

# RAPPORT SUCCINCT

## RÉSULTATS DE LA MESURE PILOTE CHUTE ET ESCARRE 2025

Auteurs et auteurs : Silvia Thomann, Karin Thomas, Cécile JeanRichard,  
Niklaus S. Bernet

Version : 1.0

Date : 28 mai 2026



## Table des matières

|   |    |
|---|----|
| Résumé.....   | 3  |
| Liste des abréviations.....   | 4  |
| Glossaire .....   | 5  |
| 1. Introduction.....  | 7  |
| 2. Méthode.....   | 8  |
| 2.1 cadre et échantillon.....   | 8  |
| 2.2 Collecte de données.....  | 8  |
| 2.3 Analyse des données.....  | 8  |
| 3. Résultats.....   | 10 |
| 3.1 Caractéristiques des cas.....   | 10 |
| 3.2 Chutes.....   | 12 |
| 3.3 Escarres nosocomiales .....   | 14 |
| 3.4 Conclusions issues des données Qualité des données.....                         | 16 |
| 3.5 Conclusions issues des données Qualité des données en comparaison.....          | 18 |
| 3.5.1 Comparaison avec les données de la Mesure de la prévalence 2022.....          | 19 |
| 3.5.2 Comparaison avec les données de l'Office fédéral de la statistique (OFS)..... | 22 |
| 3.5.3 Comparaison avec les données issues de publications internationales.....      | 23 |
| 4. Conclusion.....  | 26 |
| 4.1 Objectifs de la mesure pilote.....  | 26 |
| 4.2 Recommandations.....  | 27 |
| Annexe.....   | 29 |
| Bibliographie .....   | 40 |
| Liste des figures.....  | 43 |
| Liste des tableaux.....   | 43 |
| Mentions légales.....   | 45 |

## RÉSUMÉ

Dans le cadre d'une mesure pilote, on a cherché à déterminer si les données issues du système d'informations cliniques (SIC) pouvaient être utilisées pour l'évaluation nationale de la qualité concernant chute et escarre dans les hôpitaux de soins aigus suisses. Cette mesure pilote a pour objectif de vérifier la faisabilité technique et thématique de la nouvelle méthode de mesure et d'analyser de manière descriptive les données générées.

Au total, 62 prestataires de soins (sites hospitaliers) ayant participé volontairement ont fourni des données portant sur 157'794 cas pour une période de trois mois (de février à avril 2025). Parmi ceux-ci, 145'079 cas (91.9 %) ont pu être inclus dans l'analyse. Parmi les cas inclus, 63.0 % présentaient des données complètes. Au niveau des variables individuelles, la part de données complètes se situait entre 81.9 % et 100 %. Les données non évaluables étaient principalement dues à des écarts par rapport au format de données prescrit ainsi qu'à des entrées manquantes. Au niveau des prestataires de soins, une grande hétérogénéité a été observée. La part de cas évaluables se situait entre 0 % et 100 %.

Le taux d'incidence de chute par trimestre s'élevait à 2.7 % et celui par 1'000 jours de soins à 5.7. Le taux d'incidence de chute avec conséquences de chute par trimestre s'élevait à 1.1 % et celui par 1'000 jours de soins à 2.0. Le taux d'incidence par trimestre d' *escarre nosocomiale toutes catégories confondues* s'élevait à 1.3 % et celui pour 1'000 jours de soins à 2.8. Le taux d'incidence par trimestre d' *escarre nosocomiale de catégorie 2 et supérieure* s'élevait à 0.7 % et celui pour 1'000 jours de soins à 1.5. Par rapport à la littérature internationale et aux données issues de la mesure de la prévalence chute et escarre menée en Suisse jusqu'en 2022, ces taux se situent majoritairement dans la fourchette basse.

Au vu des conclusions de cette mesure pilote, il semble recommandé de poursuivre la collecte de données concernant les indicateurs de qualité relatifs chute et escarre sur la base des données du SIC. Les données obtenues étaient pour la plupart évaluables et semblaient plausibles lors d'une étude comparative. Afin d'améliorer la qualité des données, les enseignements tirés de cette mesure pilote devraient être mis à profit pour aider les prestataires de soins de manière encore plus ciblée, tant lors de la préparation de l'exportation des données que lors de leur vérification au moment du téléchargement. Le présent rapport succinct comprend des recommandations à cet effet.

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

|     |  |
|-----|--|
| ANQ | Centre de compétence pour les mesures de la qualité dans les hôpitaux et cliniques |
| BFH | Haute école spécialisée bernoise   |
| OFS | Office fédéral de la statistique   |
| TIQ | Écart interquartile  |
| SIC | Système d'informations clinique  |
| M   | Moyenne  |
| GQ  | Comité de qualité  |
| ET  | Écart-type   |
| MAQ | Mesures d'amélioration de la qualité   |
| FHV | Fédération des hôpitaux vaudois  |

## GLOSSAIRE

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Ajustement au risque           | Procédé statistique dans lequel les facteurs de risque liés aux patients sont pris en compte lors de la comparaison entre différents prestataires de soins  |
| Cas                            | Un cas, correspondant à une hospitalisation (de l'admission à la sortie) d'une patiente ou d'un patient, inclus dans la mesure pilote conformément aux critères d'inclusion et d'exclusion du manuel de mesure V 1.3. Étant donné qu'un patient pouvait en principe présenter plusieurs hospitalisations au cours de la période d'observation (hospitalisations multiples), le terme « cas » est utilisé dans le présent rapport à la place de « patient ».   |
| Codage binaire                 | Données n'existant que sous deux formes (p. ex. 0/1, homme/femme) ou qui, après recodage, ne peuvent plus présenter que deux formes (p. ex. escarre oui/non)  |
| Codes CHOP                     | Codage des procédures médicales dans les hôpitaux suisses   |
| Codes de diagnostic            | Le terme « codes de diagnostic » désigne les codes de diagnostic CIM-10, qui font partie de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM), l'abréviation anglaise ICD correspondant à la désignation anglaise International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Les codes de diagnostic sont classés en différents groupes de diagnostics.<br>Vous trouverez de plus amples informations à l'adresse suivante :<br><a href="https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/nomenclatures/medkk/instruments-codage-medical.html">https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/nomenclatures/medkk/instruments-codage-medical.html</a> |
| Ecart                          | L'écart est une <u>mesure de variation</u> qui décrit la différence entre le score le plus bas et le score le plus élevé dans un ensemble de nombres (un <u>ensemble de données</u> ).  |
| Écart interquartile (TIQ)      | Mesure statistique de dispersion indiquant l'étendue des 50 % centraux d'un ensemble de données OFS   |
| Écart-type (ET)                | Mesure de l'écart des valeurs par rapport à leur moyenne  |
| Intervalle de confiance à 95 % | Intervalle de valeurs calculé en statistique, qui englobe la moyenne réelle d'une population avec une probabilité de 95 %   |
| Jours de soins                 | Somme des jours pendant lesquels un certain nombre de personnes ont été soignées ou prises en charge dans un établissement (de l'admission à la sortie)   |
| Médiane                        | Valeur moyenne d'une série de données classées par ordre de grandeur  |
| Moyenne (M)                    | Moyenne (somme de toutes les valeurs divisée par leur nombre)   |
| Nosocomial                     | Apparu/Contracté pendant le séjour hospitalier  |
| Population                     | Échantillon (partie de la population totale qui est examinée)   |
| Prestataires de soins          | Hôpitaux ou cliniques, respectivement leurs sites dans le cas des groupes hospitaliers  |
| Prévalence                     | Mesure de la fréquence d'une maladie ou d'un symptôme au sein d'une population à un moment donné  |

|                  |   |
|------------------|---|
| StuDek           | Plateforme de la société w hoch 2 GmbH pour le téléchargement des données et la présentation des résultats au niveau des prestataires de soins de cette mesure pilote |
| Suffixe          | Code (par exemple un chiffre ou une lettre) ajouté à une donnée (par exemple une entrée relative à une escarre) à des fins de différenciation                         |
| SwissDRG         | Système tarifaire pour l'indemnisation des prestations hospitalières somatiques aiguës stationnaires ainsi que des prestations dans les maisons de naissance          |
| Taux d'incidence | Mesure de la part de nouveaux cas de maladie (escarres nosocomiales, chutes à l'hôpital) apparus au cours d'une période donnée  |
| Trimestre        | Période de trois mois   |

## 1. INTRODUCTION

Depuis 2011, l'ANQ réalise l'évaluation de la qualité relative chute et escarre dans le domaine des soins aigus des hôpitaux et cliniques suisses. Jusqu'en 2022, la méthode « International Prevalence Measurement of Care Problems » (LPZ International) de l'université de Maastricht, aux Pays-Bas (Bours et al., 1999; Van Nie et al., 2013), était utilisée pour la collecte de données. À partir de 2023, l'ANQ a décidé d'investir, en collaboration avec la Haute école spécialisée bernoise (BFH), dans le développement d'une mesure de la qualité chute et escarre basée sur des données (cliniques) de routine ([lien site ANQ](#)). Ce développement (ou évolution) s'appuie sur le projet de recherche Vis(q)ual Data de la BFH (Bernet et al., 2022), cofinancé par l'ANQ. La nouvelle méthode de mesure se caractérise par le fait qu'aucune collecte de données au sens classique du terme n'est effectuée, mais que les données cliniques de routine, qui sont saisies de manière standardisée au cours du processus de traitement et documentées dans le système d'information clinique (SIC), sont réutilisées pour la mesure chute et escarre dans les hôpitaux. Au terme d'un processus de développement en plusieurs étapes, la nouvelle méthode de mesure a pu faire l'objet d'un projet pilote à l'échelle nationale en 2025. La société w hoch 2 GmbH a été mandatée par l'ANQ pour ce projet pilote ainsi que pour la future mise en œuvre technique de la mesure.

L'objectif de la mesure pilote était de vérifier la faisabilité technique et thématique de cette nouvelle méthode. Les objectifs suivants ont été abordés :

- Identifier les conclusions sur l'adéquation du manuel de mesure pour la mise en application de la mesure dans les hôpitaux/cliniques et des potentiels d'amélioration
- Identifier les conclusions sur l'adéquation entre les processus en relation avec la solution technique et l'interface hôpital/clinique - w hoch 2 GmbH et des potentiels d'amélioration
- Évaluation descriptive des données au niveau des établissements et au niveau national

Le présent rapport succinct décrit les résultats descriptifs au niveau national et les principales conclusions tirées de la mesure pilote nationale 2025.

## 2. MÉTHODE

### 2.1 CADRE ET ÉCHANTILLON

Tous les prestataires soumis au Plan de mesure somatique aiguë de l'ANQ pouvaient participer volontairement à la mesure pilote. Pour les prestataires de soins disposant de plusieurs sites, chaque site répondant aux critères d'inclusion a été pris en compte séparément. Concernant les patients (ci-après désignés par « cas »), tous les cas hospitalisés sortis de l'hôpital pendant la période d'observation définie ont été inclus. La définition de « tarifaires suisse » ([lien](#)) a été appliquée dans ce contexte. Ont été exclus tous les cas non facturés selon le Swiss-DRG (notamment la psychiatrie, certains domaines de la réadaptation) ainsi que la pédiatrie (y compris les services pédiatriques).

### 2.2 COLLECTE DE DONNÉES

La période d'observation s'étendait du 1<sup>er</sup> février 2025, 0 h 00 au 30 avril 2025, 23 h 59. Pour tous les patientes et patients ayant quitté l'hôpital au cours de cette période, il a fallu exporter les informations décrites au chapitre 4.2 du manuel de mesure à partir du dossier patient électronique et les télécharger sur la plateforme StuDek de w hoch 2 GmbH. Les informations relatives aux résultats (chute à l'hôpital, chute à l'hôpital avec conséquences de chute, escarre nosocomiale) devaient être exportées depuis le SIC (dossier électronique médical et infirmier). Pour les autres données, d'autres sources de données pouvaient également être utilisées en fonction du système (par exemple, le système administratif ou de facturation). Aucun regroupement de cas n'a été effectué. Cela signifie que chaque hospitalisation ayant pris fin pendant la période d'observation devait être exportée séparément, qu'il s'agisse ou non d'une réadmission selon SwissDRG. Les définitions des résultats utilisées dans la mesure pilote de 2025 figurent en annexe sous « Définitions des résultats ».

