Jusqu'à la pandémie de Covid, ces effets positifs de la mesure annuelle s'étaient répercutés également sur les indicateurs chutes et escarres en Suisse. Après une suspension de deux ans due à la pandémie, les taux de prévalence nosocomiale pour les deux indicateurs se révèlent cependant plus élevés que lors de la dernière mesure en 2019. Le taux de prévalence des escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur, ainsi que le taux de chutes à l'hôpital ont même atteint leurs valeurs les plus élevées depuis le début de la mesure en 2011. On peut supposer une influence (indirecte) de la pandémie de Covid (par ex. en raison de la situation du personnel), mais les données collectées dans le cadre de la mesure de la prévalence ne permettent pas de l'établir. Il est apparu en outre que la qualité des soins liés aux chutes et aux escarres n'a pas évolué seulement dans certains hôpitaux, mais au niveau national pour tous les hôpitaux. Cela montre à nouveau la pertinence d'une comparaison dans le temps, voire avec d'autres pays, qui permettrait d'identifier les changements au niveau de la qualité dans l'ensemble du système.

Afin de garantir la qualité des soins en matière de chutes et d'escarres dans les hôpitaux suisses malgré les défis à venir (changement démographique, situation du personnel) et sachant que les mesures annuelles ont des effets positifs sur le développement de la qualité, il est recommandé de continuer à effectuer les mesures régulièrement à l'avenir pour permettre un suivi. Les données de qualité transparentes restent 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 patientes et patients en ce qui concerne les soins en Suisse (Vincent & Staines, 2019) indiquait d'ailleurs qu'il existe encore des lacunes en matière de transparence au niveau de la qualité. La mesure 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).

À l'avenir, afin de pouvoir garantir un suivi national régulier malgré une situation tendue en matière de personnel, il faudrait envisager de rendre les données existantes utilisables. Jusqu'à présent, c'était le Gold Standard qui était utilisé pour la saisie des données dans le cadre de la mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres. Cela signifie que les infirmières et les infirmiers saisissaient le

résultat directement au lit du patient. Cette approche permet sans aucun doute d'obtenir des données de grande qualité, mais au prix d'une charge de travail importante. Grâce à la numérisation croissante des hôpitaux, les données sensibles des soins, comme la survenue d'une escarre ou d'une chute, sont de plus en plus disponibles sous forme électronique. L'utilisation de ces données dites de routine permettrait d'une part de réduire les frais de personnel engendrés par la collecte de données primaires, et d'autre part, pourrait avoir une influence positive sur le taux de participation. L'utilisation des données de routine ouvrirait en outre de nouvelles possibilités, comme par exemple les mesures d'incidence. Les résultats de la mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres 2022 indiquent justement qu'un suivi continu pourrait être un outil de réajustement précieux pour réagir rapidement aux fluctuations de la qualité des soins. Un tel suivi continu n'est toutefois possible que si l'investissement supplémentaire en personnel est faible. En ce sens, il est recommandé de vérifier quelle utilité les données existantes pourraient avoir pour le suivi des chutes et des escarres dans les hôpitaux suisses, ou de poursuivre les clarifications déjà promues par l'ANQ (plus d'information voir Bernet et al., 2022).

## Bibliographie

---

- Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ]. (2013). *5. How do you measure fall rates and fall prevention practices?* Retrieved 01.05.2017 from <https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/fallpxtoolkit/fallpxtk5.html>
- 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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1111/wvn.12145>
- Bernet, N. S., Thomann, S., Kurpicz-Briki, M., Roos, L., Everink, I. H. J., Schols, J., & Hahn, S. (2022). Potential of Electronic Medical Record Data for National Quality Measurement. *Studies in Health Technology and Informatics*, *292*, 51-56. <https://doi.org/10.3233/shti220320>
- 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. <https://doi.org/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). Agency for Healthcare Research and Quality. <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. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.05.017>
- Dubois, C.-A., D'Amour, D., Brault, I., Dallaire, C., Déry, J., Duhoux, A., Lavoie-Tremblay, M., Mathieu, L., Karemere, H., & Zufferey, A. (2017). Which priority indicators to use to evaluate nursing care performance? A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(12), 3154-3167. <https://doi.org/10.1111/jan.13373>
- Edsberg, L. E., Cox, J., Koloms, K., & VanGilder, C. A. (2022). Implementation of Pressure Injury Prevention Strategies in Acute Care. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, *49*(3), 211-219. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000878>
- European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], National Pressure Injury Advisory Panel [NPIAP], & Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA]. (2019). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide 2019*. <https://www.internationalguideline.com/static/pdfs/Quick Reference Guide-10Mar2019.pdf>
- García-Hedra, F., Noguera-Quijada, C., Sanz-Márquez, S., Pérez-Fernández, E., Acevedo-García, M., Domínguez-Rincón, R., Martínez-Simón, J., González-Piñero, B., Carmona-Monge, F., & Camacho-Pastor, J. (2021). Incidence and characteristics of falls in hospitalized patients: a cohort study. *Enfermería Clínica (English Edition)*, *31*(6), 381-389. <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2021.04.003>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01702.x>
- Haute école spécialisée bernoise (BFH). (2022). *Manuel de la mesure Suisse - Mesure nationale de la prévalence chutes et escarres 2022 dans le cadre de la mesure internationale de la prévalence de la qualité des soins*, LPZ International. Section Santé, recherche appliquée et développement Soins infirmiers.
- Heslop, L., & Lu, S. (2014). Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(11), 2469-2482. <https://doi.org/10.1111/jan.12503>
- Källman, U., Hommel, A., Borgstedt Risberg, M., Gunningberg, L., Swing, E., & Bath, C. (2022). Pressure ulcer prevalence and prevention interventions – a ten-year nationwide survey in Sweden. *IWJ Wiley*, *19*(7), 1736-1747. <https://doi.org/10.1111/iwj.13779>

- 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. <https://doi.org/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.
- Kim, M., Jung, H., Lee, H., & Kim, J. (2021). Risk Factors for Fall-Related Serious Injury among Korean Adults: A Cross-Sectional Retrospective Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph18031239>
- Kuster, B. (2009). Literaturarbeit und Expertinnen/Experten-Bewertung für relevante Qualitätsindikatoren Pflege. [http://www.swissnurseleaders.ch/fileadmin/user\\_upload/B.1\\_Gesundheitspolitik/Qualitaetsindikatoren\\_Pflege/Gesamtabschlussbericht\\_Q-Indikatoren\\_091215\\_1.0.pdf](http://www.swissnurseleaders.ch/fileadmin/user_upload/B.1_Gesundheitspolitik/Qualitaetsindikatoren_Pflege/Gesamtabschlussbericht_Q-Indikatoren_091215_1.0.pdf)
- Lackoff, A. S., Hickling, D., Collins, P. F., Stevenson, K. J., Nowicki, T. A., & Bell, J. J. (2019). The association of malnutrition with falls and harm from falls in hospital inpatients: findings from a 5-year observational study. *Journal of Clinical Nursing*, *29*, 429-436. <https://doi.org/10.1111/jocn.15098>
- Liu, Y., Yang, Y., Liu, H., Wu, W., & Wang, T. (2020). A systematic review and meta-analysis of fall incidence and risk factors in elderly patients after total joint arthroplasty. *Medicine*, *99*(50). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023664>
- Lyu, H., Dong, Y., Zhou, W., Wang, C., Jiang, H., Wang, P., & Sun, Y. (2022). Incidence and clinical characteristics of fall-related injuries among older inpatients at a tertiary grade a hospital in Shandong province from 2018 to 2020. *BMC Geriatrics*, *22*(632). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03321-y>
- McBride, J., & Richardson, A. (2015). A critical care network pressure ulcer prevention quality improvement project. *Nursing in Critical Care*, 1-8. <https://doi.org/10.1111/nicc.12174>
- Mikos, M., Szydło, B., Szergyuk, I., Oliveira, M. H. S., Kuboń, M., Juszczak, G., & Henry, B. M. (2022). Factors Associated with Falls During Hospitalization for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Medical Science Monitor*, *28*, e936547. <https://doi.org/10.12659/msm.936547>
- Moon, Y., Han, S., Kim, Y., Shin, J., Uhm, K., Jeon, H., Choi, J., & Lee, J. (2021). Hospital adverse outcomes of the elderly in a tertiary referral hospital: A prospective cohort study of 9,586 admissions. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *92*. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104253>
- 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. <https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.11.710>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2018). *Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide*. <http://nap.edu/25152>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP], European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], & Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA]. (2014). *Prévention et Traitement des Escarres : Guide de Référence Abrégé*. C. Media. <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/09/traduction-finale-version-corrige.pdf>
- Nieto-Garcia, L., Carpio-Perez, A., Moreiro-Barroso, M. T., Rubio-Gil, F. J., Ruiz-Antunez, E., Nieto-Garcia, A., & Alonso-Sardon, M. (2023). Is the Increase in Record of Skin Wounds in Hospitalized Patients in Internal Medicine Units a Side Effect of the COVID-19 Pandemic? *Int J Environ Res Public Health*, *20*(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph20032228>
- Office fédéral de la santé publique [OFSP]. (2019). *Politique de la santé : stratégie du Conseil fédéral 2020-2030*. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheit-2030/gesundheitspolitische-strategie-2030.html>
- Office fédéral de la statistique [OFS]. (2022). *Statistique médicale des hôpitaux : Tableaux standard 2021*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.23727900.html>

- Poe, S. S., Dawson, P. B., Cvach, M., Burnett, M., Kumble, S., Lewis, M., Thompson, C. B., & 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. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000301>
- Pokorná, A., Dolanová, D., Benešová, K., Bůřilová, P., Mužík, J., Jarkovský, J., Krupová, L., Baťalík, L., Klugarová, J., & Klugar, M. (2022). How the COVID-19 pandemic influences the prevalence of pressure injuries in the Czech Republic: A nationwide analysis of a health registry in 2020. *Journal of tissue viability, 31*(3), 424-430. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2022.06.003>.
- Polancich, S., Hall, A. G., Miltner, R., Poe, T., Enogela, E. M., Montgomery, A. P., & Patrician, P. A. (2021). Learning During Crisis: The Impact of COVID-19 on Hospital-Acquired Pressure Injury Incidence. *Journal for Healthcare Quality, 43*(3), 137-144. <https://doi.org/10.1097/jhq.0000000000000301>
- Power, M., Fogarty, M., Madsen, J., Fenton, K., Stewart, K., Brotherton, A., Cheema, K., Harrison, 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. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu043>
- 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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1097/01.Asw.0000425935.94874.41>
- Tervo-Heikkinen, T. A., Heikkilä, A., Koivunen, M., Kortteisto, T.-R., Peltokoski, J., Salmela, S., Sankelo, M., Ylitörmänen, T. S., & Junttila, K. (2021). Pressure injury prevalence and incidence in acute inpatient care and related risk factors: a cross-sectional national study. *International Wound Journal, 19*(4), 919-931. <https://doi.org/10.1111/iwj.13692>
- The Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2017). Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality.
- 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)*. [https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/02/ANQ\\_Chutes\\_escarres\\_Concept-evaluation.pdf](https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/02/ANQ_Chutes_escarres_Concept-evaluation.pdf)
- Thomann, S., Schlunegger, M., Rössli, R., Kammer, L., Riedweg, J., Richter, D., & Bernet, N. (2020). *Chutes et escarres médecine somatique aiguë adultes - Rapport comparatif national mesure 2019*. [https://results.anq.ch/fileadmin/documents/anq/17/20200915\\_ANQaigu\\_Rapport\\_comparatif\\_national\\_chute-escarre-adultes\\_2019\\_V1.0.pdf](https://results.anq.ch/fileadmin/documents/anq/17/20200915_ANQaigu_Rapport_comparatif_national_chute-escarre-adultes_2019_V1.0.pdf)
- VanGilder, C., Lachenbruch, C., Algrim-Boyle, C., & Meyer, S. (2017). The International Pressure Ulcer Prevalence Survey: 2006-2015: a 10-year pressure injury prevalence and demographic trend analysis by care setting. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 44*(1), 20-28. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000292>
- Vincent, C., & Staines, A. (2019). *Enhancing the Quality and Safety of Swiss Healthcare*.