### 2.3 ANALYSE DES DONNÉES

Les données issues de la mesure pilote de 2025 ont fait l'objet d'une analyse descriptive. Pour l'élaboration du présent rapport succinct, tous les cas apparus au cours de la période d'observation ont été pris en compte. Tous les cas figurant dans le jeu de données brutes et ne répondant pas aux critères d'inclusion et d'exclusion de la collecte de données ont été exclus de l'analyse. Cela concernait tous les cas du type d'hôpital K233 (pédiatrie), les cas présentant des dates d'admission et de sortie identiques (cas non hospitaliers), les cas de personnes âgées de moins de 18 ans ainsi que tous les cas pour lesquels le type d'entrée indiqué était « accouchement ».

Lors du traitement des données, les entrées ne respectant pas le format prescrit ont été classées comme valeurs manquantes. Les valeurs potentiellement peu plausibles, mais respectant le format prescrit, ont été conservées telles quelles.

Plusieurs données devaient être transmises au format date (par exemple, chaque événement de chute devait être exporté en fonction de la date de la chute). Chaque entrée de date a été vérifiée afin de s'assurer qu'elle se situait entre les dates d'admission et de sortie. Si l'entrée de date se situait en dehors de cette plage, elle a été remplacée par 0/aucun événement et prise en compte comme valeur valide dans l'analyse des données.

Pour plusieurs variables (par exemple les codes de diagnostic), les informations devaient être exportées sous forme de liste séparée par des virgules. Dans le cadre de l'apurement des données, ces listes ont été réparties afin de convertir les informations en variables binaires ou de somme (par exemple, le nombre de diagnostics dans le groupe de diagnostics I « Maladies de l'appareil circulatoire »). Les listes séparées par des virgules ne contenant que des valeurs manquantes ont également donné lieu à une valeur manquante dans les variables binaires ou de somme nouvellement générées. Si une liste contenait à la fois des valeurs valides et des valeurs manquantes, les valeurs manquantes ont été ignorées lors de la génération des variables binaires ou de somme. Pour la génération des variables de résultat relatives à l'escarre nosocomiale, les résultats ont en outre dû être calculés sur plusieurs variables binaires ou de somme. La même logique a été appliquée : en cas de présence simultanée de valeurs valides et manquantes, seules les valeurs valides ont été prises en compte. Le document « Exemple de formation d'une variable de résultat » figurant en annexe illustre cette étape du traitement des données en détail.

## 3. RÉSULTATS

### 3.1 CARACTÉRISTIQUES DES CAS

62 établissements hospitaliers ont participé à la mesure pilote. Ceux-ci ont transmis les données relatives à 157'794 patientes et patients, soit des cas ayant quitté l'hôpital au cours de la période d'observation définie. Après application des critères d'inclusion et d'exclusion, 145'079 cas (91.9 %) ont été retenus dans l'ensemble de données pour l'analyse descriptive. Les caractéristiques des cas concernés sont présentées dans le Tableau 1.

| VARIABLE  | n CAS ÉVALUABLES | M (ET)      | MÉDIANE (TIQ) | MIN. – MAX. |
|---|------------------|-------------|---------------|-------------|
| Âge lors de l'admission (en années)                                       | 145079           | 62.5 (19.9) | 66 (47-79)    | 18-125      |
| Durée du séjour (en jours)  | 145077           | 6.1 (13.6)  | 3 (2-7)       | 1-1477      |
| Code diagnostic (nombre)  | 118758           | 7.3 (9.2)   | 5 (2-10)      | 1-1406      |
| Interventions chirurgicales pendant l'hospitalisation (nombre)            | 121950           | 0.6 (0.7)   | 1 (0-1)       | 0-43        |
|   | n CAS ÉVALUABLES | n           | %             | IC 95 %     |
| Sexe (féminin)  | 145078           | 74307       | 51.2          | 51.0-51.5   |
| Cas avec au moins une intervention chirurgicale pendant l'hospitalisation | 121950           | 62691       | 51.4          | 51.1-51.7   |
| Séjour avant l'admission:   | 144968           |             |               |             |
| Domicile  |                  | 124588      | 85.9          | 85.8-86.1   |
| Autre hôpital (soins aigus) ou maison de naissance                        |                  | 7234        | 5.0           | 4.9-5.1     |
| Division /clinique de soins aigus, même établissement                     |                  | 2567        | 1.8           | 1.7-1.8     |
| Inconnu   |                  | 2359        | 1.6           | 1.6-1.7     |
| Etablissement de santé non hospitalier médicalisé                         |                  | 1843        | 1.3           | 1.2-1.3     |
| Etablissement de santé non hospitalier non médicalisé                     |                  | 1646        | 1.1           | 1.1-1.2     |
| Domicile avec soins à domicile  |                  | 1511        | 1.0           | 1.0-1.1     |
| Autre   |                  | 1371        | 1.0           | 0.9-1.0     |
| Clinique de réadaptation, autre établissement                             |                  | 675         | 0.5           | 0.4-0.5     |
| Division/clinique de réadaptation, même établissement                     |                  | 532         | 0.4           | 0.3-0.4     |

|   |        |       |      |           |
|---|--------|-------|------|-----------|
| Clinique psychiatrique, autre établissement   |        | 364   | 0.3  | 0.2-0.3   |
| Institution d'exécution des peines  |        | 195   | 0.1  | 0.1-0.2   |
| Division/clinique psychiatrique, même établissement   |        | 83    | 0.1  | 0.1-0.1   |
| Mode d'admission:   | 144996 |       |      |           |
| Urgence (nécessité d'un traitement dans les 12 heures)  |        | 74234 | 51.2 | 50.9-51.5 |
| Annoncée, planifiée   |        | 63457 | 43.8 | 43.5-44.0 |
| Transfert dans les 24 h   |        | 3049  | 2.1  | 2.0-2.2   |
| Transfert interne   |        | 2379  | 1.6  | 1.6-1.7   |
| Inconnu   |        | 1248  | 0.9  | 0.8-0.9   |
| Autre   |        | 308   | 0.2  | 0.2-0.2   |
| Réhospitalisation   |        | 253   | 0.2  | 0.2-0.2   |
| Rapatriement  |        | 68    | 0.1  | 0.0 - 0.1 |
| Naissance (enfant né lors de ce séjour stationnaire et dans cette clinique)   |        | -     | -    | -         |
| Cas avec au moins 1 code de diagnostic en...  | 118758 |       |      |           |
| Groupe de diagnostics I : Maladies de l'appareil circulatoire   |        | 56710 | 47.8 | 47.5-48.0 |
| Groupe de diagnostics E : Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques  |        | 48996 | 41.3 | 41.0-41.5 |
| Groupe de diagnostics Z : Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé                    |        | 47452 | 40.0 | 39.7-40.2 |
| Groupe de diagnostics N : Maladies de l'appareil génito-urinaire  |        | 32032 | 27.0 | 26.7-27.2 |
| Groupe de diagnostics R : Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs |        | 30748 | 25.9 | 25.6-26.1 |
| Groupe de diagnostics ST : Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes          |        | 26933 | 22.7 | 22.4-22.9 |
| Groupe de diagnostics M : Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif                           |        | 26630 | 22.4 | 22.2-22.7 |
| Groupe de diagnostics K : Maladies de l'appareil digestif   |        | 26296 | 22.1 | 21.9-22.4 |
| Groupe de diagnostics VWXY : Causes externes de morbidité et de mortalité   |        | 26242 | 22.1 | 21.9-22.3 |

|   |  |       |      |           |
|---|--|-------|------|-----------|
| Groupe de diagnostics U : Codes d'utilisation particulière  |  | 24860 | 20.9 | 20.7-21.2 |
| Groupe de diagnostics J : Maladies de l'appareil respiratoire   |  | 24600 | 20.7 | 20.5-21.0 |
| Groupe de diagnostics F : Troubles mentaux et du comportement   |  | 21858 | 18.4 | 18.2-18.6 |
| Groupe de diagnostics G : Maladies du système nerveux   |  | 21288 | 17.9 | 17.7-18.1 |
| Groupe de diagnostics CD : Tumeurs  |  | 18714 | 15.8 | 15.6-16.0 |
| Groupe de diagnostics AB : Certaines maladies infectieuses et parasitaires  |  | 17786 | 15.0 | 14.8-15.2 |
| Groupe de diagnostics D : Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire  |  | 16114 | 13.6 | 13.4-13.8 |
| Groupe de diagnostics O : Grossesse, accouchement et puerpéralité   |  | 8552  | 7.2  | 7.1-7.4   |
| Groupe de diagnostics L : Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané  |  | 6888  | 5.8  | 5.7-5.9   |
| Groupe de diagnostics H : Maladies de l'œil et de ses annexes   |  | 4775  | 4.0  | 3.9-4.1   |
| Groupe de diagnostics H2 : Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde  |  | 2383  | 2.0  | 1.9-2.1   |
| Groupe de diagnostics Q : Malformations congénitales et anomalies chromosomiques  |  | 1719  | 1.5  | 1.4-1.5   |
| Groupe de diagnostics P : Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale   |  | 74    | 0.1  | 0.1-0.1   |
| Légende : n = nombre ; M = moyenne ; ET = écart-type ; TIQ = écart interquartile ; min. = minimum ; max. = maximum ; % = pourcentage ; IC 95 % : IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % ; - = non applicable (tous les cas ayant choisi cette option de réponse ont été exclus) |  |       |      |           |

Tableau 1 : Caractéristiques des cas

### 3.2 CHUTES

Le taux d'incidence par trimestre d'une chute à l'hôpital s'élevait à 2.7 %, celui d'une chute avec conséquences de chute à 1.1 % (Tableau 2). Cela signifie qu'environ trois cas sur 100 sont concernés par au moins un événement de chute au cours du séjour hospitalier et qu'un peu plus d'un cas sur 100 est concerné par une chute avec conséquences de chute.

| VARIABLE  | n CAS ÉVALUABLES | n CAS AVEC CHUTE/<br>CHUTE AVEC<br>CONSÉQUENCES<br>DE CHUTE | TAUX<br>D'INCIDENCE<br>PAR TRIMESTRE | IC 95 % |
|---|------------------|---|--------------------------------------|---------|
| Chute à l'hôpital                               | 129836           | 3532  | 2.7                                  | 2.6-2.8 |
| Chute à l'hôpital avec<br>conséquences de chute | 133323           | 1444  | 1.1                                  | 1.0-1.1 |

Légende : n = nombre ; IC 95 % = intervalle de confiance à 95 %

Tableau 2 : Taux d'incidence par trimestre de chutes à l'hôpital et de chute à l'hôpital avec conséquences de chute

Le taux d'incidence de chute pour 1'000 jours de soins était de 5.7 et celui de chutes avec conséquences de chute de 2.0 (Tableau 3). Cela signifie que, pour 1'000 jours de soins, on a enregistré près de 6 chutes et 2 chutes avec conséquences de chute.

| VARIABLE  | n CAS ÉVALUABLES | n CHUTE/<br>CHUTE AVEC<br>CONSÉQUENCES<br>DE CHUTE | n JOURS DE<br>SOINS | TAUX<br>D'INCIDENCE<br>POUR<br>1'000 JOURS DE<br>SOINS | IC 95 % |
|---|------------------|--|---------------------|--|---------|
| Chute à l'hôpital                               | 129834           | 4581   | 809841              | 5.7  | 5.5-5.8 |
| Chute à l'hôpital avec<br>conséquences de chute | 133321           | 1634   | 819253              | 2.0  | 1.9-2.1 |

Légende : n = nombre ; IC 95 % = intervalle de confiance à 95 %

Tableau 3 : Taux d'incidence pour 1'000 jours de soins des chutes à l'hôpital et des chutes à l'hôpital avec conséquences de chute

Dans les cas comportant au moins une chute, le nombre d'événements de chute par cas variait entre un et quinze. La grande majorité de ces cas (81,4 %) a présenté un seul événement de chute au cours du séjour à l'hôpital. Les événements de chute multiples étaient nettement moins fréquents (Tableau 4). Dans les cas comportant au moins une chute avec conséquences de chute, le nombre d'événements de chute avec conséquences de chute par cas variait entre un et six. Par rapport à une chute unique avec conséquences de chute (89,5 %), les cas comportant des chutes multiples étaient nettement plus rares (Tableau 4).

| NOMBRE DE CHUTES PAR CAS                               | n    | %    | IC 95 %   |
|--|------|------|-----------|
| Nombre de cas avec au moins 1 chute à l'hôpital = 3532 |      |      |           |
| Cas avec 1 chute à l'hôpital                           | 2876 | 81.4 | 80.1-82.7 |
| Cas avec 2 chutes à l'hôpital                          | 453  | 12.8 | 11.7-14.0 |
| Cas avec 3 chutes à l'hôpital                          | 127  | 3.6  | 3.0-4.3   |

|  |      |      |           |
|--|------|------|-----------|
| Cas avec 4 chutes à l'hôpital  | 38   | 1.1  | 0.8-1.5   |
| Cas avec 5 chutes à l'hôpital  | 16   | 0.5  | 0.3-0.7   |
| Cas avec 6 chutes à l'hôpital  | 8    | 0.2  | 0.1-0.4   |
| Cas avec 7 chutes à l'hôpital  | 1    | 0.0  | 0.0 - 0.2 |
| Cas avec 8 chutes à l'hôpital  | 4    | 0.1  | 0.0-0.3   |
| Cas avec 9 chutes à l'hôpital  | 2    | 0.1  | 0.0 - 0.2 |
| Cas avec 10 chutes à l'hôpital   | 3    | 0.1  | 0.0 - 0.2 |
| Cas avec 11 chutes à l'hôpital   | 1    | 0.0  | 0.0 - 0.2 |
| Cas avec 12 chutes à l'hôpital   | 1    | 0.0  | 0.0 - 0.2 |
| Cas avec 13 chutes à l'hôpital   | 1    | 0.0  | 0.0 - 0.2 |
| Cas avec 14 chutes à l'hôpital   | -    | -    | -         |
| Cas avec 15 chutes à l'hôpital   | 1    | 0.0  | 0.0 - 0.2 |
| <b>NOMBRE DE CHUTES AVEC CONSÉQUENCES DE CHUTE PAR CAS</b>   |      |      |           |
| Nombre de cas avec au moins 1 chute à l'hôpital avec conséquences de chute = 1444  |      |      |           |
| Cas avec 1 chute à l'hôpital avec conséquences de chute  | 1293 | 89.5 | 87.8-91.1 |
| Cas avec 2 chutes à l'hôpital avec conséquences de chute   | 122  | 8.4  | 7.1-10.0  |
| Cas avec 3 chutes à l'hôpital avec conséquences de chute   | 23   | 1.6  | 1.0-2.4   |
| Cas avec 4 chutes à l'hôpital avec conséquences de chutes  | 3    | 0.2  | 0.0-0.6   |
| Cas avec 5 chutes à l'hôpital avec conséquences de chutes  | 2    | 0.1  | 0.0-0.5   |
| Cas avec 6 chutes à l'hôpital avec conséquences de chutes  | 1    | 0.1  | 0.0-0.4   |
| <i>Légende : n = nombre ; % = pourcentage ; IC 95 % = intervalle de confiance à 95 % ; - = non applicable (aucun cas présentant cette caractéristique)</i> |      |      |           |

Tableau 4 : Distribution du nombre de chutes à l'hôpital et des chutes à l'hôpital avec conséquences de chute

### 3.3 ESCARRES NOSOCOMIALES

Le taux d'incidence par trimestre des escarres nosocomiales toutes catégories confondues s'élevait à 1.3 % et celui des escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieure à 0.7 % (Tableau 5). Cela signifie qu'un peu plus d'un cas sur 100 a manifesté une escarre nosocomiale

au cours de son séjour à l'hôpital et qu'un peu plus d'un cas sur 200 a manifesté une escarre nosocomiale de catégorie 2 ou supérieure.

| VARIABLE                                   | n CAS ÉVALUABLES | n CAS AVEC ESCARRES NOSOCOMIALES | TAUX D'INCIDENCE PAR TRIMESTRE | IC 95 % |
|--|------------------|----------------------------------|--------------------------------|---------|
| Escarres nosocomiales de toutes catégories | 138459           | 1858                             | 1.3                            | 1.3-1.4 |
| Escarres nosocomiales ≥ catégorie 2        | 138401           | 1019                             | 0.7                            | 0.7-0.8 |

Légende : *n* = nombre ; IC 95 % = intervalle de confiance à 95 %

Tableau 5 : Taux d'incidence par trimestre des escarres nosocomiales toutes catégories confondues, ainsi que celles de catégorie 2 et supérieure

Le taux d'incidence des escarres nosocomiales pour 1'000 jours de soins était de 2.8, et celui des escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieure de 1.5 (Tableau 6). Cela signifie que, pour 1'000 jours de soins, on a recensé près de trois escarres nosocomiales, soit 1.5 escarre nosocomiale de catégorie 2 et supérieure.

| VARIABLE                                   | n CAS ÉVALUABLES | n ESCARRES NOSOCOMIALES | n JOURS DE SOINS | TAUX D'INCIDENCE POUR 1'000 JOURS DE SOINS | IC 95 % |
|--|------------------|-------------------------|------------------|--|---------|
| Escarres nosocomiales de toutes catégories | 138457           | 2400                    | 849759           | 2.8  | 2.7-2.9 |
| Escarres nosocomiales ≥ catégorie 2        | 138399           | 1238                    | 848948           | 1.5  | 1.4-1.5 |

Légende: *n* = nombre ; IC 95 % = intervalle de confiance à 95 %

Tableau 6 : Taux d'incidence pour 1'000 jours de soins pour les escarres nosocomiales toutes catégories confondues, ainsi que celles de catégorie 2 et supérieure

Dans les cas présentant au moins une escarre nosocomiale, toutes catégories confondues, leur nombre par cas variait entre un et neuf. La majorité des cas (79.1 %) présentait une seule escarre nosocomiale. La présence de plusieurs escarres nosocomiales chez un même cas était nettement plus rare (Tableau 7). Dans les cas présentant au moins une escarre nosocomiale de catégorie 2 ou supérieure, leur nombre par cas variait entre un et cinq. La majorité des cas (83.4 %) présentaient une seule escarre nosocomiale de catégorie 2 ou supérieure (Tableau 7).

| <b>NOMBRE D'ESCARRES NOSOCOMIALES TOUTES CATÉGORIES CONFONDUES PAR CAS</b>           | <b>n</b> | <b>%</b> | <b>IC 95 %</b> |
|--|----------|----------|----------------|
| <b>Nombre de cas avec au moins 1 escarre nosocomiale de toutes catégories = 1858</b> |          |          |                |
| Cas avec 1 escarre nosocomiale   | 1470     | 79.1     | 77.2-80.9      |
| Cas avec 2 escarres nosocomiales   | 288      | 15.5     | 13.9-17.2      |
| Cas avec 3 escarres nosocomiales   | 69       | 3.7      | 2.9-4.7        |
| Cas avec 4 escarres nosocomiales   | 21       | 1.1      | 0.7-1.7        |
| Cas avec 5 escarres nosocomiales   | 4        | 0.2      | 0.1-0.6        |
| Cas avec 6 escarres nosocomiales   | 2        | 0.1      | 0.0-0.4        |
| Cas avec 7 escarres nosocomiales   | 2        | 0.1      | 0.0-0.4        |
| Cas avec 8 escarres nosocomiales   | 1        | 0.1      | 0.0-0.3        |
| Cas avec 9 escarres nosocomiales   | 1        | 0.1      | 0.0-0.3        |
| <b>NOMBRE D'ESCARRES NOSOCOMIALES DE CATÉGORIE 2 ET SUPÉRIEURES PAR CAS</b>          |          |          |                |
| <b>Nombre de cas avec au moins 1 escarre nosocomiale ≥ catégorie 2 = 1019</b>        |          |          |                |
| Cas avec 1 escarre nos. (≥ cat. 2)   | 850      | 83.4     | 81.0-85.6      |
| Cas avec 2 escarres nos. (≥ cat. 2)  | 133      | 13.1     | 11.0-15.3      |
| Cas avec 3 escarres nos. (≥ cat. 2)  | 26       | 2.6      | 1.7-3.7        |
| Cas avec 4 escarres nos. (≥ cat. 2)  | 6        | 0.6      | 0.2-1.3        |
| Cas avec 5 escarres nos. (≥ cat. 2)  | 4        | 0.4      | 0.1-1.0        |
| Légende : n = nombre ; % = pourcentage ; IC 95 % = intervalle de confiance à 95 %    |          |          |                |

Tableau 7 : Distribution du nombre des escarres nosocomiales toutes catégories confondues, ainsi que celles de catégorie 2 et supérieure

### 3.4 CONCLUSIONS ISSUES DES DONNÉES QUALITÉ DES DONNÉES

L'analyse de l'ensemble des cas a montré que, dans 63.0 % des cas, toutes les variables comportaient des données évaluables (cf. Tableau 8). Pour les 37.0 % de cas restants, au moins une variable comportait une donnée non évaluable. Au niveau des variables individuelles, la part de cas évaluables variait de 100 % à 81.9 % ou 80.9 %, si l'on tient également compte des variables facultatives relatives aux escarres avant l'admission (cf. annexe « Proportion des cas (non) évaluables par variable »). Au niveau des prestataires de soins, une grande hétérogénéité a été observée. À ce niveau, la part de cas évaluables se situait entre 0 % et 100 %.

| n CAS TOTAL                           | n CAS PRÉSENTANT DES DONNÉES NON ÉVALUABLES DANS AU MOINS UNE VARIABLE | % DE CAS PRÉSENTANT DES DONNÉES NON ÉVALUABLES DANS AU MOINS UNE VARIABLE | n CAS PRÉSENTANT DES DONNÉES ÉVALUABLES DANS TOUTES LES VARIABLES | % DE CAS PRÉSENTANT DES DONNÉES ÉVALUABLES DANS TOUTES LES VARIABLES | PAR PRESTATAIRE DE SOINS % DE CAS PRÉSENTANT DES DONNÉES ÉVALUABLES DANS TOUTES LES VARIABLES : MIN.- MAX. (FOURCHETTE) |
|---------------------------------------|--|---|---|--|---|
| 145079                                | 53659  | 37.0  | 91420   | 63.0   | 0.0-100.0 (100.0)   |
| Légende : n = nombre; % = pourcentage |  |   |   |  |   |

Tableau 8 : Cas présentant des données évaluables et non évaluables dans toutes les variables

Une entrée n'était pas évaluable soit parce qu'il n'y avait pas de donnée (champ vide, ce que l'on appelle des « réponses manquantes »), soit parce que l'entrée ne respectait pas le format prescrit. Les types d'écarts par rapport au format prescrit étaient variés. L'annexe « Conclusions issues des données Qualité des données en détail » décrit ces conclusions en détail. De plus, la version 1.3 du manuel de mesure ne précisait pas comment déclarer les données non exportables et la non-fourniture de données facultatives lors de l'exportation des données. Par conséquent, sur la base des informations disponibles, il n'est pas possible de déterminer avec précision quelle part des données non évaluables correspond à des données manquantes, à des formats de données erronés, à des données non exportables pour des raisons techniques ou à des données délibérément non fournies dû au caractère facultatif de la transmission. La part relativement élevée d'entrées manquantes (« réponses manquantes ») pour les variables relatives aux escarres apparues avant l'admission (cf. Tableau 10 en annexe) pourrait indiquer que certains hôpitaux ont systématiquement renoncé à exporter les informations relatives aux variables facultatives.