## 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 10 dernières années de mesure* .....	15
Figure 5 : taux nationaux de prévalence des escarres nosocomiales chez les patient-e-s à risque d'escarre 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 10 dernières années de mesure* .....	24
Figure 10 : taux de chutes survenues à l'hôpital chez les patient-e-s à risque de chute 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 des 3 dernières mesures LPZ, répartis par pays (Suisse et Autriche) .....	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

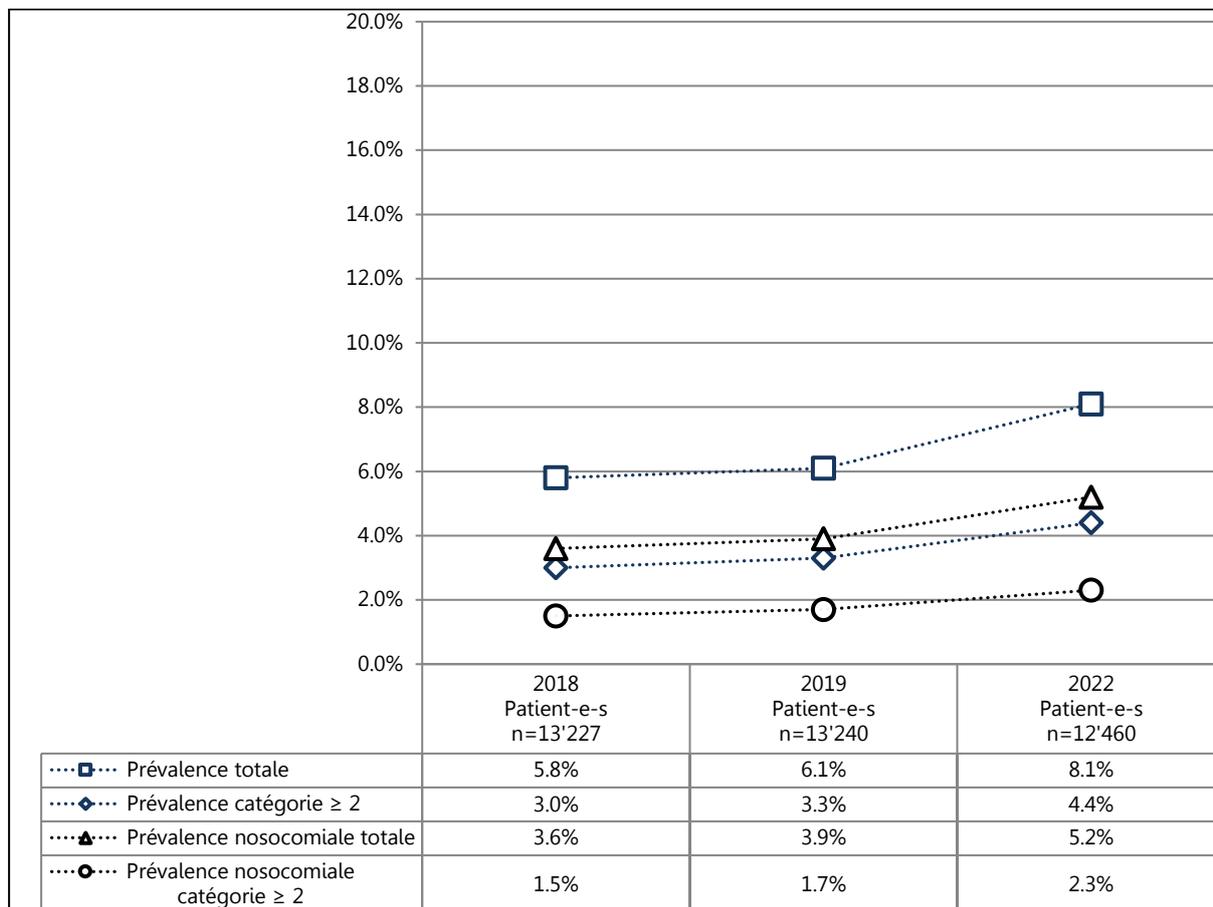


Tableau 10 : taux de prévalence des escarres nosocomiales répartis par groupe de patients et par type d'hôpital au cours des 3 dernières années de mesure

		K111	K112	K121-K123	K221 & K231-K235	Total hôpitaux
<b>Patient-e-s participant-e-s</b>		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	<b>2022</b>	<b>2150</b>	<b>6722</b>	<b>2328</b>	<b>1260</b>	<b>12460</b>
	2019	2610	6778	2715	1137	13240
	2018	2477	6950	2695	1105	13227
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Prévalence nosocomiale totale						
	<b>2022</b>	<b>160 (7.4)</b>	<b>352 (5.2)</b>	<b>84 (3.6)</b>	<b>56 (4.4)</b>	<b>652 (5.2)</b>
	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)
Prévalence nosocomiale catégorie ≥ 2						
	<b>2022</b>	<b>86 (4.0)</b>	<b>139 (2.1)</b>	<b>39 (1.7)</b>	<b>22 (1.7)</b>	<b>286 (2.3)</b>
	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)
<b>Patient-e-s à risque d'escarre</b>		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	<b>2022</b>	<b>750</b>	<b>2201</b>	<b>743</b>	<b>385</b>	<b>4079</b>
	2019	855	2174	805	345	4179
	2018	797	2204	725	308	4034
		<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						
	<b>2022</b>	<b>143 (19.1)</b>	<b>301 (13.7)</b>	<b>76 (10.2)</b>	<b>47 (12.2)</b>	<b>567 (13.9)</b>
	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)
Prévalence nosocomiale catégorie ≥ 2 patient-e-s à risque d'escarre						
	<b>2022</b>	<b>79 (10.5)</b>	<b>128 (5.8)</b>	<b>37 (5.0)</b>	<b>18 (4.7)</b>	<b>262 (6.4)</b>
	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)

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
<b>Patient-e-s participant-e-s</b>		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	<b>2022</b>	<b>2150</b>	<b>6722</b>	<b>2328</b>	<b>1260</b>	<b>12460</b>
	2019	2610	6778	2715	1137	13240
	2018	2477	6950	2695	1105	13227
Taux de chutes survenues à l'hôpital		<i>n (%)</i>				
	<b>2022</b>	<b>126 (5.9)</b>	<b>304 (4.5)</b>	<b>104 (4.5)</b>	<b>37 (2.9)</b>	<b>571 (4.6)</b>
	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)
<b>Patient-e-s à risque de chute</b>		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	<b>2022</b>	<b>654</b>	<b>2115</b>	<b>723</b>	<b>348</b>	<b>3840</b>
	2019	669	2066	852	343	3930
	2018	628	2111	886	305	3930
Taux de chutes survenues à l'hôpital patient-e-s à risque de chute		<i>n (%)</i>				
	<b>2022</b>	<b>74 (11.3)</b>	<b>156 (7.4)</b>	<b>63 (8.7)</b>	<b>20 (5.7)</b>	<b>313 (8.2)</b>
	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)

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
<b>Patient-e-s ayant chuté à l'hôpital</b>		<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	<b>2022</b>	<b>126</b>	<b>304</b>	<b>104</b>	<b>37</b>	<b>571</b>
	2019	108	233	95	48	484
	2018	80	247	77	53	457
Taux de blessures : lésions minimales		<i>n (%)</i>				
	<b>2022</b>	<b>27 (21.4)</b>	<b>59 (19.4)</b>	<b>27 (26.0)</b>	<b>7 (18.9)</b>	<b>120 (21.0)</b>
	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)
Taux de blessures : blessures de gravité moyenne		<i>n (%)</i>				
	<b>2022</b>	<b>8 (6.3)</b>	<b>18 (5.9)</b>	<b>9 (8.7)</b>	<b>1 (2.7)</b>	<b>36 (6.3)</b>
	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)
Taux de blessures : blessures graves		<i>n (%)</i>				
	<b>2022</b>	<b>5 (4.0)</b>	<b>21 (6.9)</b>	<b>16 (15.4)</b>	<b>3 (8.1)</b>	<b>45 (7.9)</b>
	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)
<b>Taux de blessures total</b>		<i>n (%)</i>				
	<b>2022</b>	<b>40 (31.7)</b>	<b>98 (32.2)</b>	<b>52 (50.0)</b>	<b>11 (29.7)</b>	<b>201 (35.2)</b>
	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)

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

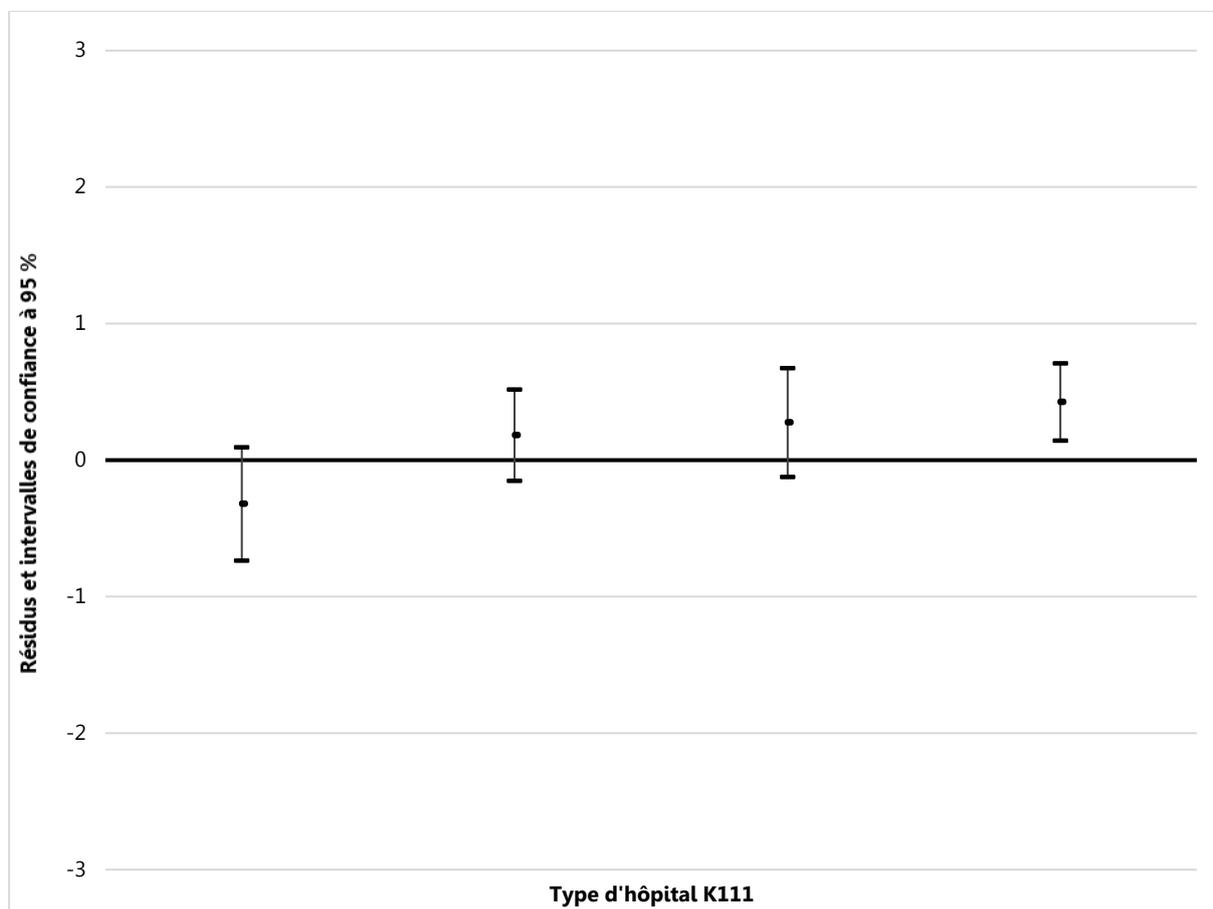


Figure 15 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur – type d'hôpital K112