Aucune correction n'a été apportée aux données. Dans le cadre de la mesure pilote, un examen approfondi des données collectées a toutefois été effectué, ce qui a permis d'identifier systématiquement les entrées problématiques et non évaluables. Sur cette base, il aurait théoriquement été possible, dans le cadre de la mesure pilote, d'apurer ou d'ajuster manuellement ces entrées (par exemple, suppression des espaces, ajustement des caractères de liste). Nous avons toutefois délibérément renoncé à une telle démarche. En raison de l'effort que cela requiert et de l'impossibilité de mener une analyse tout aussi approfondie, il n'est pas réaliste de mettre en œuvre des corrections individuelles au cas par cas dans le cadre d'un fonctionnement de routine ultérieur. Une approche qui n'est possible que dans des conditions pilotes ne semble donc pas pertinente pour une mise en œuvre durable de la mesure en routine. Pour le passage de la mesure à l'exploitation courante, il est au contraire nécessaire d'améliorer dès le départ la qualité des données fournies par les prestataires de soins. Les enseignements tirés dans le cadre de la mesure pilote constituent à cet égard une base importante. De plus, toute correction manuelle suppose implicitement que les données saisies sont correctes. De telles hypothèses peuvent être potentiellement erronées et entraîner des distorsions des résultats. Ainsi, l'entrée « ZÉRO » pourrait par exemple signifier non seulement « NA », mais aussi

qu'aucune information correspondante n'est disponible. C'est pourquoi toutes les données qui n'auraient pu être apurées et incluses dans l'évaluation que sur la base d'une interprétation ont été systématiquement exclues des analyses correspondantes.

L'analyse des données évaluables a mis en évidence les particularités suivantes :

- Certains cas présentaient des doublons dans les données, qui pouvaient être à la fois plausibles et non plausibles (par exemple, plusieurs fois le même code de diagnostic par cas, plusieurs interventions chirurgicales à la même date et à la même heure, plusieurs événements de chute à la même date et à la même heure). Le nombre maximal très élevé de codes de diagnostic, soit 1406 (cf. Tableau 1), s'explique par des entrées multiples pour la variable « code de diagnostic »
- Dans les entrées relatives aux escarres nosocomiales, le suffixe permettant d'identifier de manière univoque une escarre spécifique faisait parfois défaut. Dans 122 cas, le même suffixe a été utilisé à plusieurs reprises
- Pour la génération des variables de résultat relatives aux escarres nosocomiales, une valeur a été calculée pour l'ensemble des catégories, respectivement pour celles de la catégorie 2 et supérieures (cf. chapitre 2.3). Dans 2 % des cas, outre les valeurs valides, des valeurs manquantes (« Missings ») étaient présentes dans l'ensemble des catégories. Ces valeurs manquantes ont été ignorées lors de la génération des variables de résultat
- Pour au moins un groupe hospitalier, certains éléments indiquent que, pour chaque site, toutes les données de l'ensemble du groupe d'hôpital ont été téléchargées (cas identiques sur différents sites)
- Les résultats descriptifs au niveau des prestataires de soins diffèrent parfois considérablement. Les différences observées devraient comporter à la fois des parts plausibles et non plausibles. Ces dernières sont probablement dues en grande partie à des incohérences dans l'exportation des données

Des explications plus détaillées concernant les particularités décrites dans l'aperçu figurent dans l'annexe « Conclusions issues des données Qualité des données en détail ».

### 3.5 CONCLUSIONS ISSUES DES DONNÉES QUALITÉ DES DONNÉES EN COMPARAISON

La qualité des données est évaluée ci-après par rapport aux données issues du rapport de la mesure nationale de la prévalence des chutes et escarres 2022, aux données de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et à la littérature internationale.

### 3.5.1 Comparaison avec les données de la Mesure de la prévalence 2022

#### CARACTÉRISTIQUES DES CAS

Si l'on compare les caractéristiques des cas issus de la mesure pilote 2025 avec les données de la mesure de la prévalence 2022 (Thomann et al., 2023), on constate que la répartition par sexe est similaire (part sexe féminin : mesure pilote 51.2 % ; mesure de la prévalence 49.1 %). Des différences apparaissent lorsque l'on compare la part de cas ayant subi une intervention chirurgicale (mesure pilote 51.4 % ; mesure de la prévalence 42.0 %) et l'âge des cas (mesure pilote : moyenne 62.5 et médiane 66 ; mesure de la prévalence : moyenne 68.5 et médiane 72.0). Ces différences pourraient s'expliquer par le fait que, lors de la mesure de la prévalence, l'ensemble des patientes et des patients qui ne se trouvaient pas dans le service au moment de la mesure (par exemple parce qu'ils étaient au bloc opératoire) ont été exclus. Par ailleurs, la mesure pilote incluait tous les cas hospitalisés, tandis que la mesure de la prévalence excluait respectivement l'unité d'obstétrique et la salle de réveil. Cela pourrait constituer une autre explication de ces différences.

Des disparités isolées apparaissent également au niveau des groupes de diagnostics CIM-10 ; toutefois, pour la majorité des groupes de diagnostics, les parts sont similaires. Tant dans la mesure pilote que dans la mesure de la prévalence, une grande partie des cas présentait au moins un diagnostic dans le groupe de diagnostics I « Maladies de l'appareil circulatoire » (mesure pilote 47.8 %, mesure de la prévalence 56.8 %). Les diagnostics des groupes E « Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques » (mesure pilote 41.3 % ; mesure de la prévalence 36,2 %) et N « Maladies de l'appareil génito-urinaire » (mesure pilote 27.0 % ; mesure de la prévalence 32.3 %) étaient également fréquents dans les deux populations. Des différences plus marquées apparaissent dans les groupes de diagnostics Z « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (mesure pilote 40.0 % ; mesure de la prévalence 6.7 %), R « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs » (mesure pilote 25.9 % ; mesure de la prévalence 8.0 %), ST « Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes » (mesure pilote 22.7 % ; mesure de la prévalence 8.0 %), VWXY « Causes externes de morbidité et de mortalité » (mesure pilote 22.1 % ; mesure de la prévalence 1.7 %) et O « Grossesse, accouchement et puerpéralité » (mesure pilote 7.2 % ; mesure de la prévalence 0.8 %). Dans l'ensemble, les cas recensés lors de la mesure pilote présentaient une plus grande diversité de groupes de diagnostics que ceux de la mesure de la prévalence de 2022. Alors que la part plus élevée de cas présentant un diagnostic dans le groupe de diagnostics O « Grossesse, accouchement et puerpéralité » s'explique probablement par l'inclusion du domaine hospitalier « post-partum/maternité », on ne peut émettre que des hypothèses quant aux autres différences. Des explications possibles résident dans les différences méthodologiques entre la mesure pilote 2025 et la mesure de la prévalence. La mesure pilote a également permis d'inclure des personnes gravement malades ou victimes d'accidents, qui ont souvent dû être exclues de la mesure de la prévalence (impossibilité d'obtenir le consentement, collecte de

données non envisageable). De plus, lors de la mesure de la prévalence, seuls les diagnostics consignés dans le dossier patient au moment de la mesure ont été pris en compte, tandis que la mesure pilote, grâce à l'utilisation des données codées, a permis d'examiner l'ensemble de l'hospitalisation. Dans le cadre du codage médical, certains codes de diagnostic moins évidents dans la pratique clinique quotidienne sont également susceptibles d'être attribués.

#### **CHUTE**

Le taux d'incidence par trimestre pour une chute à l'hôpital dans le cadre de la mesure pilote de 2025 (2.7 %) est inférieur aux taux mesurés lors des mesures de la prévalence de 2011 à 2019 et de 2022, qui se situaient entre 3.0 et 4.6 %. Il est également inférieur à la fourchette mesurée dans le cadre des mesures de la prévalence menées en Autriche en 2018, 2019 et 2022 (3.0 à 4.3 %).

Le taux d'incidence par trimestre mesuré lors de la mesure pilote de 2025 pour une chute à l'hôpital avec conséquences des chutes (1.1 %) se situe dans la fourchette des taux mesurés lors des mesures de la prévalence en Suisse entre 2011-2019 et 2022 (1.1-1.6 %), ainsi que du taux mesuré en Autriche entre 2018, 2019 et 2022 (0.9-2.1 %).

Il n'existe pas de valeurs comparatives issues de la mesure de la prévalence pour le taux d'incidence pour 1'000 jours de soins.

Le taux de chutes légèrement plus faible observé dans la mesure pilote pourrait être lié aux différences décrites entre les populations étudiées. Ainsi, les données issues de l'ajustement au risque de la mesure de la prévalence indiquent que les interventions chirurgicales sont associées négativement et l'âge avancé positivement aux chutes à l'hôpital. La population étudiée dans le cadre de la mesure pilote 2025 était légèrement plus jeune et avait subi un peu plus d'interventions chirurgicales que la population étudiée dans la mesure de la prévalence 2022 – deux caractéristiques qui auraient pu favoriser un taux de chutes plus faible.

#### **ESCARRE NOSOCOMIALE**

Le taux d'incidence par trimestre des escarres nosocomiales toutes catégories confondues dans le cadre de la mesure pilote de 2025 (1.3 %) est inférieur aux taux mesurés lors des mesures de la prévalence de 2011 à 2019 et de 2022, qui se situaient entre 3.6 et 5.8 %. Il se situe toutefois dans la fourchette des taux mesurés en Autriche dans le cadre des mesures de la prévalence en 2018, 2019 et 2022 (1.2 à 1.9 %).

Le taux d'incidence par trimestre des escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieure de la mesure pilote de 2025 (0.7 %) est inférieur aux taux mesurés dans le cadre des mesures de la prévalence de 2011 à 2019 et de 2022, qui se situaient entre 1.5 et 2.3 %. Il se situe également légèrement en dessous de la fourchette des taux mesurés dans le cadre des mesures de la prévalence en Autriche en 2018, 2019 et 2022 (0.8-1.0 %).

Il n'existe pas de valeurs comparatives issues de la mesure de la prévalence pour le taux d'incidence pour 1'000 jours de soins.

La distribution des escarres nosocomiales selon les catégories montre que, dans la mesure pilote de 2025, la part d'escarres de degré de gravité élevé était plus importante que dans les mesures de la prévalence réalisées en Suisse en 2018, 2019 et 2022 (cf. Figure 1). En particulier, la catégorie 1 « Érythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine » a représenté nettement moins d'escarres (mesure pilote : 47.3 % par rapport à la mesure de la prévalence 59.2-64.9 %).

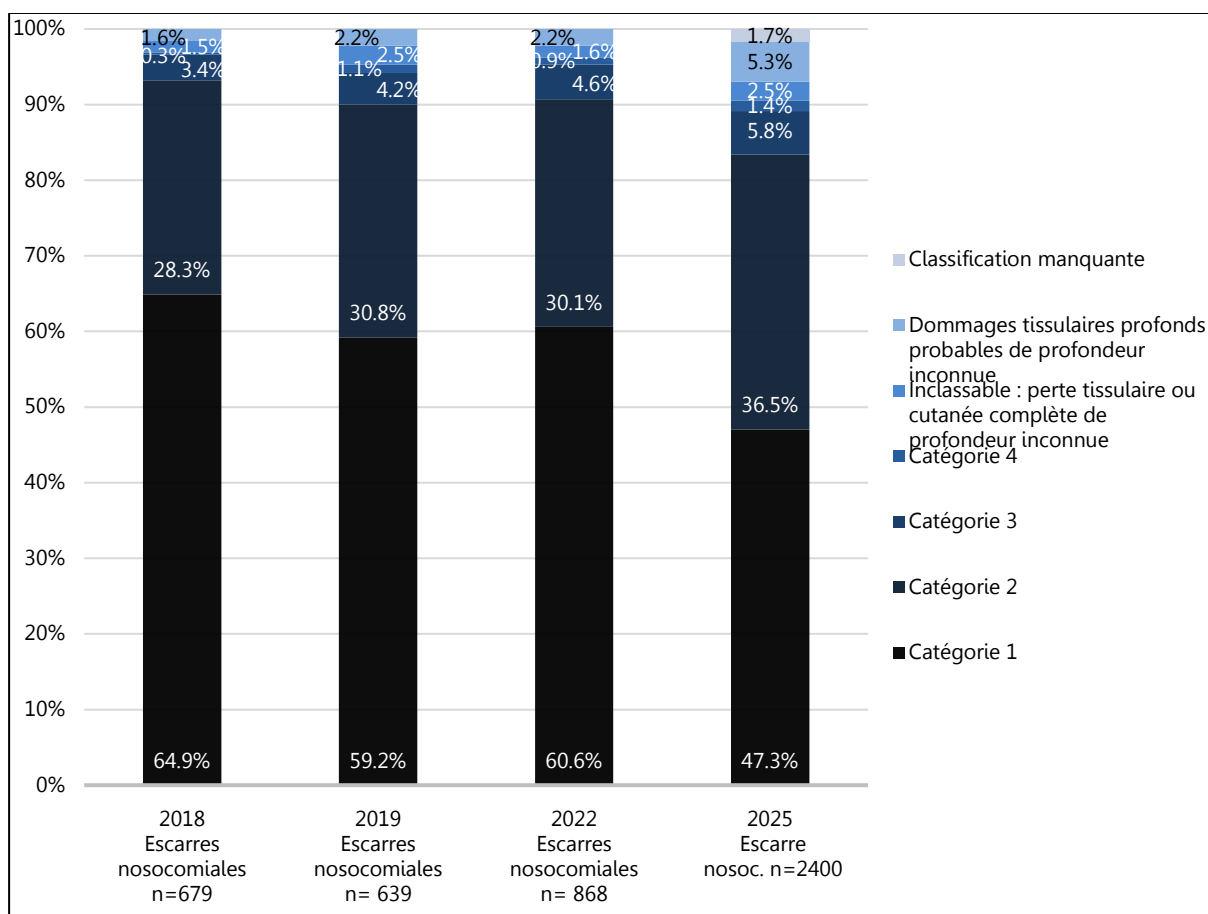


Figure 1 : Distribution des escarres nosocomiales selon les catégories dans les mesures de la prévalence de 2018, 2019 et 2022, ainsi que dans la mesure pilote de 2025

La différence entre le taux d'incidence des escarres nosocomiales observé lors de la mesure pilote et celui relevé lors de la mesure de la prévalence pourrait s'expliquer par une sous-déclaration de la catégorie 1 d'escarres, à savoir « Érythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine ». Dès la phase de développement de la méthode, le comité de qualité « Chutes

et escarres » avait déjà mentionné que, selon le système de documentation utilisé, le protocole de soins des plaies constituait la base de données standardisée et exportable concernant les escarres. Or, un protocole de soins des plaies n'est généralement établi qu'à partir d'une escarre de catégorie 2 (« atteinte partielle du tissu cutané »), tandis qu'une escarre (présu-mée) de catégorie 1 (« Érythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine») est plutôt consignée dans le rapport d'étape (réunion du comité de qualité du 17 septembre 2024). Ceci s'explique également par le fait que l'identification correcte d'une escarre de catégorie 1 représente un défi (Halfens et al., 2001). En conséquence, il semble possible que les escarres de catégorie 1 soient représentées de manière moins fiable dans les données de routine que ce n'était le cas dans le cadre de la mesure de la prévalence, où des équipes formées effectuaient une inspection cutanée axée sur les escarres. La part plus faible d'escarres de catégorie 1 dans la mesure pilote de 2025 corrobore cette interprétation.

Les caractéristiques différentes des populations étudiées (mesure pilote par rapport à la mesure de la prévalence) pourraient avoir influencé le taux d'incidence des escarres nosocomiales dans les deux sens. Selon le modèle d'ajustement au risque de la mesure de la prévalence de 2022, les interventions chirurgicales et l'âge avancé sont associés de manière positive à l'apparition d'escarres nosocomiales. La population étudiée lors de la mesure pilote avait certes subi davantage d'interventions chirurgicales, mais elle était plus jeune que la population de la mesure de la prévalence de 2022. L'inclusion de l'unité d'obstétrique pourrait également avoir contribué à un taux d'incidence des escarres nosocomiales plutôt plus faible, car les femmes qui viennent d'accoucher retrouvent généralement rapidement leur mobilité et ont une durée d'hospitalisation plutôt plus courte (Bundesamt für Statistik (BFS), 2025; Sultan et al., 2026).

### **3.5.2 Comparaison avec les données de l'Office fédéral de la statistique (OFS)**

Lorsque l'on compare les caractéristiques des cas issus de la mesure pilote de 2025 avec les données publiées en 2024 par l'OFS (Bundesamt für Statistik (BFS), 2024, 2026, o. J.a, o. J.b), de nombreuses similitudes apparaissent. Lors de cette comparaison, il faut toutefois tenir compte du fait que la population étudiée par l'OFS n'est pas tout à fait identique à celle de la mesure pilote. Les données de l'OFS se rapportent en partie aux soins aigus en général (y compris la psychiatrie, la réadaptation et d'autres cliniques spécialisées, comme indiqué ci-après) et non pas uniquement au domaine des soins somatiques aigus. De même, les données de l'OFS ne fixent parfois aucune limite d'âge, alors que la mesure pilote ne prenait en compte que les données de tous les cas âgés de 18 ans et plus. La durée moyenne d'hospitalisation (soins somatiques aigus) selon les données de l'OFS est de 5.0 jours, celle de la mesure pilote de 6.1 jours. La part des cas de sexe féminin s'élevait à 52.1 % dans les données de l'OFS (soins somatiques aigus) et à 51.2 % dans la mesure pilote. Selon l'OFS, environ 5 cas sur 10 ont subi une intervention chirurgicale (50 %, soins aigus complets). Dans la mesure pilote, la part des cas ayant subi une intervention chirurgicale s'élevait à 51.4 %. Le type d'entrée ne peut pas être

comparé à l'identique, car dans la mesure pilote, tous les cas dont le type d'admission était « accouchement » ont été exclus, alors que ce type d'admission représente 6.6 % des données de l'OFS (Soins somatiques aigus). Il apparaît néanmoins que, tant dans les données de l'OFS que dans la mesure pilote, le type d'entrée « Urgence (traitement indispensable dans les 12 heures) » était le plus fréquent (OFS 49.2 %, mesure pilote 51.2 %), suivi des admissions planifiées/annoncées (OFS 40.2 %, mesure pilote 43.8 %). Les parts des codes de diagnostic selon les groupes de diagnostic CIM-10 ne sont pas non plus directement comparables, car l'OFS indique le motif de l'hospitalisation, tandis que dans la mesure pilote, les codes de diagnostic ont été généralement saisis sur la base des codes CIM-10. D'une manière générale, les trois groupes de diagnostics les plus fréquents décrits par l'OFS (soins aigus complets) représentent également des parts importantes dans les résultats de la mesure pilote (groupe de diagnostics M « Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif », groupe de diagnostics ST « Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes » et groupe de diagnostics I « Maladies de l'appareil circulatoire »). L'OFS indique un nombre moyen de diagnostics de 6.9 (soins somatiques aigus), alors que celui-ci s'élevait à 7.3 lors de la mesure pilote. Il convient toutefois de noter ici aussi que les données de l'OFS ne reflètent pas exactement la même population que celles de la mesure pilote (pas de limite d'âge dans les données de l'OFS).

### **3.5.3 Comparaison avec les données issues de publications internationales**

Les taux d'incidence sont présentés ci-après dans le contexte des taux publiés à l'échelle internationale. La comparaison internationale a principalement porté sur des études menées dans des pays à revenu élevé et portant sur une large population. Il convient de noter que les données proviennent d'études aux designs variés (revues, études rétrospectives individuelles, récolte de données extraites d'une mesure transversale, etc.) ainsi que, dans certains cas, d'études portant sur des sous-populations (hôpitaux universitaires, hôpitaux ruraux, spécialités médicales). De plus, les méthodes de collecte des données utilisées étaient variées. Certaines études indiquent que des parties des données proviennent du SIC, mais cela ne s'appliquait souvent pas au résultat. Seules les descriptions de deux études incluses dans la comparaison indiquent que le résultat a également été enregistré sur la base des données du SIC (Gaedke Nomura et al., 2019; Gardiner et al., 2014). Dans les études sur les chutes et conséquences de chute, le résultat reposait souvent sur des données issues du système de signalement des incidents critiques de l'hôpital ou du pays concerné (Kobayashi et al., 2017; Richardson & Carter, 2017; Sato et al., 2018). Les revues consacrées aux taux d'incidence des chutes et des escarres incluaient elles aussi, dans la plupart des cas, des sources de données hétérogènes (Ainani & Irwan, 2024; Brophy et al., 2021; Chaboyer et al., 2024; Chen et al., 2020; Jiao et al., 2022; Kurian et al., 2025; Lima Serrano et al., 2017; Ribeiro et al., 2024; Richardson & Carter, 2017; Xu et al., 2025).

## **CHUTE**

Par rapport à la littérature internationale, le taux d'incidence par trimestre des chutes à l'hôpital, qui s'élève à 2.7 % selon la mesure pilote, se situe dans la fourchette des valeurs décrites au niveau international. La littérature internationale fait état de taux d'incidence de chute à l'hôpital compris entre 0.6 % et 15.8 %, la plupart des valeurs publiées se situant entre 0.6 % et 2.8 % (Ainani & Irwan, 2024; Kobayashi et al., 2017; LaFond et al., 2026; Lee et al., 2022). Le taux d'incidence de chute pour 1'000 jours de soins de la mesure pilote (5.7) se situe dans la fourchette moyenne de la largeur de bande observée dans la littérature, qui va de 1.0 à 12.6 (Ainani & Irwan, 2024; Baernholdt et al., 2023; Bouldin et al., 2013; Gaedke Nomura et al., 2019; Lee et al., 2022; Lemetti et al., 2025; Richardson & Carter, 2017; Sato et al., 2018; Yaghoubi et al., 2022).

## **CONSÉQUENCES DE CHUTE**

En ce qui concerne le taux d'incidence par trimestre des chutes à l'hôpital avec conséquences de chute, une seule étude issue de la littérature internationale dont nous avons connaissance a permis de calculer une valeur comparable (Kobayashi et al., 2017). Celle-ci, qui s'élevait à 0.2 %, était inférieure à la valeur de 1.1 % observée lors de la mesure pilote. Une mise en perspective internationale plus large de cet indicateur n'est donc possible que de manière limitée. La majeure partie de la littérature internationale rapporte plutôt la fréquence relative des conséquences de chute par rapport aux patientes et patients ayant chuté à l'hôpital. Les valeurs publiées à ce sujet se situent entre 12.2 % et 50.4 % (Ainani & Irwan, 2024; Bouldin et al., 2013; de Jong et al., 2021; Kobayashi et al., 2017; Lemetti et al., 2025; Richardson & Carter, 2017; Sato et al., 2018; Yaghoubi et al., 2022). La fréquence relative de 40.9 % calculée lors de la mesure pilote se situe donc dans cette fourchette de valeurs internationale. En ce qui concerne le taux d'incidence de chute avec conséquences de chute pour 1'000 jours de soins, des valeurs comprises entre 0.7 et 0.9 ont été identifiées dans la littérature internationale (Baernholdt et al., 2023; Bouldin et al., 2013; Lemetti et al., 2025). La valeur de 2.0 calculée lors de la mesure pilote se situe donc au-dessus de la fourchette de valeurs décrite jusqu'à présent dans la littérature.