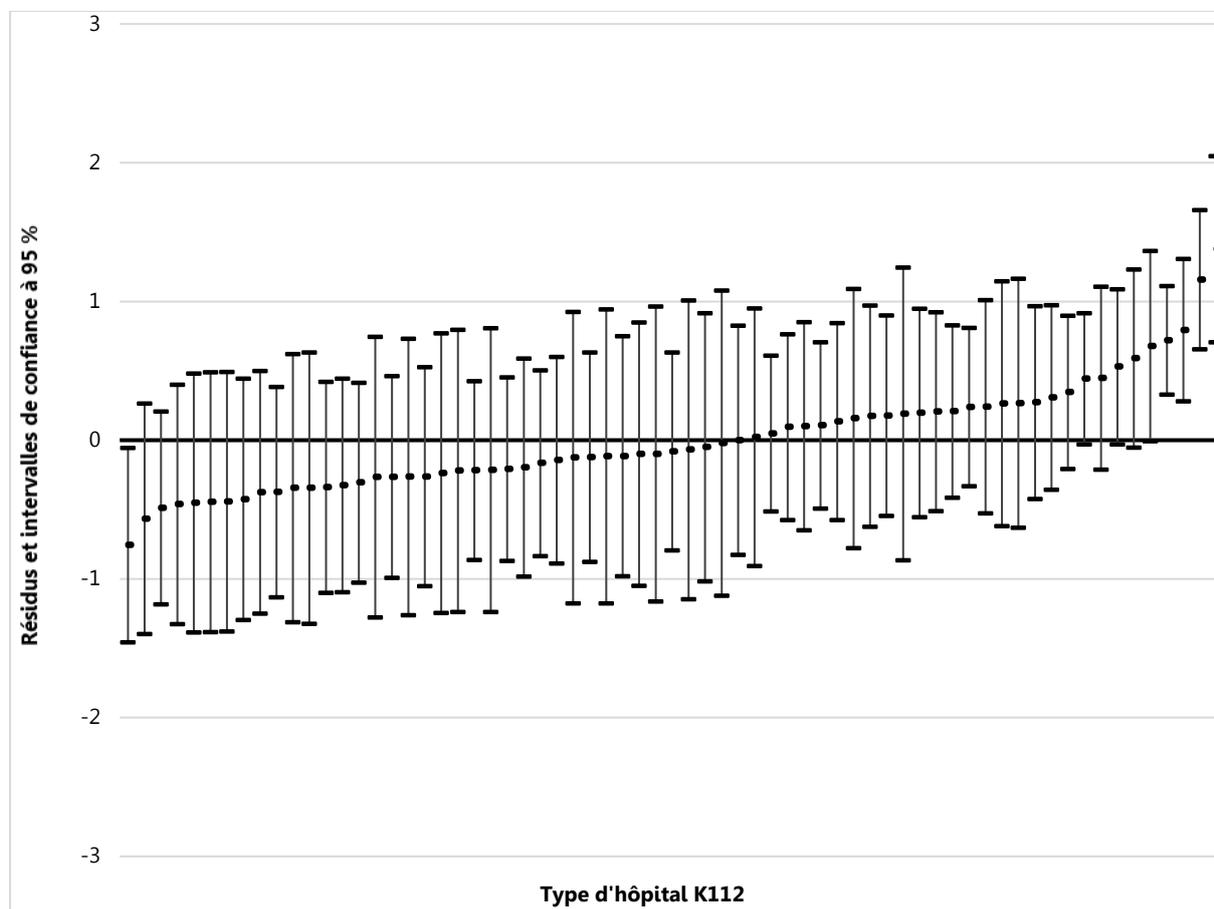


Figure 16 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur – type d'hôpital K121-K123

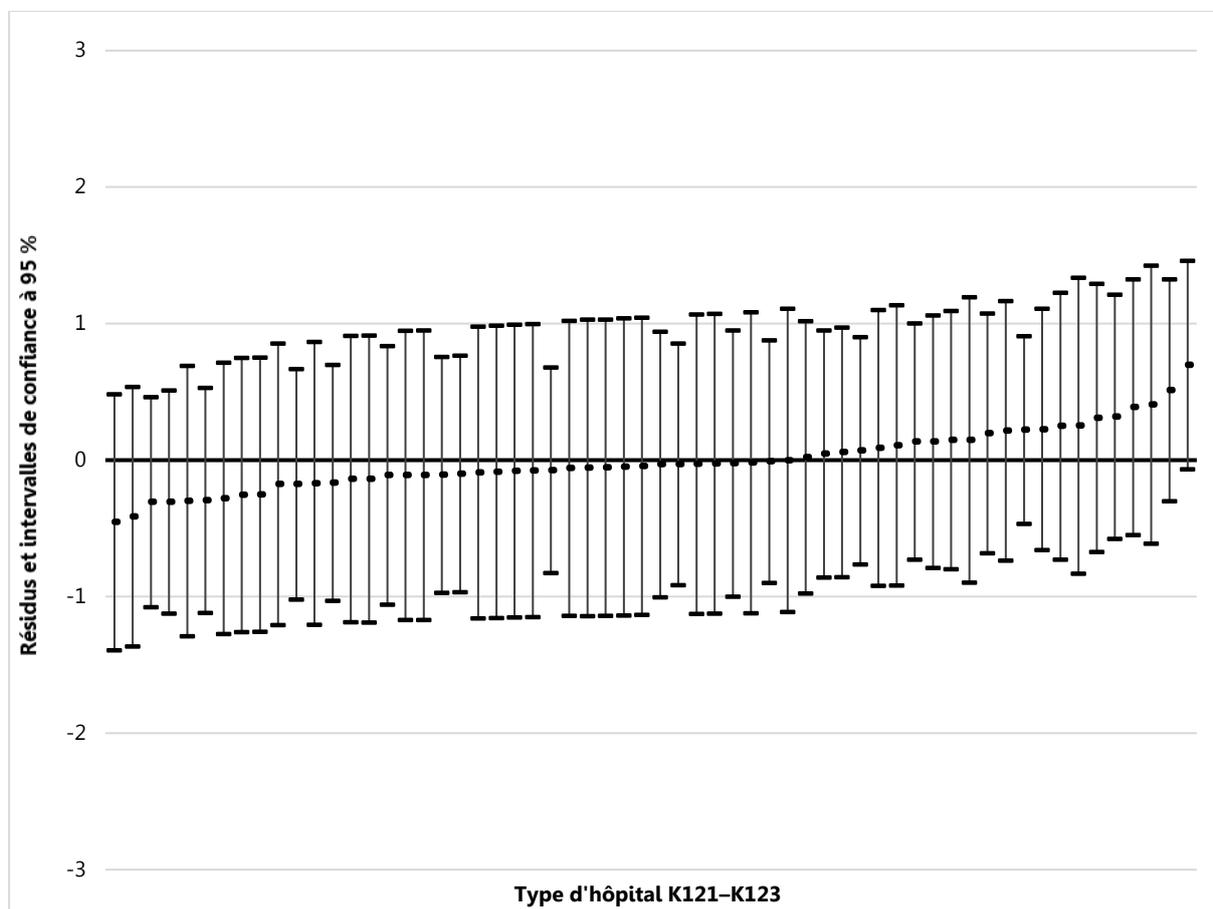


Figure 17 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieur – type d'hôpital K221 & K231–K235

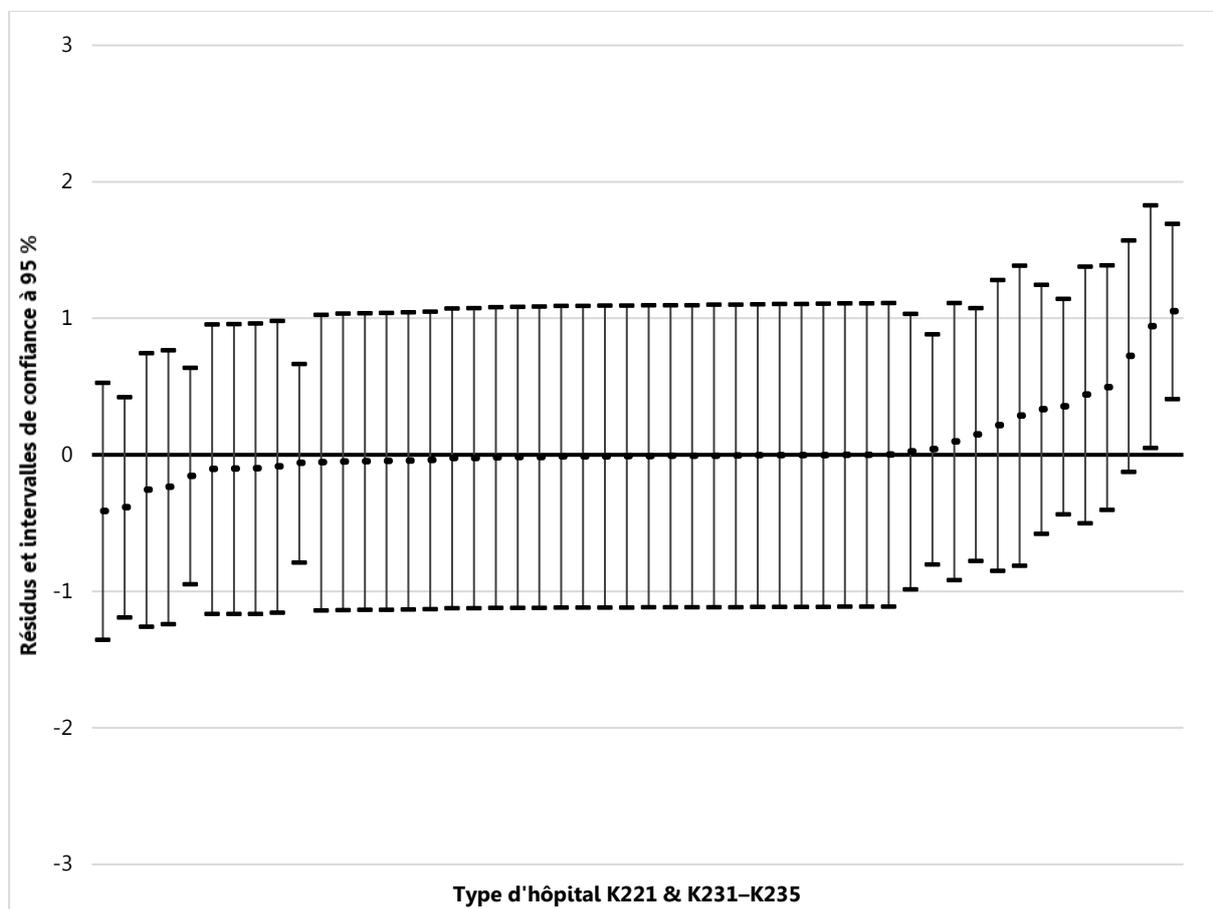


Figure 18 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur – type d'hôpital K111