Dans l'ensemble, la reproductibilité des indicateurs présentés dans la mesure pilote avec la littérature internationale est limitée. Cela s'explique notamment par des différences de définition. Alors qu'à l'échelle internationale, on rapporte généralement les taux de blessures suite à une chute, l'indicateur « Chute avec conséquences de la chute » a été délibérément opérationnalisé de manière plus large dans la mesure pilote. Il englobe, outre les lésions subies lors d'une chute, les mesures diagnostiques et/ou thérapeutiques ultérieures consécutives à un événement de chute.

## **ESCARRE**

Par rapport à la littérature internationale, le taux d'incidence par trimestre des escarres nosocomiales toutes catégories confondues dans la mesure pilote (1.3 %) se situe dans la fourchette basse : au niveau international, une fourchette comprise entre 0.5 % et 30.4 % a été

publiée pour le taux d'incidence nosocomiale global (Aljezawi, 2021; Baernholdt et al., 2023; Chaboyer et al., 2024; Gardiner et al., 2014; Kurian et al., 2025; Lemetti et al., 2025; Tervo-Heikkinen et al., 2021). Le taux d'incidence des escarres nosocomiales toutes catégories confondues pour 1'000 jours de soins dans le cadre de la mesure pilote (2.8) se situe dans la partie inférieure de la fourchette observée dans la littérature, qui va de 1.0 à 20.1 (Chaboyer et al., 2024; Kim et al., 2022).

Le taux d'incidence par trimestre des escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieure lors de la mesure pilote (0.7 %) se situe dans la partie inférieure de la fourchette identifiée dans la littérature internationale, comprise entre 0.3 % et 3.0 % (Aljezawi, 2021; Tervo-Heikkinen et al., 2021). En ce qui concerne le taux d'incidence des escarres de catégorie 2 et supérieure pour 1'000 jours de soins, la littérature internationale ne dispose à ce jour que de valeurs comparatives isolées et d'une pertinence méthodologique limitée (il s'agit majoritairement d'études monocentriques portant sur de petits échantillons). D'une manière générale, la littérature disponible sur les taux d'incidence des escarres de catégorie 2 et supérieures (à l'exclusion de la catégorie 1 « Érythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine») est nettement moins abondante.

## 4. CONCLUSION

### 4.1 OBJECTIFS DE LA MESURE PILOTE

La faisabilité, tant sur le fond que sur le plan technique, de la nouvelle méthode de mesure semble en principe assurée. Sur la base des conclusions tirées de la mesure pilote, les potentiels d'amélioration suivants ont pu être identifiés pour le manuel de mesure et la solution technique :

1. Il est nécessaire de définir une valeur unique pour les données qui ne peuvent pas être exportées par les prestataires de soins (par exemple pour des raisons liées au système) ou qui ne sont pas fournies en raison du caractère facultatif de la participation (informations sur les escarres avant l'admission). Cela permettra à l'avenir une évaluation plus nuancée de la qualité des données
2. La variable « intervention chirurgicale pendant l'hospitalisation » doit être définie de manière plus nuancée
3. L'utilisation du suffixe pour les variables relatives aux escarres nosocomiales doit être clarifiée
4. Sur la base des conclusions de la mesure pilote, il convient de définir des plages de valeurs plausibles lors du téléchargement des données. Cela permettra de signaler les valeurs potentiellement non plausibles dès le téléchargement des données (par exemple, un nombre très élevé de codes de diagnostic)
5. Traitement des sorties pour cause de décès (répercussions possibles sur les indicateurs)

Les analyses descriptives des données au niveau des prestataires de soins indiquent qu'il existe une grande hétérogénéité en matière de qualité des données. Cela s'est manifesté tant au niveau de l'exhaustivité des données (cas évaluable) que de leur plausibilité. Une plausibilité limitée des données semble indiquer, au vu des conclusions disponibles, un besoin d'amélioration au niveau de l'exportation des données (application systématique des spécifications de format).

L'analyse descriptive de l'ensemble des données dresse un tableau particulièrement prometteur, notamment en comparaison externe (avec les données issues de la mesure de la prévalence des chutes et escarres, les données de l'OFS et la littérature internationale). Ainsi, malgré la qualité limitée des données de certains prestataires de soins, les résultats sont largement comparables et les différences identifiées sont explicables. Seuls les résultats de cette mesure pilote indiquent que les escarres nosocomiales de catégorie 1 sont susceptibles d'être enregistrées de manière peu systématique pour diverses raisons (logiques de saisie du système, difficultés d'identification correcte).

## 4.2 RECOMMANDATIONS

Au vu des conclusions de cette mesure pilote, il semble recommandé de poursuivre la collecte de données concernant les indicateurs de qualité relatifs chute et escarre sur la base des données du SIC. Les données obtenues étaient pour la plupart évaluables et semblaient plausibles lors d'une étude comparative. Il convient de souligner tout particulièrement que la nouvelle méthode a permis de constituer une base de données nettement plus solide (saisie des données sur trois mois au lieu d'une seule journée comme auparavant) sur les thèmes de chute et escarre à l'hôpital. Afin d'améliorer la qualité des données, les enseignements tirés de cette mesure pilote devraient être mis à profit pour aider les prestataires de soins de manière encore plus ciblée, tant lors de la préparation de l'exportation des données que lors de leur vérification au moment du téléchargement. À cette fin, il convient de mettre en œuvre les potentiels d'amélioration décrits au chapitre 4.1.

Pour le développement futur de la mesure de la qualité chute et escarre sur la base des données des SIC, il convient d'examiner dans quelle mesure les escarres de catégorie 1 doivent être incluses ou exclues. Les conclusions tirées de cette mesure pilote, ainsi que celles issues de la littérature internationale, indiquent que les escarres de catégorie 1 sont potentiellement peu fiables dans les données (difficulté d'identification correcte et logiques système concernant la documentation d'une escarre de catégorie 1). Afin de favoriser les améliorations internes de la qualité chez les prestataires de soins, il est recommandé de continuer à collecter les données relatives aux escarres de catégorie 1 et de les prendre en compte dans le cadre de la publication institutionnelle des résultats (tableau de bord). Toutefois, pour la comparaison publique des hôpitaux, il convient d'utiliser l'indicateur de résultat plus robuste « Escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieures ».

Il convient en outre d'examiner si les résultats relatifs aux chutes (avec conséquences de la chute) et aux escarres nosocomiales doivent être présentés différemment, malgré une méthode de collecte des données identique. Les chutes (avec les conséquences de la chute) constituent généralement des événements isolés, clairement délimités dans le temps, qui peuvent se produire à plusieurs reprises chez un patient au cours de son hospitalisation. En conséquence, une présentation sous forme de taux pour 1'000 jours de soins est appropriée, car elle tient compte à la fois de la durée d'hospitalisation et de l'exposition dans le temps. En revanche, les escarres ne constituent pas des événements isolés. Une escarre nosocomiale persiste souvent pendant plusieurs jours ou semaines, ce qui rend un calcul des résultats basé sur le temps – par exemple par jour de soins – moins pertinent. Dans ce contexte, l'incidence, c'est-à-dire la part de patientes et patients concernés par rapport au nombre total de patientes et patients hospitalisés, apparaît comme un indicateur plus approprié. Ces caractéristiques différentes des deux événements expliquent également pourquoi on trouve nettement plus souvent dans la littérature des indicateurs relatifs aux chutes pour 1'000 jours de soins, tandis que pour les escarres, ce sont principalement des taux d'incidence au niveau des

patient-e-s qui sont rapportés. Les différentes méthodes de calcul des résultats sont donc techniquement plausibles et devraient être examinées pour les mesures futures.

La méthode de mesure actuelle ne prévoit aucun moyen externe de vérifier l'exactitude des données exportées par les prestataires de soins. La responsabilité de la qualité des données incombe donc aux prestataires de soins eux-mêmes. Les données relatives aux chutes et escarres constituant des informations d'une importance capitale pour le processus de traitement clinique, on peut supposer que les prestataires de soins sont motivés, tant par leur responsabilité clinique que professionnelle, à garantir une documentation de haute qualité et, partant, des données fiables. Le manuel de mesure comprend à cet égard des recommandations, notamment sur la mise en œuvre de mesures visant à garantir la qualité des données (p. ex. audits internes). En outre, les mesures d'amélioration de la qualité (MAQ) « Prévention des chutes » et « Prévention des escarres FHV », reconnues par H+, peuvent constituer, dans le cadre du contrat de qualité, une approche prometteuse pour soutenir des mesures d'harmonisation structurelles et procédurales au niveau national et améliorer ainsi la qualité des données dans les hôpitaux. Il convient donc de poursuivre de manière cohérente l'examen proposé par H+ et l'ANQ concernant l'adéquation entre les MAQ et la mesure chute et escarre.

## ANNEXE

### Définitions des Indicateurs de qualité

Lors de la mesure pilote de 2025, les définitions suivantes des indicateurs de qualité ont été utilisées :

Chute : « Une chute est un événement au cours duquel la personne concernée se retrouve involontairement sur le sol ou sur un autre niveau inférieur » (Übersetzung der WHO Definition 2021 gemäss Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2022, S. 20).

Chute avec conséquences de la chute : Une chute avec conséquences de la chute comprend à la fois une lésion subie à la suite d'une chute (d'après Montero-Odasso et al., 2022) et les mesures diagnostiques et/ou thérapeutiques additionnelles prises suite à un événement de chute (décision GQ, 2024). Dans la mesure chute et escarre, seules les conséquences de chute (oui/non) sont pour l'instant relevées, sans classification supplémentaire selon le degré de gravité.

Escarre : « L'escarre est une lésion ischémique localisée au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents, située en général sur une proéminence osseuse. Elle est le résultat d'un phénomène de pression, ou de pression associée à du cisaillement. Un certain nombre de facteurs favorisants ou imbriqués dans l'apparition d'escarre y sont associés : leur implication doit être encore élucidée » (NPUAP, EPUAP, & PPPIA, 2014).

### Exemple de formation d'une variable de résultat

Comme décrit au chapitre 2.3, les résultats ont été regroupés à partir de variables binaires (ou de somme) pour générer les variables de résultat relatives aux escarres nosocomiales. Ce faisant, en cas de coexistence de valeurs valides et manquantes, seules les valeurs valides ont été prises en compte. Les exemples suivants présentés dans le Tableau 9 et le Tableau 10 illustrent les résultats de cette étape de traitement des données.

| CAS | ESCARRES CATÉGORIE 1 | ESCARRES CATÉGORIE 2 | ESCARRES CATÉGORIE 3 | ESCARRES CATÉGORIE 4 | ESCARRES CATÉGORIE AFFECTABLE À AUCUNE CATÉGORIE 1 | ESCARRES CATÉGORIE AFFECTABLE À AUCUNE CATÉGORIE 2 | ESCARRES CATÉGORIE INCONNUE | RÉSULTAT ESCARRES BINAIRE |
|-----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|--|-----------------------------|---------------------------|
| 1   | Oui                  | Non                  | Non                  | Non                  |  | Non  | Non                         | Oui                       |
| 2   |                      |                      |                      |                      |  |  |                             |                           |
| 3   | Non                  | Non                  | Non                  | Non                  | Non  | Non  |                             | Non                       |
| 4   | Oui                  | Non                  | Non                  | Non                  | Oui  | Non  | Non                         | Oui                       |

Tableau 9 : Exemple de formation d'une variable de résultat binaire pour les escarres nosocomiales

| CAS | ESCARRES CATÉGORIE 1 | ESCARRES CATÉGORIE 2 | ESCARRES CATÉGORIE 3 | ESCARRES CATÉGORIE 4 | ESCARRES CATÉGORIE AFFECTABLE À AUCUNE CATÉGORIE 1 | ESCARRES CATÉGORIE AFFECTABLE À AUCUNE CATÉGORIE 2 | ESCARRES CATÉGORIE INCONNUE | RÉSULTAT ESCARRES SOMME |
|-----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|--|-----------------------------|-------------------------|
| 1   | 1                    | 0                    | 0                    | 0                    |  | 0  | 0                           | 1                       |
| 2   |                      |                      |                      |                      |  |  |                             |                         |
| 3   | 0                    | 0                    | 0                    | 0                    | 0  | 0  |                             | 0                       |
| 4   | 2                    | 0                    | 0                    | 0                    | 1  | 0  | 0                           | 3                       |

Tableau 10 : Exemple de formation d'une variable de résultat de somme pour les escarres nosocomiales

### **Proportion des cas (non) évaluables par variable**

Le Tableau 11 présente le nombre et la proportion (pourcentage) des cas qui ont pu être inclus dans l'analyse ou qui ont dû en être exclus, par variable. Le tableau a été classé par ordre décroissant en fonction de la fréquence des cas non évaluables par rapport au nombre total de cas. Parmi les variables obligatoires, c'est celle relative aux codes de diagnostic qui présentait la part la plus élevée de cas non évaluables (18.1 %). Si l'on tient également compte des variables non obligatoires, ce sont les variables relatives aux escarres apparues avant l'admission qui présentent une part encore légèrement plus élevée de cas non évaluables (jusqu'à 19.1 %). Des données exclusivement évaluables étaient disponibles pour tous les cas concernant les variables « Âge » et « Type d'hôpital ». De plus, le Tableau 11 présente la fourchette de la part de cas évaluables par variable et par prestataire de soins. Il apparaît que la part de cas évaluables varie fortement d'un prestataire de soins à l'autre (souvent de 0 à 100 % des cas pouvant être évalués pour chaque variable).

| VARIABLE   | n CAS TOTAL | n DE CAS NON ÉVALUABLES | % DE CAS NON ÉVALUABLES | n CAS ÉVALUABLES | % CAS ÉVALUABLES | PAR PRESTATAIRE DE SOINS % DE CAS ÉVALUABLES : MIN. - MAX. (FOURCHETTE) |
|--|-------------|-------------------------|-------------------------|------------------|------------------|---|
| Escarre « catégories 4 : perte tissulaire complète » apparue avant l'hospitalisation                                     | 145079      | 27654                   | 19.1                    | 117425           | 80.9             | 0.0-100.0 (100.0)   |
| Escarre « catégories 3 : perte complète de tissu cutané » apparue avant l'hospitalisation                                | 145079      | 27641                   | 19.1                    | 117438           | 80.9             | 0.0-100.0 (100.0)   |
| Escarre « catégories 1 : Érythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine » apparue avant l'hospitalisation | 145079      | 27597                   | 19.0                    | 117482           | 81.0             | 0.0-100.0 (100.0)   |
| Escarre « catégories 2 : atteinte partielle de tissu cutané » apparue avant l'hospitalisation                            | 145079      | 27501                   | 19.0                    | 117578           | 81.0             | 0.0-100.0 (100.0)   |
| Code de diagnostic   | 145079      | 26321                   | 18.1                    | 118758           | 81.9             | 0.0-100.0 (100.0)   |
| Intervention chirurgicale pendant l'hospitalisation  | 145079      | 23129                   | 15.9                    | 121950           | 84.1             | 0.0-100.0 (100.0)   |
| Chute à l'hôpital  | 145079      | 15243                   | 10.5                    | 129836           | 89.5             | 0.0-100.0 (100.0)   |
| Escarre apparue avant l'hospitalisation sans affectation à une catégorie   | 145079      | 12097                   | 8.3                     | 132982           | 91.7             | 0.0-100.0 (100.0)   |
| Escarre « Dommage tissulaire profond probable : Profondeur inconnue » apparue avant le séjour à l'hôpital                | 145079      | 12059                   | 8.3                     | 133020           | 91.7             | 0.0-100.0 (100.0)   |
| Escarre « Inclassable : Profondeur inconnue » apparue avant le séjour à l'hôpital  | 145079      | 12058                   | 8.3                     | 133021           | 91.7             | 0.0-100.0 (100.0)   |
| Chute à l'hôpital avec conséquences de chute   | 145079      | 11756                   | 8.1                     | 133323           | 91.9             | 0.0-100.0 (100.0)   |

|   |        |      |     |        |       |                   |
|---|--------|------|-----|--------|-------|-------------------|
| Escarres nosocomiales sans affectation à une catégorie  | 145079 | 9408 | 6.5 | 135671 | 93.5  | 0.0-100.0 (100.0) |
| Escarres nosocomiales « catégorie 4 : Perte tissulaire complète »                                     | 145079 | 6749 | 4.7 | 138330 | 95.3  | 0.0-100.0 (100.0) |
| Escarre nosocomiale « Dommages tissulaire profond probable : Profondeur inconnue »                    | 145079 | 6748 | 4.7 | 138331 | 95.3  | 0.0-100.0 (100.0) |
| Escarres nosocomiales « catégorie 3 : perte complète de tissu cutané »                                | 145079 | 6744 | 4.6 | 138335 | 95.4  | 0.1-100.0 (99.9)  |
| Escarre nosocomiale « Inclassable : Profondeur inconnue »   | 145079 | 6743 | 4.6 | 138336 | 95.4  | 0.1-100.0 (99.9)  |
| Escarres nosocomiales « catégorie 2 : Atteinte partielle de la peau ou phlyctène »                    | 145079 | 6687 | 4.6 | 138392 | 95.4  | 0.6-100.0 (99.4)  |
| Escarres nosocomiales « catégorie 1 : erythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine » | 145079 | 6685 | 4.6 | 138394 | 95.4  | 1.0-100.0 (99.0)  |
| Site  | 145079 | 266  | 0.2 | 144813 | 99.8  | 0.0-100.0 (100.0) |
| Séjour avant l'admission  | 145079 | 111  | 0.1 | 144968 | 99.9  | 95.1-100.0 (4.9)  |
| Mode d'admission  | 145079 | 83   | 0.1 | 144996 | 99.9  | 96.3-100.0 (3.7)  |
| Durée du séjour (en jours)  | 145079 | 2    | 0.0 | 145077 | 100.0 | 99.8-100.0 (0.2)  |
| Sexe  | 145079 | 1    | 0.0 | 145078 | 100.0 | 99.9-100.0 (0.1)  |
| Type d'hôpital/de clinique  | 145079 | 0    | 0.0 | 145079 | 100.0 | 100.0-100.0 (0.0) |
| Âge lors de l'admission   | 145079 | 0    | 0.0 | 145079 | 100.0 | 100.0-100.0 (0.0) |

Légende : *n* = nombre; % = pourcentage

Tableau 11 : Ecart cas évaluables et non évaluables

## **Conclusions issues des données : qualité des données en détail**

### *Conclusions relatives aux entrées de données non évaluables*

Sur la base des conclusions tirées du traitement des données, il est apparu que divers écarts par rapport au format prescrit avaient été constatés, rendant certaines entrées de données non évaluables. Certains écarts pourraient indiquer des « erreurs de programmation » lors de l'exportation de données. On a notamment relevé diverses entrées de données dans lesquelles la date comportait un espace ou un chiffre supplémentaire. On suppose en outre que, lors de l'exportation des données, l'entrée a parfois été laissée vide ou qu'on a utilisé « ZÉRO » lorsqu'aucun événement correspondant ne s'est produit, au lieu d'utiliser l'entrée de données prescrite « NA » (par exemple pour la variable « Si » lorsque la patiente ou le patient n'a pas fait de chute pendant son séjour à l'hôpital). Il est par ailleurs apparu que certaines listes n'étaient pas séparées par des virgules, mais par exemple par un tiret. Des divergences de contenu par rapport aux instructions ont également été constatées. Pour la variable « surgery », un nombre (ou un codage binaire) a parfois été utilisé à la place d'une liste séparée par des virgules de toutes les dates d'intervention chirurgicale (dates) auxquelles une intervention chirurgicale a eu lieu chez une patiente ou un patient. Pour la variable « surgery », on a également trouvé des saisies de données pour lesquelles des codes CHOP ont vraisemblablement été transmis à la place des dates d'intervention chirurgicale. Pour les variables exportables sur une base facultative concernant les escarres apparues avant l'admission, des dates ont parfois été transmises, à l'instar des informations sur les escarres nosocomiales, pour lesquelles une date est effectivement requise. On aurait toutefois pu s'attendre à un nombre ou à la mention « NA » en l'absence d'escarres préexistantes de la catégorie correspondante.

## **Doubles saisies des données**

### *Codes de diagnostic*

Les résultats descriptifs indiquent, pour un cas, un nombre maximal de 1406 codes de diagnostic (cf. Tableau 1). Ce nombre élevé s'explique par le fait que, dans certains cas, tous les codes de diagnostic figuraient plusieurs fois dans les données. En principe, il peut être plausible qu'un cas contienne plusieurs fois certains codes de diagnostic (Bundesamt für Statistik, 2025). Cependant, les cas dans lesquels tous les codes de diagnostic sont présents plusieurs fois ou dans lesquels certains codes de diagnostic apparaissent jusqu'à 74 fois pour un même cas semblent plutôt peu probables. En collaboration avec un spécialiste du codage médical, il convient de définir, pour les mesures futures, comment vérifier de manière optimale la plausibilité des codes figurant en double et comment exclure de l'analyse les données éventuellement non plausibles.

### *Chute et chute avec conséquences de chute*

Le jeu de données contient des cas ayant enregistré deux chutes ou deux chutes avec conséquences de chute à la même date et, dans certains cas, à la même heure. Il n'est pas possible de déterminer s'il s'agit de double saisie de données d'un même événement, si plusieurs événements se sont produits simultanément ou si plusieurs événements ont été enregistrés au même moment. Ces doubles saisies des données pourraient indiquer que ce ne sont pas la date et l'heure de la chute, comme recommandé, mais la date et l'heure de l'enregistrement de l'événement qui ont été exportées dans la documentation.

### *Escarres nosocomiales*

Le jeu de données comportait en outre quelques cas dans lesquels plusieurs escarres nosocomiales de la même catégorie présentaient des dates identiques et, dans certains cas, des heures identiques. Étant donné que les escarres ne constituent pas des événements isolés et que plusieurs escarres sont souvent identifiées simultanément lors d'un examen cutané, ce schéma semble en principe plausible. On ne peut toutefois pas exclure qu'il s'agisse également de doubles saisies des données. Il est également possible que ce ne soit pas la date réelle d'apparition de l'escarre, mais la date de saisie dans la documentation qui ait été exportée.

### *Intervention chirurgicale pendant l'hospitalisation*

Le jeu de données comportait des cas dans lesquels deux à quatre interventions chirurgicales présentaient une date et une heure identiques. Cela pourrait indiquer que la variable « surgery » n'était pas définie de manière suffisamment claire dans le manuel de mesure version 1.3. L'objectif de cette variable était de recenser toutes les interventions chirurgicales réalisées pendant l'hospitalisation. Étant donné que, selon cette intention, les interventions chirurgicales constituent des événements uniques, elles ne peuvent pas avoir lieu simultanément pour un même cas. Il est possible que, dans ces cas, des entrées de données en double ou les horodatages de certaines entrées de code CHOP aient été exportés à la place des heures réelles des interventions chirurgicales.

### **Escarres nosocomiales Suffixe**

Pour certaines escarres nosocomiales, seule la date a été indiquée, mais aucun suffixe permettant d'identifier de manière univoque une escarre spécifique. Ce suffixe sert à garantir que la même escarre ne figure pas plusieurs fois dans le jeu de données, par exemple avec des degrés de gravité différents. En l'absence de suffixe, on ne peut donc pas exclure que certaines escarres aient été exportées plusieurs fois.

Parallèlement, on a constaté des cas où des suffixes identiques avaient été attribués plusieurs fois au même cas (138 occurrences d'un suffixe identique, soit 122 cas concernés au total). Les données disponibles ne permettent pas de déterminer s'il s'agit d'une double saisie

de la même escarre ou si ces résultats sont dus à la logique d'exportation de données (par exemple, une numérotation fixe basée sur la localisation de l'escarre, ce qui fait que plusieurs escarres situées au même endroit du corps portent le même suffixe).