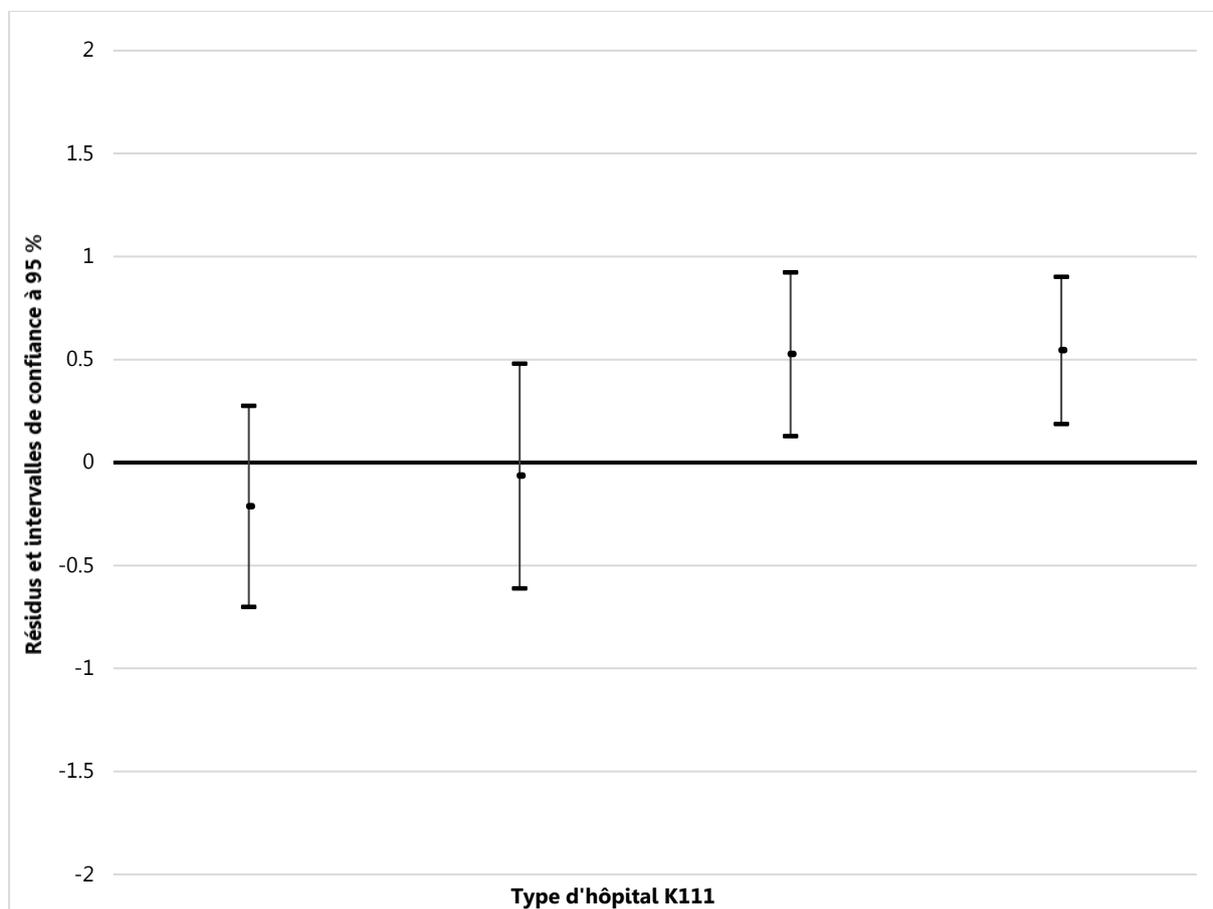


Figure 19 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur – type d'hôpital K112

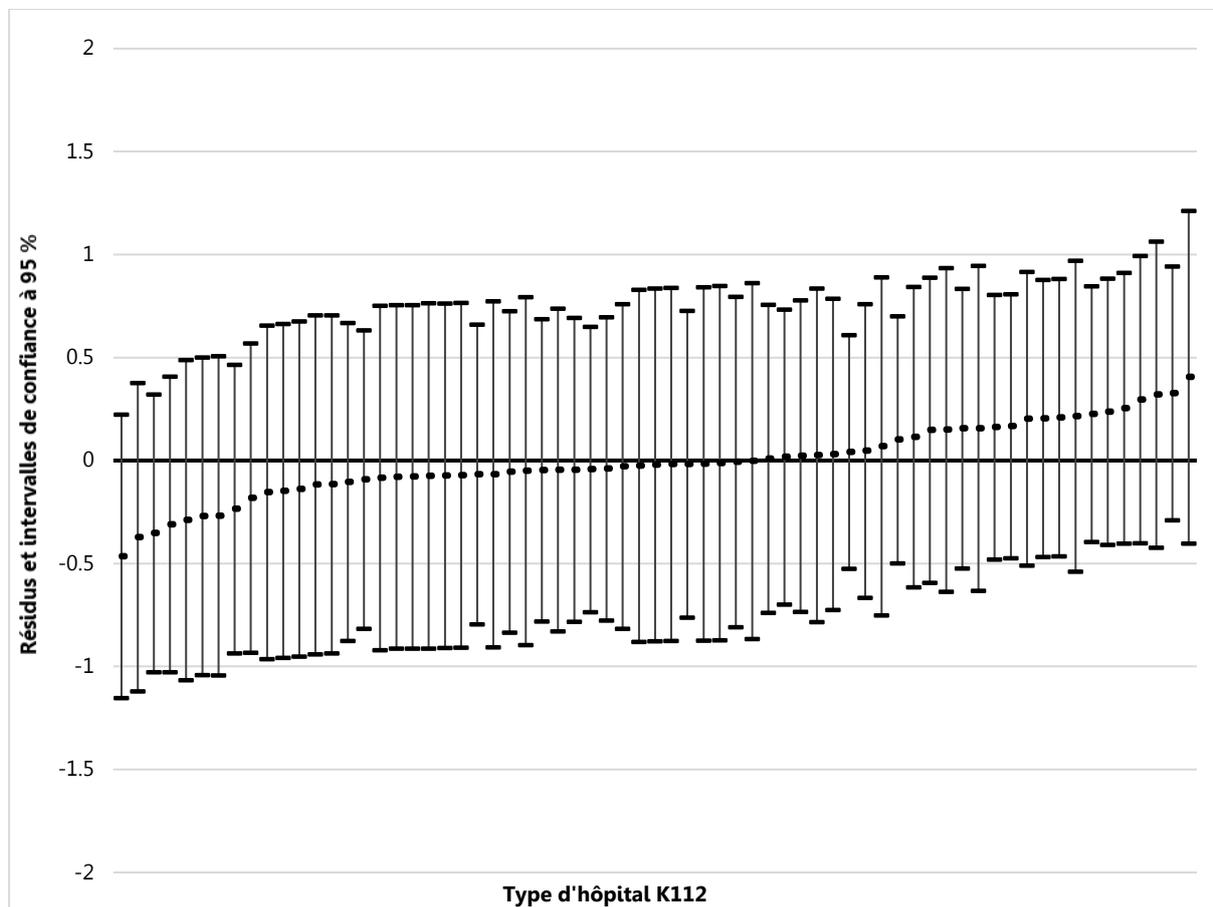


Figure 20 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur – type d'hôpital K121–K123

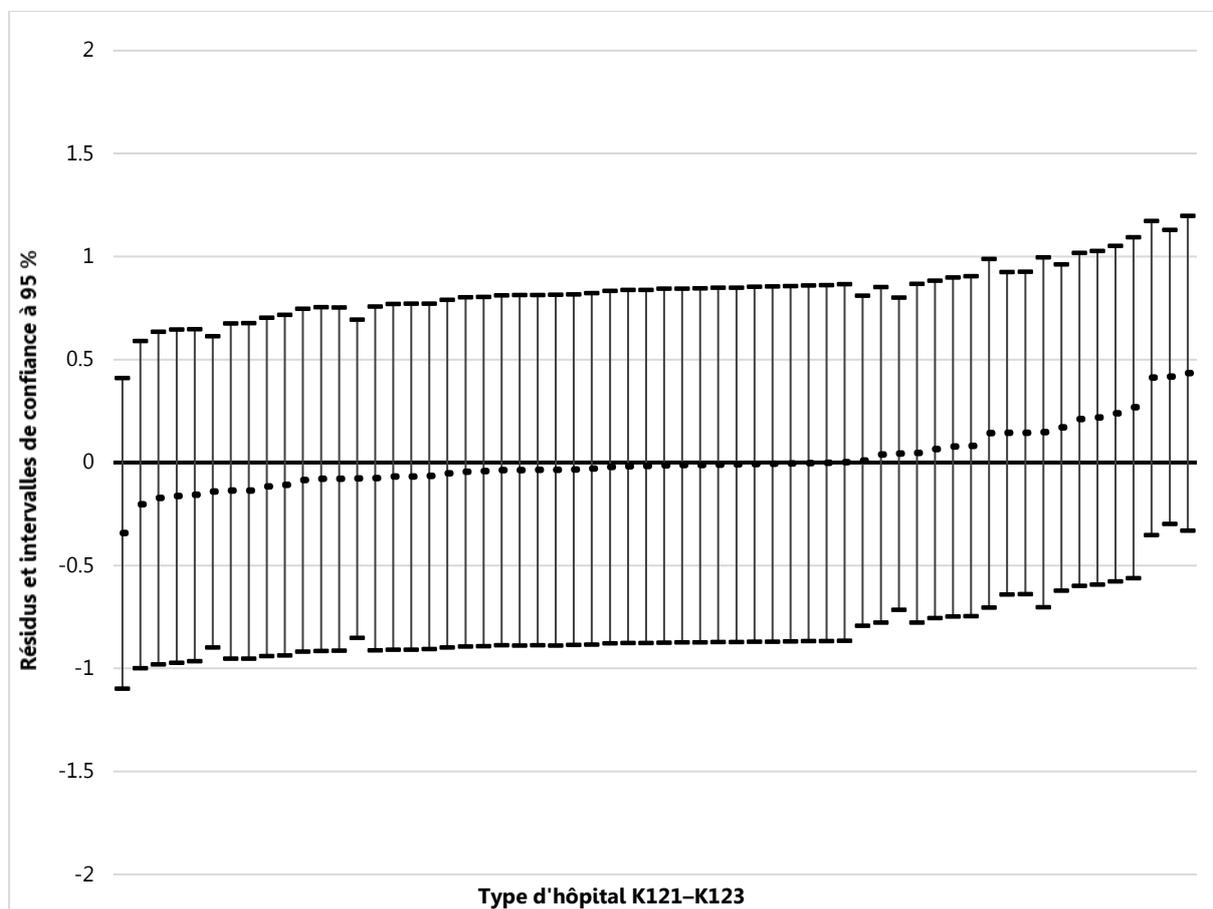


Figure 21 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieur – type d'hôpital K221 & K231–K235

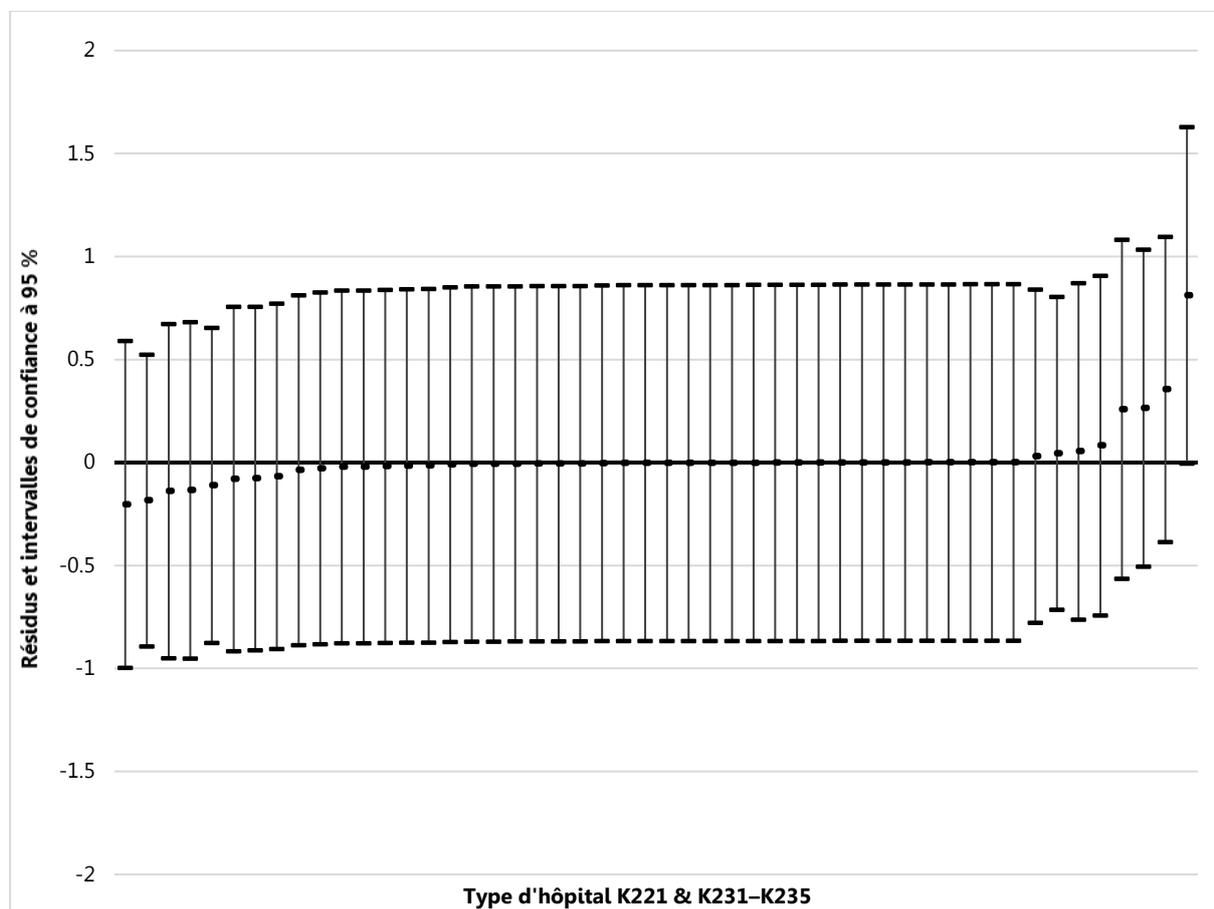


Figure 22 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes survenues à l'hôpital – type d'hôpital K111

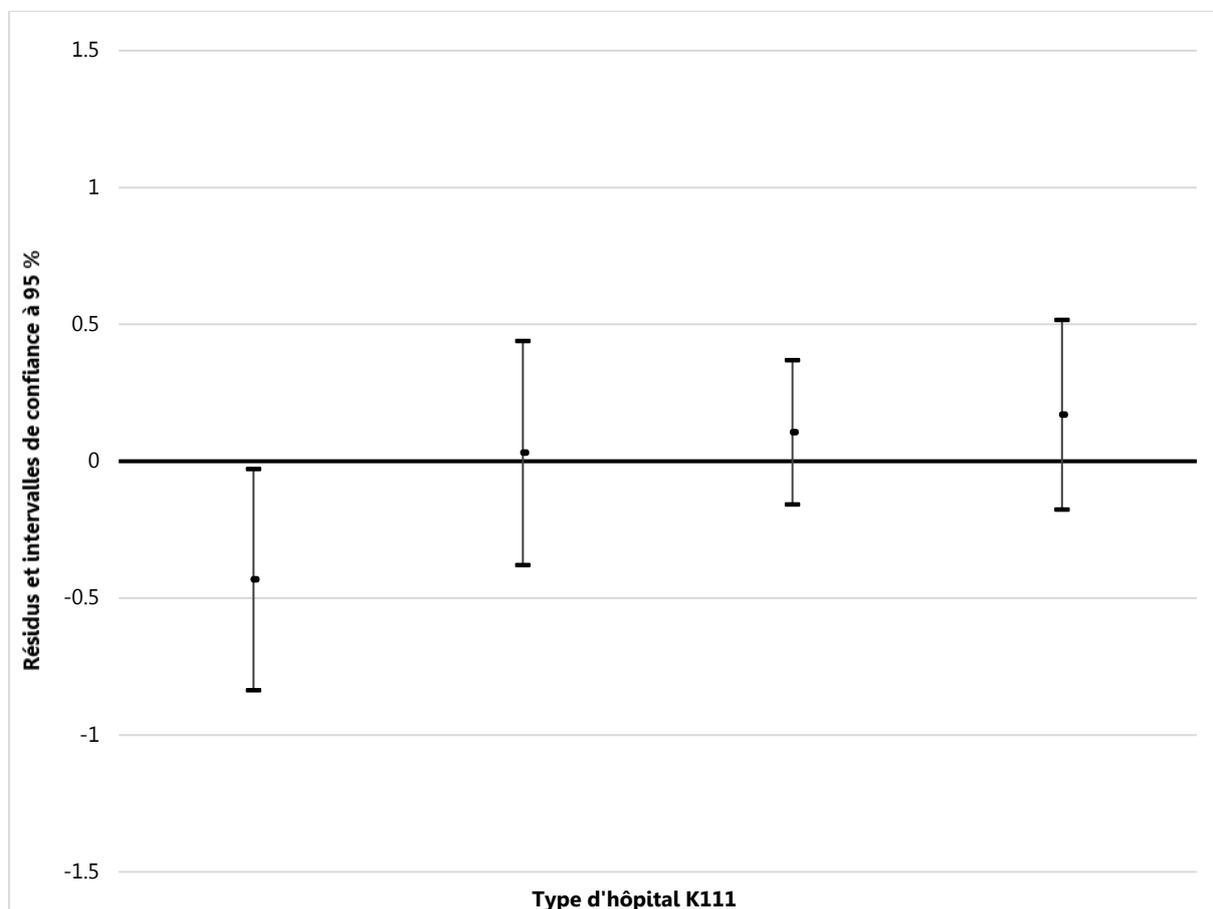


Figure 23 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes survenues à l'hôpital – type d'hôpital K112

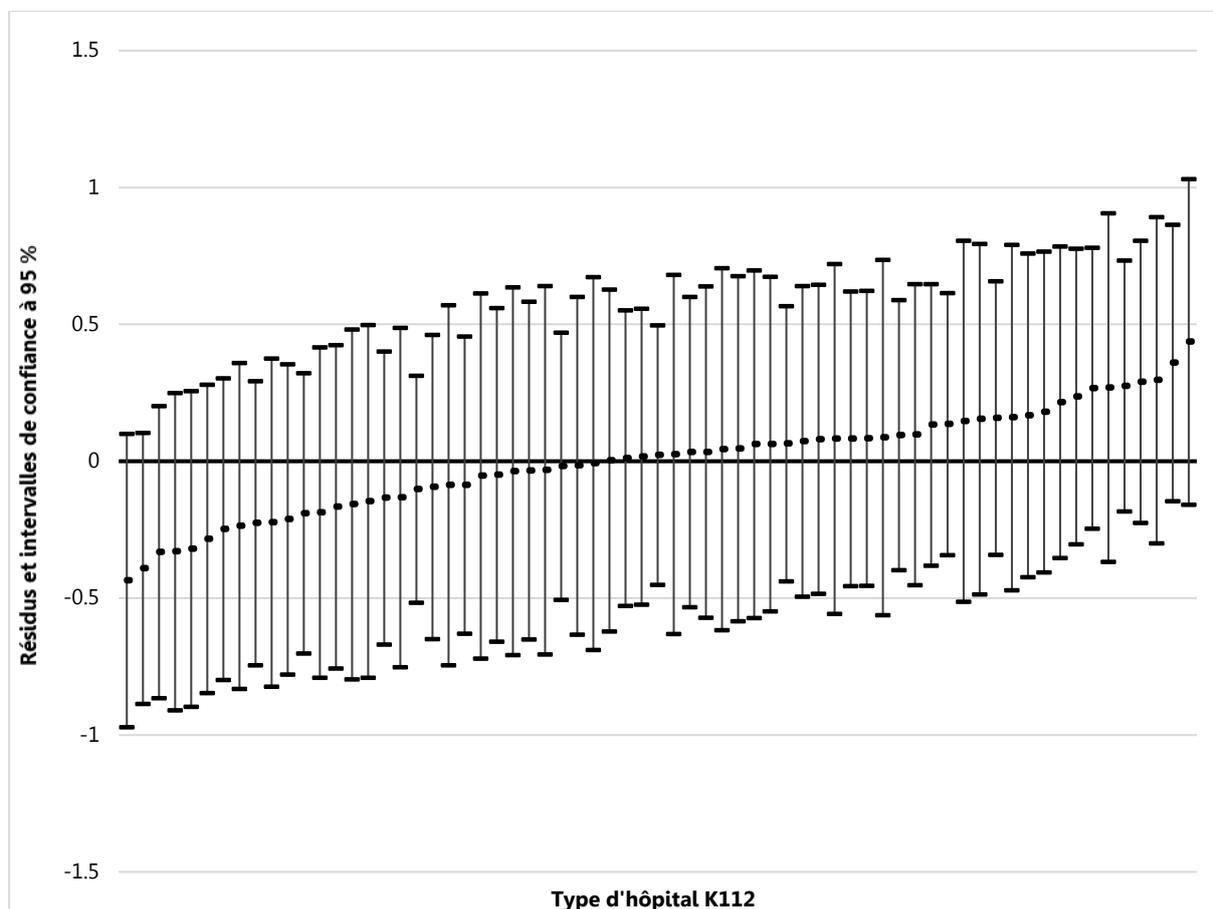


Figure 24 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes survenues à l'hôpital – type d'hôpital K121-K123

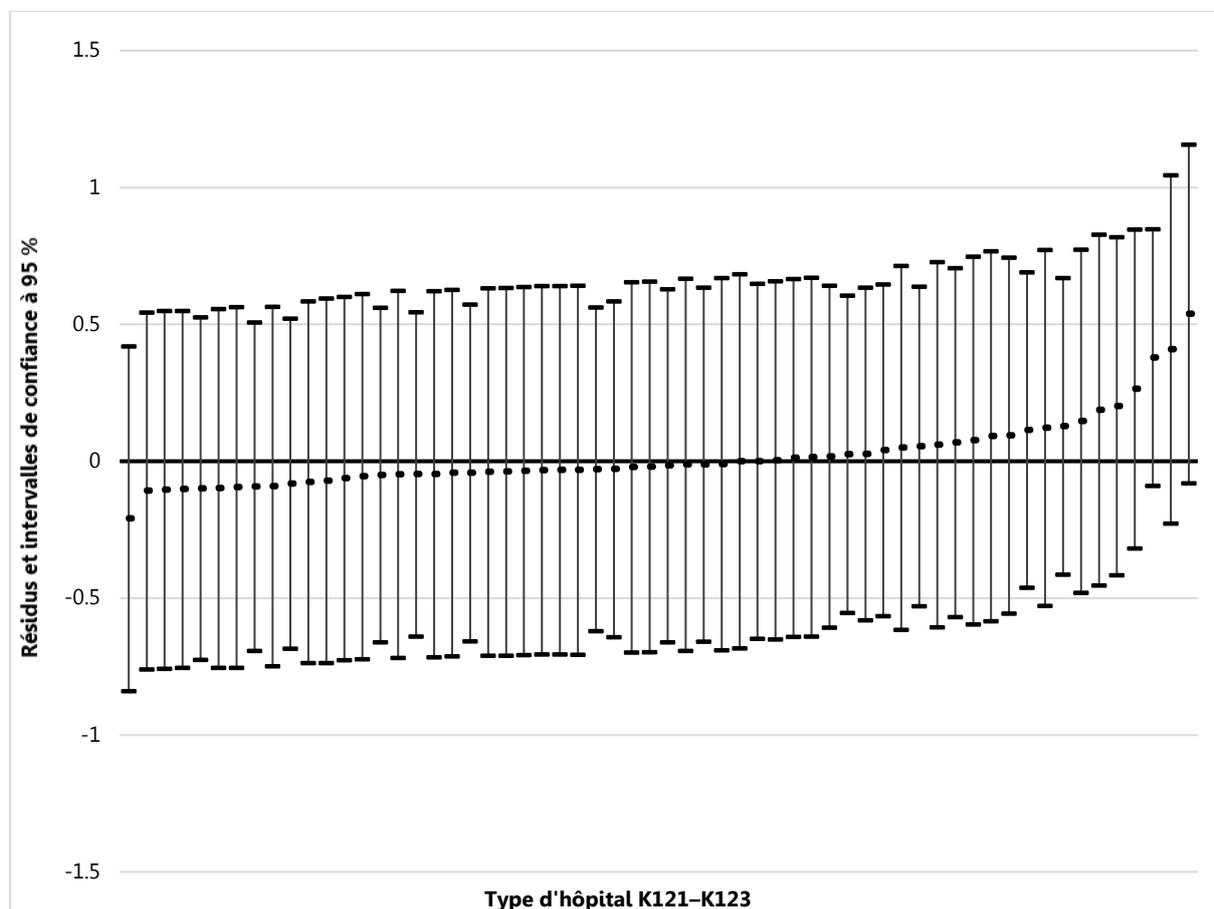


Figure 25 : résidus et intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes survenues à l'hôpital – type d'hôpital K221 & K231–K235

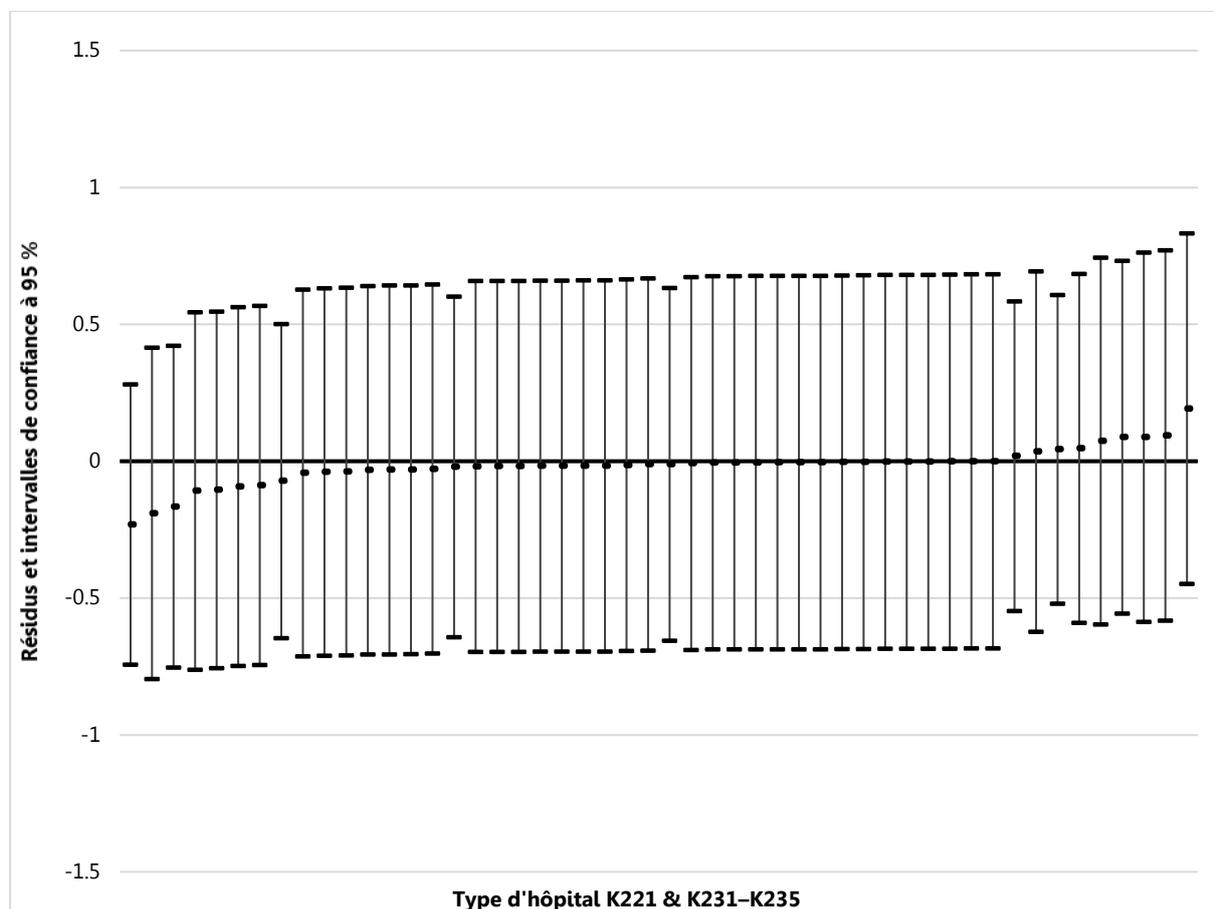


Tableau 13 : taux de participation ainsi que résidus et limites des intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital\*\*

H	Participation		Escarres nosocomiales catégorie 1 et supérieur			Escarres nosocomiales catégorie 2 et supérieur			Chutes à l'hôpital		
	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
101	76 (42.0)	105 (58.0)	-0.307	-1.028	0.413	0.046	-0.667	0.758	-0.135	-0.670	0.400
102	16 (16.2)	83 (83.8)	-0.297	-1.122	0.527	0.041	-0.716	0.799	0.113	-0.463	0.689
103	1 (2.7)	36 (97.3)	-0.256	-1.260	0.749	-0.070	-0.909	0.769	0.537	-0.082	1.156
104	3 (12.5)	21 (87.5)	-0.171	-1.206	0.864	-0.055	-0.899	0.789	0.014	-0.641	0.669
105	7 (16.3)	36 (83.7)	-0.168	-1.031	0.695	-0.205	-0.999	0.589	-0.049	-0.641	0.544
106	103 (33.7)	203 (66.3)	-0.167	-0.837	0.503	-0.311	-1.029	0.407	0.358	-0.147	0.863
107	0 (0.0)	16 (100.0)	0.022	-0.986	1.030	-0.081	-0.918	0.755	0.087	-0.557	0.731
108	26 (45.6)	31 (54.4)	0.215	-0.850	1.280	-0.019	-0.877	0.838	0.073	-0.597	0.743
109	17 (22.1)	60 (77.9)	-0.377	-1.250	0.497	-0.047	-0.831	0.736	0.045	-0.585	0.675
110	17 (16.5)	86 (83.5)	1.375	0.704	2.047	-0.149	-0.959	0.662	0.435	-0.159	1.030
111	10 (29.4)	24 (70.6)	-0.128	-1.178	0.923	-0.022	-0.878	0.834	-0.038	-0.709	0.634
112	37 (29.8)	87 (70.2)	0.175	-0.547	0.897	0.147	-0.594	0.887	-0.237	-0.833	0.358
113	7 (18.9)	30 (81.1)	0.045	-0.860	0.950	0.075	-0.748	0.898	0.201	-0.417	0.818
114	21 (21.9)	75 (78.1)	-0.075	-0.829	0.678	-0.143	-0.899	0.613	0.025	-0.555	0.604
115	37 (20.3)	145 (79.7)	0.219	-0.468	0.906	0.415	-0.299	1.129	0.378	-0.091	0.846
116	94 (30.4)	215 (69.6)	-0.490	-1.184	0.205	-0.044	-0.737	0.648	-0.191	-0.703	0.321
117	62 (30.4)	142 (69.6)	-0.083	-0.797	0.631	-0.049	-0.782	0.685	-0.284	-0.848	0.279
118	12 (16.2)	62 (83.8)	-0.032	-0.918	0.853	0.008	-0.793	0.809	-0.030	-0.622	0.561
120	6 (10.7)	50 (89.3)	-0.347	-1.314	0.621	-0.080	-0.914	0.753	-0.017	-0.634	0.600
121	14 (16.5)	71 (83.5)	-0.447	-1.384	0.489	-0.139	-0.953	0.674	-0.133	-0.753	0.486
122	6 (13.6)	38 (86.4)	-0.102	-1.051	0.847	0.068	-0.753	0.889	0.002	-0.622	0.626
123	3 (27.3)	8 (72.7)	-0.051	-1.140	1.037	-0.014	-0.874	0.845	-0.014	-0.693	0.666
124	31 (27.0)	84 (73.0)	0.147	-0.778	1.073	0.081	-0.743	0.905	-0.012	-0.656	0.632
125	108 (32.6)	223 (67.4)	0.238	-0.334	0.809	0.324	-0.292	0.941	-0.227	-0.746	0.292
126	31 (26.7)	85 (73.3)	-0.464	-1.327	0.399	-0.290	-1.067	0.487	-0.167	-0.758	0.423
127	4 (7.8)	47 (92.2)	-0.117	-0.982	0.748	0.155	-0.634	0.944	0.062	-0.549	0.673
128	23 (11.5)	177 (88.5)	0.344	-0.209	0.896	0.236	-0.411	0.882	0.022	-0.452	0.496
129	31 (18.9)	133 (81.1)	0.134	-0.576	0.844	0.295	-0.403	0.992	0.132	-0.382	0.647
130	3 (4.6)	62 (95.4)	-0.454	-1.388	0.480	-0.117	-0.938	0.704	0.033	-0.572	0.638
131	63 (34.6)	119 (65.4)	0.194	-0.557	0.945	-0.057	-0.837	0.724	0.214	-0.355	0.784
132	7 (7.5)	86 (92.5)	-0.415	-1.355	0.526	-0.140	-0.952	0.672	-0.105	-0.756	0.546
133	2 (5.6)	34 (94.4)	0.039	-0.804	0.883	0.263	-0.506	1.033	-0.073	-0.646	0.501
134	8 (19.5)	33 (80.5)	-0.042	-1.132	1.049	-0.008	-0.870	0.854	-0.033	-0.706	0.639
135	26 (28.3)	66 (71.7)	-0.428	-1.298	0.441	-0.105	-0.878	0.667	0.033	-0.534	0.600
136	3 (12.0)	22 (88.0)	-0.101	-1.164	0.961	-0.018	-0.876	0.840	-0.088	-0.746	0.569
137	9 (15.0)	51 (85.0)	-0.012	-0.900	0.876	-0.139	-0.953	0.675	0.016	-0.609	0.641
138*											
139	27 (54.0)	23 (46.0)	-0.281	-1.275	0.712	-0.068	-0.906	0.771	-0.106	-0.759	0.548
140*											
141*											
142	4 (17.4)	19 (82.6)	-0.028	-1.126	1.069	-0.005	-0.868	0.858	-0.021	-0.698	0.656

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
143	28 (24.8)	85 (75.2)	0.588	-0.055	1.230	0.016	-0.700	0.732	0.081	-0.457	0.619
144	26 (17.1)	126 (82.9)	1.155	0.655	1.656	0.253	-0.404	0.909	0.289	-0.226	0.805
145	12 (28.6)	30 (71.4)	0.386	-0.551	1.324	0.044	-0.778	0.867	0.011	-0.642	0.665
146	43 (21.5)	157 (78.5)	-0.267	-0.993	0.460	-0.069	-0.797	0.659	-0.095	-0.650	0.461
147	12 (19.4)	50 (80.6)	0.316	-0.578	1.210	0.237	-0.578	1.051	0.145	-0.481	0.772
148	22 (16.2)	114 (83.8)	-0.145	-0.889	0.598	-0.272	-1.043	0.499	0.235	-0.304	0.775
149	35 (22.0)	124 (78.0)	0.528	-0.032	1.087	0.207	-0.466	0.880	0.157	-0.342	0.656
150	22 (37.3)	37 (62.7)	-0.346	-1.324	0.632	-0.119	-0.943	0.705	-0.148	-0.792	0.496
151	15 (28.8)	37 (71.2)	-0.266	-1.262	0.730	-0.073	-0.910	0.764	-0.158	-0.797	0.481
152	6 (12.5)	42 (87.5)	-0.026	-1.001	0.949	0.079	-0.746	0.904	-0.109	-0.762	0.543
153	28 (62.2)	17 (37.8)	0.406	-0.613	1.424	-0.023	-0.879	0.832	-0.037	-0.709	0.635
154	36 (46.8)	41 (53.2)	-0.033	-1.005	0.939	-0.087	-0.919	0.746	-0.017	-0.662	0.628
155	6 (42.9)	8 (57.1)	0.250	-0.834	1.334	-0.009	-0.871	0.853	-0.072	-0.738	0.593
156	2 (10.5)	17 (89.5)	-0.027	-1.125	1.071	-0.005	-0.868	0.859	-0.029	-0.703	0.645
157	0 (0.0)	1 (100.0)	-0.001	-1.114	1.111	0.000	-0.866	0.865	-0.001	-0.685	0.682
158	13 (29.5)	31 (70.5)	0.145	-0.799	1.090	0.037	-0.778	0.852	0.093	-0.557	0.743
159	206 (31.8)	441 (68.2)	0.274	-0.125	0.673	-0.066	-0.612	0.479	0.030	-0.380	0.439
160	57 (26.1)	161 (73.9)	-0.342	-1.102	0.419	-0.041	-0.777	0.694	-0.249	-0.800	0.303
161	72 (22.4)	249 (77.6)	0.046	-0.516	0.607	0.224	-0.397	0.845	0.135	-0.343	0.614
162	47 (55.3)	38 (44.7)	-0.178	-1.210	0.854	-0.045	-0.892	0.803	-0.100	-0.755	0.556
163	4 (13.3)	26 (86.7)	-0.061	-1.142	1.020	-0.012	-0.872	0.848	-0.034	-0.707	0.639
164	2 (5.7)	33 (94.3)	0.308	-0.674	1.290	-0.039	-0.889	0.810	0.408	-0.228	1.044
165	27 (37.5)	45 (62.5)	0.088	-0.922	1.099	0.141	-0.705	0.988	-0.077	-0.738	0.583
166	10 (31.3)	22 (68.8)	-0.139	-1.188	0.909	-0.038	-0.888	0.812	-0.057	-0.723	0.610
167	145 (29.2)	352 (70.8)	-0.757	-1.457	-0.056	-0.466	-1.154	0.222	-0.392	-0.887	0.103
170	65 (33.5)	129 (66.5)	0.204	-0.513	0.921	-0.019	-0.763	0.726	0.096	-0.453	0.646
171	58 (28.2)	148 (71.8)	-0.376	-1.134	0.382	-0.373	-1.121	0.375	0.016	-0.524	0.556
173	14 (15.7)	75 (84.3)	0.677	-0.010	1.363	0.319	-0.425	1.062	0.167	-0.424	0.758
174	4 (9.5)	38 (90.5)	0.156	-0.778	1.090	-0.081	-0.914	0.753	0.159	-0.472	0.789
176	0 (0.0)	4 (100.0)	-0.006	-1.115	1.104	-0.001	-0.866	0.864	-0.003	-0.686	0.680
177	27 (17.4)	128 (82.6)	0.106	-0.494	0.706	0.166	-0.475	0.806	0.063	-0.439	0.566
181	41 (27.3)	109 (72.7)	0.792	0.280	1.304	-0.355	-1.029	0.320	0.274	-0.185	0.733
182	136 (35.6)	246 (64.4)	0.718	0.327	1.109	0.040	-0.527	0.607	-0.103	-0.518	0.312
184	8 (15.4)	44 (84.6)	0.263	-0.620	1.145	0.404	-0.404	1.211	0.081	-0.559	0.720
185	11 (44.0)	14 (56.0)	0.188	-0.867	1.243	-0.019	-0.877	0.838	-0.034	-0.707	0.639
186	9 (39.1)	14 (60.9)	-0.222	-1.239	0.795	-0.076	-0.914	0.762	0.043	-0.618	0.705
187	32 (36.0)	57 (64.0)	0.445	-0.214	1.104	0.154	-0.524	0.832	-0.331	-0.911	0.249
188	22 (15.0)	125 (85.0)	-0.569	-1.399	0.262	-0.270	-1.045	0.506	0.083	-0.456	0.622
189	19 (13.0)	127 (87.0)	-0.199	-0.985	0.586	0.020	-0.736	0.777	0.079	-0.485	0.644
190	8 (13.6)	51 (86.4)	-0.307	-1.125	0.510	-0.080	-0.852	0.693	0.263	-0.319	0.846
191	5 (26.3)	14 (73.7)	-0.112	-1.173	0.949	-0.037	-0.889	0.815	-0.039	-0.711	0.632
192	41 (44.1)	52 (55.9)	-0.052	-1.018	0.914	-0.075	-0.911	0.761	0.062	-0.573	0.696
194	7 (21.2)	26 (78.8)	-0.078	-1.151	0.995	-0.015	-0.874	0.844	-0.064	-0.727	0.600

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
195	42 (29.8)	99 (70.2)	-0.456	-1.394	0.482	-0.164	-0.973	0.645	-0.030	-0.644	0.584
196	0 (0.0)	15 (100.0)	-0.053	-1.138	1.033	-0.007	-0.869	0.856	-0.018	-0.696	0.660
198	12 (17.6)	56 (82.4)	-0.002	-0.827	0.823	-0.030	-0.819	0.758	-0.051	-0.660	0.559
199	6 (6.9)	81 (93.1)	-0.445	-1.380	0.491	-0.156	-0.965	0.654	-0.035	-0.652	0.582
201	2 (16.7)	10 (83.3)	-0.113	-1.173	0.947	-0.032	-0.884	0.821	-0.040	-0.711	0.631
202	11 (10.3)	96 (89.7)	0.068	-0.764	0.901	0.141	-0.642	0.925	-0.093	-0.693	0.507
203	18 (31.0)	40 (69.0)	-0.050	-1.136	1.036	-0.011	-0.872	0.849	-0.040	-0.711	0.630
204	3 (27.3)	8 (72.7)	-0.012	-1.118	1.095	-0.003	-0.867	0.862	-0.005	-0.688	0.677
205	48 (38.7)	76 (61.3)	-0.386	-1.194	0.421	0.043	-0.716	0.803	-0.232	-0.744	0.280
206	30 (31.9)	64 (68.1)	-0.109	-0.973	0.755	0.169	-0.623	0.961	-0.083	-0.686	0.520
207	21 (32.8)	43 (67.2)	-0.239	-1.246	0.769	-0.052	-0.897	0.793	0.024	-0.631	0.680
208	14 (43.8)	18 (56.3)	-0.088	-1.156	0.981	-0.018	-0.876	0.840	0.093	-0.583	0.769
209	10 (9.4)	96 (90.6)	-0.178	-1.022	0.665	0.143	-0.640	0.925	0.053	-0.530	0.636
210	30 (44.1)	38 (55.9)	0.224	-0.660	1.107	0.208	-0.600	1.016	-0.211	-0.840	0.419
211*											
212	23 (69.7)	10 (30.3)	-0.015	-1.120	1.090	-0.003	-0.867	0.861	-0.018	-0.696	0.659
213	0 (0.0)	18 (100.0)	-0.030	-1.127	1.066	-0.007	-0.869	0.856	-0.012	-0.692	0.668
215	15 (30.6)	34 (69.4)	-0.080	-1.152	0.992	-0.020	-0.877	0.838	-0.034	-0.706	0.639
216	39 (37.1)	66 (62.9)	-0.102	-0.968	0.765	-0.159	-0.966	0.647	-0.051	-0.662	0.560
217	2 (9.5)	19 (90.5)	-0.254	-1.258	0.750	-0.110	-0.937	0.716	-0.093	-0.750	0.564
218	9 (14.1)	55 (85.9)	-0.063	-0.790	0.665	-0.185	-0.893	0.523	0.018	-0.547	0.584
219	11 (36.7)	19 (63.3)	0.019	-0.977	1.016	-0.070	-0.910	0.770	0.002	-0.651	0.656
220	50 (51.5)	47 (48.5)	0.134	-0.731	0.999	-0.139	-0.953	0.676	-0.044	-0.659	0.571
221	3 (15.0)	17 (85.0)	-0.092	-1.161	0.977	-0.039	-0.889	0.812	0.060	-0.608	0.727
222	83 (34.4)	158 (65.6)	0.093	-0.577	0.762	-0.094	-0.818	0.631	0.266	-0.247	0.779
223	9 (20.5)	35 (79.5)	0.265	-0.633	1.163	0.024	-0.786	0.834	0.295	-0.301	0.892
224	0 (0.0)	9 (100.0)	-0.218	-1.241	0.805	-0.068	-0.908	0.772	0.145	-0.514	0.805
225	17 (21.3)	63 (78.8)	0.096	-0.918	1.110	-0.038	-0.888	0.812	0.035	-0.623	0.693
226	2 (6.3)	30 (93.8)	-0.238	-1.241	0.765	-0.078	-0.912	0.756	-0.032	-0.705	0.642
227	142 (23.5)	463 (76.5)	0.182	-0.152	0.516	0.525	0.128	0.923	0.169	-0.177	0.515
228	12 (17.6)	56 (82.4)	-0.415	-1.366	0.535	-0.174	-0.981	0.634	-0.101	-0.727	0.525
229	78 (13.3)	507 (86.7)	-0.322	-0.737	0.092	-0.214	-0.702	0.275	-0.433	-0.837	-0.029
230	16 (53.3)	14 (46.7)	-0.070	-1.148	1.007	-0.014	-0.874	0.846	-0.054	-0.721	0.613
231	23 (29.1)	56 (70.9)	1.049	0.408	1.691	0.354	-0.387	1.095	-0.167	-0.754	0.421
232	65 (20.3)	255 (79.7)	-0.210	-0.872	0.451	0.203	-0.469	0.875	-0.333	-0.866	0.201
233	8 (21.1)	30 (78.9)	0.056	-0.858	0.971	-0.119	-0.940	0.703	0.067	-0.570	0.704
234	72 (25.2)	214 (74.8)	0.440	-0.033	0.913	0.100	-0.500	0.700	-0.436	-0.973	0.100
235	0 (0.0)	10 (100.0)	-0.020	-1.122	1.081	-0.003	-0.867	0.861	-0.033	-0.707	0.641
236	0 (0.0)	11 (100.0)	-0.023	-1.123	1.078	-0.004	-0.868	0.860	-0.009	-0.690	0.672
237	0 (0.0)	2 (100.0)	-0.002	-1.114	1.109	-0.001	-0.866	0.865	-0.002	-0.685	0.682
238	54 (30.3)	124 (69.7)	-0.124	-0.879	0.632	0.201	-0.512	0.915	0.011	-0.529	0.551
239	1 (10.0)	9 (90.0)	-0.118	-1.177	0.942	-0.027	-0.881	0.828	0.086	-0.563	0.735
240	1 (8.3)	11 (91.7)	-0.267	-1.278	0.743	-0.086	-0.921	0.750	0.153	-0.487	0.793

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
241	18 (12.9)	121 (87.1)	0.206	-0.415	0.827	-0.237	-0.938	0.464	-0.019	-0.507	0.468
242	24 (27.6)	63 (72.4)	-0.264	-1.054	0.526	-0.183	-0.934	0.568	-0.213	-0.780	0.354
245	1 (11.1)	8 (88.9)	-0.011	-1.118	1.095	-0.003	-0.867	0.862	-0.004	-0.687	0.678
246	40 (36.4)	70 (63.6)	0.695	-0.069	1.458	0.410	-0.353	1.173	0.039	-0.566	0.645
248	15 (32.6)	31 (67.4)	-0.046	-1.134	1.042	-0.008	-0.870	0.854	-0.044	-0.714	0.626
249	48 (41.7)	67 (58.3)	0.239	-0.529	1.008	0.214	-0.540	0.968	0.179	-0.406	0.765
250	0 (0.0)	2 (100.0)	-0.003	-1.114	1.108	-0.001	-0.866	0.864	-0.001	-0.685	0.682
251	2 (14.3)	12 (85.7)	-0.259	-1.261	0.743	-0.068	-0.907	0.771	-0.109	-0.762	0.543
252	26 (28.0)	67 (72.0)	0.099	-0.650	0.849	0.029	-0.727	0.785	-0.225	-0.824	0.374
254	2 (7.1)	26 (92.9)	-0.105	-1.166	0.956	-0.022	-0.878	0.834	-0.044	-0.713	0.626
255	161 (17.9)	739 (82.1)	0.425	0.143	0.707	0.543	0.186	0.901	0.105	-0.158	0.368
256	0 (0.0)	8 (100.0)	-0.011	-1.118	1.095	-0.003	-0.867	0.861	-0.004	-0.686	0.679
257	1 (14.3)	6 (85.7)	-0.009	-1.117	1.099	-0.002	-0.866	0.863	-0.005	-0.687	0.677
258	51 (35.9)	91 (64.1)	0.172	-0.626	0.970	0.148	-0.638	0.934	-0.188	-0.792	0.415
259	5 (45.5)	6 (54.5)	-0.007	-1.116	1.102	-0.002	-0.866	0.863	-0.003	-0.686	0.680
260	12 (19.0)	51 (81.0)	0.511	-0.302	1.323	0.433	-0.332	1.197	-0.001	-0.649	0.647
261	13 (8.3)	143 (91.7)	-0.327	-1.097	0.443	-0.046	-0.784	0.691	-0.321	-0.898	0.255
262	0 (0.0)	3 (100.0)	-0.058	-1.144	1.029	-0.015	-0.875	0.844	0.091	-0.585	0.766
263	32 (32.7)	66 (67.3)	0.721	-0.126	1.568	0.029	-0.780	0.838	-0.093	-0.748	0.562
264	2 (28.6)	5 (71.4)	-0.006	-1.116	1.104	-0.001	-0.866	0.864	-0.005	-0.687	0.677
265	0 (0.0)	6 (100.0)	-0.057	-1.141	1.028	-0.013	-0.873	0.848	0.075	-0.596	0.746
267	14 (12.2)	101 (87.8)	-0.309	-1.078	0.461	-0.345	-1.099	0.409	0.127	-0.415	0.668
268	5 (27.8)	13 (72.2)	0.285	-0.815	1.384	-0.004	-0.868	0.860	-0.018	-0.696	0.660
269	25 (21.2)	93 (78.8)	0.938	0.050	1.827	0.811	-0.006	1.628	-0.089	-0.745	0.567
270	2 (9.5)	19 (90.5)	-0.106	-1.166	0.955	-0.029	-0.883	0.824	-0.019	-0.697	0.658
271	4 (15.4)	22 (84.6)	0.438	-0.502	1.378	0.257	-0.565	1.080	0.191	-0.449	0.832
272	6 (14.3)	36 (85.7)	0.195	-0.682	1.073	0.217	-0.593	1.027	0.026	-0.582	0.634
273	4 (9.8)	37 (90.2)	0.213	-0.738	1.165	-0.081	-0.915	0.753	-0.048	-0.717	0.620
274	3 (30.0)	7 (70.0)	-0.009	-1.117	1.099	-0.002	-0.867	0.863	-0.007	-0.688	0.675
275	0 (0.0)	10 (100.0)	0.248	-0.729	1.224	0.265	-0.562	1.093	-0.096	-0.755	0.562
276	31 (27.2)	83 (72.8)	0.270	-0.424	0.964	0.008	-0.740	0.756	0.072	-0.495	0.639
277	1 (5.9)	16 (94.1)	-0.019	-1.121	1.084	-0.004	-0.868	0.860	-0.012	-0.692	0.667
278	2 (12.5)	14 (87.5)	-0.139	-1.190	0.913	-0.047	-0.895	0.801	-0.049	-0.719	0.621
280	6 (8.1)	68 (91.9)	-0.157	-0.950	0.636	-0.112	-0.877	0.653	0.043	-0.521	0.606
281	2 (33.3)	4 (66.7)	0.146	-0.899	1.191	0.146	-0.704	0.995	-0.023	-0.700	0.654
282	11 (52.4)	10 (47.6)	-0.014	-1.119	1.092	-0.003	-0.867	0.862	-0.009	-0.690	0.672
283	1 (14.3)	6 (85.7)	-0.022	-1.123	1.080	-0.007	-0.869	0.856	-0.018	-0.696	0.659
284	3 (4.8)	59 (95.2)	-0.113	-1.061	0.835	0.063	-0.756	0.882	0.121	-0.529	0.771
285*											
286	11 (42.3)	15 (57.7)	-0.049	-1.136	1.039	-0.008	-0.870	0.855	0.087	-0.587	0.761
287*	1 (100.0)	0 (0.0)									
288	4 (20.0)	16 (80.0)	-0.058	-1.141	1.025	-0.016	-0.875	0.843	-0.015	-0.694	0.664
292	1 (7.1)	13 (92.9)	-0.015	-1.120	1.089	-0.004	-0.868	0.860	-0.006	-0.688	0.676

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
293	2 (12.5)	14 (87.5)	-0.019	-1.122	1.083	-0.004	-0.868	0.860	-0.020	-0.697	0.657
294*											
295	1 (3.6)	27 (96.4)	-0.301	-1.291	0.690	-0.081	-0.916	0.753	0.186	-0.455	0.827
296	1 (7.1)	13 (92.9)	0.332	-0.581	1.245	0.054	-0.763	0.871	0.047	-0.591	0.684
298	46 (21.5)	168 (78.5)	-0.220	-0.865	0.425	0.161	-0.481	0.804	0.094	-0.399	0.587
299	1 (11.1)	8 (88.9)	0.020	-0.908	0.949	-0.008	-0.810	0.794	0.268	-0.369	0.905
301	17 (28.8)	42 (71.2)	0.352	-0.438	1.141	-0.204	-0.997	0.589	-0.191	-0.797	0.414
302	0 (0.0)	12 (100.0)	-0.014	-1.119	1.091	-0.003	-0.867	0.861	-0.006	-0.688	0.676
303	8 (26.7)	22 (73.3)	-0.026	-1.125	1.073	-0.007	-0.869	0.856	-0.019	-0.697	0.658
304	1 (12.5)	7 (87.5)	-0.102	-1.166	0.962	-0.022	-0.879	0.834	-0.038	-0.711	0.634
305	0 (0.0)	2 (100.0)	-0.002	-1.114	1.109	-0.001	-0.866	0.865	-0.001	-0.685	0.682
306	1 (12.5)	7 (87.5)	-0.088	-1.158	0.983	-0.021	-0.878	0.836	0.048	-0.616	0.713
307	2 (10.5)	17 (89.5)	0.492	-0.404	1.387	-0.136	-0.952	0.681	-0.021	-0.643	0.600
308	46 (26.4)	128 (73.6)	0.306	-0.358	0.971	0.112	-0.617	0.841	-0.088	-0.630	0.455
309	4 (6.9)	54 (93.1)	0.134	-0.790	1.059	-0.078	-0.912	0.757	-0.103	-0.755	0.549
310	4 (22.2)	14 (77.8)	-0.046	-1.135	1.043	-0.008	-0.870	0.854	-0.032	-0.706	0.641
311*											
312	3 (8.1)	34 (91.9)	0.107	-0.920	1.133	-0.036	-0.887	0.816	-0.013	-0.659	0.634
313	0 (0.0)	3 (100.0)	-0.005	-1.115	1.106	-0.001	-0.866	0.864	-0.003	-0.686	0.680

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

\* Aucune donnée pour les raisons suivantes : 311 aucun-e patient-e hospitalisé-e au moment de la mesure ; 287 aucun-e patient-e participant-e ; 138, 140, 141, 211, 285 et 294 aucune donnée n'a été fournie.

\*\* 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 & 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 & 18-21) ; résidus et limites des intervalles de confiance à 95 % au niveau de l'hôpital pour les chutes survenues à l'hôpital (données provenant des figures 12 & 22-25).

## Mentions légales

---

Titre	Chutes et escarres Médecine somatique aiguë Rapport comparatif national mesure 2022
Année	Juillet 2023
Auteur-e-s	Silvia Thomann, PhD, collaboratrice scientifique Ra&D Soins infirmiers, Co-responsabilité (scientifique) du projet Leonie Roos, MScN, collaboratrice de recherche Ra&D Soins infirmiers Joëlle Riedweg, BScN, assistante de recherche Ra&D Soins infirmiers Niklaus Bernet, MScN, collaborateur scientifique Ra&D Soins infirmiers, Co-responsabilité (scientifique) du projet
Groupe de projet BFH	Niklaus Bernet, MScN, collaborateur scientifique Ra&D Soins infirmiers, Co-responsabilité (scientifique) du projet Silvia Thomann, PhD, collaboratrice scientifique Ra&D Soins infirmiers, Co-responsabilité (scientifique) du projet Dr. phil. habil. Dirk Richter, enseignant Ra&D Soins infirmiers Antonia Baumgartner, M.A., collaboratrice scientifique Ra&D Soins infirmiers Leonie Roos, MScN, collaboratrice scientifique Ra&D Soins infirmiers Karin Thomas, MScN, collaboratrice scientifique Ra&D Soins infirmiers Joëlle Riedweg, BScN, assistante de recherche Ra&D Soins infirmiers
Groupe de projet HEdS-FR	Dr. François Mooser, professeur HES associé Stefanie Senn, MScN, maître d'enseignement HES
Groupe de projet SUPSI	Dr. Stefan Kunz, enseignant-chercheur Nunzio de Bitonti, enseignant-chercheur Prof. Dr. Maria Caiata Zufferey, responsable recherche Santé, DEASS Prof. Dr. Carmine Garzia, responsable recherche appliquée, DEASS
Conseil en statistiques	Dr. phil. habil. Dirk Richter, enseignant Ra&D Soins infirmiers

Membres du groupe qualité mesure de prévalence	<p>Anna Bernhard, Responsable du développement des soins, Hôpital municipal Triemli</p> <p>Els De Waele, Coordinatrice de la qualité des soins et de la sécurité des patients, Hôpital du Valais</p> <p>Heidi Friedli-Wüthrich, Responsable du développement des soins, Hôpital Emmental AG</p> <p>Aurélié Glerum, Data-Manager, statisticienne, sécurité patient et qualité clinique, Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais</p> <p>Dieter Gralher, Senior Consultant   Nursing Science Development, Leitung Gruppenbereich   Pflege &amp; Soziales, Luzerner Kantonsspital (LUKS)</p> <p>Sabine Molls, MScN, Leiterin Klinische Praxisentwicklung, Direktion Pflege, Inselgruppe, Bern</p> <p>Mélanie Verdon, Infirmière chargée de recherche et qualité des soins, Direction des Soins, Hôpitaux universitaires de Genève</p>
Mandant représenté par	<p>Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)</p> <p>Daniela Zahnd, collaboratrice scientifique Médecine somatique aiguë, Bureau ANQ</p> <p>Weltpoststrasse 5, 3015 Bern</p> <p>T +41 31 511 38 40, <a href="mailto:info@anq.ch">info@anq.ch</a>, <a href="http://www.anq.ch">www.anq.ch</a></p>
Copyright	<p>Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)</p> <p>Haute école spécialisée bernoise Santé</p> <p>Recherche appliquée et développement soins infirmiers</p> <p>Institut d'analyse nationale de la mesure nationale de la prévalence</p> <p>Murtenstrasse 10, 3008 Berne</p> <p>T +41 31 848 37 60, <a href="mailto:forschung.gesundheit@bfh.ch">forschung.gesundheit@bfh.ch</a>, <a href="http://bfh.ch/sante/fr/recherche-sante">bfh.ch/sante/fr/recherche-sante</a></p>
Adoption	<p>Ce rapport national comparatif 2022 a été validé par le groupe qualité mesure de prévalence.</p>
Mention bibliographique	<p>ANQ, Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, Berne ; Haute école spécialisée bernoise (BFH), Ra&amp;D Soins infirmiers (2023). <i>Chutes et escarres, médecine somatique aiguë adultes. Rapport comparatif national 2022.</i></p>