Le suffixe n'a donc pas été pris en compte dans l'analyse. Pour les mesures futures, il sera précisé que le suffixe sert principalement de moyens auxiliaires aux prestataires de soins afin de garantir qu'une même escarre ne figure pas plusieurs fois dans l'ensemble de données pour un même cas.

### **Résultats des escarres nosocomiales sur plusieurs catégories**

Comme décrit au chapitre 2.3, pour générer la variable de résultat relative aux escarres nosocomiales, une valeur a été calculée sur l'ensemble des catégories, ou plus précisément sur celles de la catégorie 2 et supérieures. Dans 2 % des cas, la variable de résultat provenait d'une combinaison de valeurs valides (date ou « NA ») dans certaines catégories d'escarres et de données non évaluables (« Missing ») dans au moins une autre catégorie d'escarres. Ces cas concernaient au total onze prestataires de soins.

Chez trois de ces prestataires de soins, la variable « pi\_n\_mc » (escarres nosocomiales sans affectation à une catégorie) est restée vide. Chez deux autres prestataires de soins, des formats de données erronés dans certaines entrées ont conduit à des valeurs non évaluables. Chez trois autres prestataires de soins, certaines entrées de données sont restées vides sans systématique identifiable. Chez deux autres prestataires de soins, les autres catégories d'escarres étaient vides dès qu'une date était saisie dans une catégorie. Les cas ne présentant pas d'escarre nosocomiale comportaient toutefois des entrées de données correctes dans toutes les catégories (NA). Chez un autre prestataire de soins, les saisies restaient vides en l'absence d'escarre, au lieu de l'indication prévue « NA ».

### **Groupes hospitaliers**

Pour chaque site hospitalier, lors du téléchargement des données sur la plateforme de w hoch 2 GmbH, un contrôle automatisé vérifie qu'un même cas n'apparaît pas deux fois dans le jeu de données. Ce contrôle s'effectue toutefois uniquement au sein du site hospitalier et non à l'échelle de l'ensemble du groupe hospitalier. L'analyse a révélé, pour au moins un groupe hospitalier, des indices suggérant que toutes les données de l'ensemble du groupe d'hôpital avaient été téléchargées pour chaque site (cas identiques sur différents sites).

### **Particularités au niveau des fournisseur de prestations**

Le Tableau 12 présente l'étendue des résultats descriptifs au niveau des sites hospitaliers. Une grande variance se dessine entre les hôpitaux. Des différences plus importantes peuvent être plausibles si elles sont liées à la mission de soins des différents sites hospitaliers ( p. ex. diagnostics, le séjour avant l'admission, mode d'entrée, part de cas soumis à une intervention chirurgicale). Il apparaît toutefois qu'une partie de cette variance est due à des entrées de

données non évaluables. Un examen plus approfondi des données montre que les valeurs de 100 % sont souvent liées à des saisies de données partiellement erronées. Si, par exemple, un prestataire de soins a exporté la date pour toutes les interventions chirurgicales par cas conformément aux directives pour la variable « surgery », mais a saisi, pour tous les cas sans intervention chirurgicale, aucune donnée ou une donnée non valide (par ex. « ZÉRO » ou « 0 »), cela a donné lieu à des entrées de données non évaluables pour tous les cas sans intervention chirurgicale. Toutes les entrées de données non évaluables ont été exclues des analyses concernées. Dans l'exemple décrit, cela a eu pour conséquence que, dans l'analyse relative à ce prestataire de soins concernant la variable « surgery », seuls les cas ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale ont été considérés comme évaluables. En conséquence, cela a conduit à ce que ce prestataire de soins présente une part de 100 % de cas ayant subi une intervention chirurgicale.

L'analyse des données met également en évidence des résultats suspects dont la plausibilité ne peut être vérifiée à partir des données. Ainsi, deux prestataires de soins présentaient respectivement 100 % de cas de sexe féminin et 100 % de cas de sexe masculin. Dans le cas de ces deux prestataires de soins, il s'agit probablement d'une erreur dans l'exportation de données. Les résultats indiquent en outre, pour certains prestataires de soins, un éventail plutôt restreint de codes de diagnostic différents selon les groupes de diagnostics CIM-10. En principe, il peut être plausible que cet éventail soit restreint chez des prestataires de soins très spécialisés. On a toutefois constaté, par exemple, que deux prestataires de soins présentaient des cas dont les codes de diagnostic provenaient exclusivement du groupe F « Troubles mentaux et du comportement ». Or, environ la moitié de ces cas avaient subi une intervention chirurgicale, ce qui remet en question la plausibilité des informations relatives aux diagnostics.

| VARIABLE  | M<br>MIN.- MAX.<br>(ECART)     | MÉDIANE<br>MIN.- MAX.<br>(ECART) |
|---|--------------------------------|----------------------------------|
| Âge lors de l'admission (en années)                                       | 54.8-86.4 (31.6)               | 56-87 (31)                       |
| Durée du séjour (en jours)  | 1.3-35.8 (34.5)                | 1-22 (21)                        |
| Code diagnostic (nombre)  | 1-120.1 (119.1)                | 1-46 (45)                        |
| Interventions chirurgicales pendant l'hospitalisation (nombre)            | 0-1.8 (1.8)                    | 0-2 (2)                          |
|   | <b>%<br/>MIN.-MAX. (ECART)</b> |                                  |
| Sexe (féminin)  |                                | 0.0-100.0 (100.0)                |
| Cas avec au moins une intervention chirurgicale pendant l'hospitalisation |                                | 0.0-100.0 (100.0)                |
| Séjour avant l'admission :  |                                |                                  |
| Domicile  |                                | 16.3-100.0 (83.7)                |
| Autre hôpital (soins aigus) ou maison de naissance                        |                                | 0.0-80.3 (80.3)                  |

|   |                   |
|---|-------------------|
| Division/clinique de soins aigus, même établissement  | 0.0-46.7 (46.7)   |
| Inconnu   | 0.0-18.1 (18.1)   |
| Domicile avec soins à domicile  | 0.0-16.4 (16.4)   |
| Autre   | 0.0-9.8 (9.8)     |
| Clinique de réadaptation, autre établissement   | 0.0-9.1 (9.1)     |
| Etablissement de santé non hospitalier non médicalisé   | 0.0-6.7 (6.7)     |
| Etablissement de santé non hospitalier médicalisé   | 0.0-6.1 (6.1)     |
| Division/clinique de réadaptation, même établissement   | 0.0-2.4 (2.4)     |
| Institution d'exécution des peines  | 0.0-0.7 (0.7)     |
| Clinique psychiatrique, autre établissement   | 0.0-0.7 (0.7)     |
| Divisons/clinique psychiatrique, même établissement   | 0.0-0.5 (0.5)     |
| Mode d'admission :  |                   |
| Annoncée, planifiée   | 0.0-100.0 (100.0) |
| Inconnu   | 0.0-100.0 (100.0) |
| Urgence (nécessité d'un traitement dans les 12 heures)  | 0.0-92.4 (92.4)   |
| Transfert interne   | 0.0-49.6 (49.6)   |
| Transfert dans les 24 h   | 0.0-30.1 (30.1)   |
| Réhospitalisation   | 0.0-2.2 (2.2)     |
| Autre   | 0.0-1.8 (1.8)     |
| Rapatriement  | 0.0-0.2 (0.2)     |
| Naissance (enfant né lors de ce séjour stationnaire et dans cette clinique)   | -                 |
| Cas avec au moins 1 code de diagnostic en...  |                   |
| Groupe de diagnostics F : Troubles mentaux et du comportement   | 0.0-100.0 (100.0) |
| Groupe de diagnostics I : Maladies de l'appareil circulatoire   | 0.0-98.5 (98.5)   |
| Groupe de diagnostics U : Codes d'utilisation particulière  | 0.0-97.7 (97.7)   |
| Groupe de diagnostics E : Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques  | 0.0-94.3 (94.3)   |
| Groupe de diagnostics R : Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs | 0.0-90.6 (90.6)   |
| Groupe de diagnostics CD : Tumeurs  | 0.0-87.5 (87.5)   |
| Groupe de diagnostics K : Maladies de l'appareil digestif   | 0.0-82.5 (82.5)   |
| Groupe de diagnostics Z : Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé                    | 0.0-78.2 (78.2)   |
| Groupe de diagnostics J : Maladies de l'appareil respiratoire   | 0.0-72.7 (72.7)   |

| Groupe de diagnostics M : Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif   | 0.0-72.6 (72.6)                                    |  |
|---|--|--|
| Groupe de diagnostics G : Maladies du système nerveux   | 0.0-62.2 (62.2)                                    |  |
| Groupe de diagnostics ST : Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes                                    | 0.0-62.2 (62.2)                                    |  |
| Groupe de diagnostics VWXY : Causes externes de morbidité et de mortalité   | 0.0-60.9 (60.9)                                    |  |
| Groupe de diagnostics N : Maladies de l'appareil génito-urinaire  | 0.0-59.4 (59.4)                                    |  |
| Groupe de diagnostics L : Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané  | 0.0-55.0 (55.0)                                    |  |
| Groupe de diagnostics D : Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire                                  | 0.0-54.5 (54.5)                                    |  |
| Groupe de diagnostics AB : Certaines maladies infectieuses et parasitaires  | 0.0-47.5 (47.5)                                    |  |
| Groupe de diagnostics O : Grossesse, accouchement et puerpéralité   | 0.0-16.4 (16.4)                                    |  |
| Groupe de diagnostics Q : Malformations congénitales et anomalies chromosomiques  | 0.0-13.6 (13.6)                                    |  |
| Groupe de diagnostics H : Maladies de l'œil et de ses annexes   | 0.0-10.2 (10.2)                                    |  |
| Groupe de diagnostics H2 : Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde  | 0.0-8.5 (8.5)                                      |  |
| Groupe de diagnostics P : Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale   | 0.0-2.6 (2.6)                                      |  |
| VARIABLE  | TAUX D'INCIDENCE PAR TRIMESTRE : MIN.-MAX. (ECART) | TAUX D'INCIDENCE POUR 1'000 JOURS DE SOINS : MIN.-MAX. (ECART) |
| Chutes à l'hôpital  | 0.0-100.0 (100.0)                                  | 0-95.4 (95.4)  |
| Chute à l'hôpital avec conséquences de chute  | 0.0-100.0 (100.0)                                  | 0-89.7 (89.7)  |
| Escarres nosocomiales de toutes catégories  | 0.0-100.0 (100.0)                                  | 0-88.4 (88.4)  |
| Escarres nosocomiales ≥ catégorie 2   | 0.0-100.0 (100.0)                                  | 0-87.9 (87.9)  |
| Légende : M = moyenne ; min. = minimum ; max. = maximum ; % = pourcentage ; - = non applicable (tous les cas ayant choisi cette réponse ont été exclus) |  |  |

Tableau 12 : Fourchette des résultats descriptifs parmi les fournisseurs de prestations

## BIBLIOGRAPHIE

- Ainani, N., & Irwan, A. M. (2024). Factors associated with the incidence of patient falls in hospitals: A scoping review. *Journal of Integrative Nursing*, 6(2), 117–126. (178450254). [https://doi.org/10.4103/jin.jin\\_133\\_23](https://doi.org/10.4103/jin.jin_133_23)
- Aljezawi, M. (2021). Pressure ulcer incidence in acute care settings: A multicentre prospective study. *Journal of Wound Care*, 30(11), 930–938. <https://doi.org/10.12968/jowc.2021.30.11.930>
- Baernholdt, M., Dunton, N., Grandfield, E., & Cramer, E. (2023). Quality Indicators in Critical Access Hospitals, Small Rural, and Urban Hospitals. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 23(1), 150–172. <https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v23i1.733>
- Bernet, N. S., Thomann, S., Kurpicz-Briki, M., Roos, L., Everink, I. H. J., Schols, J. M. G. A., & Hahn, S. (2022). *Potential of Electronic Medical Record Data for National Quality Measurement* (Vol. 292, pp. 51–56). IOS Press. <https://doi.org/10.24451/arbor.17250>
- Bouldin, E. L. D., Andresen, E. M., Dunton, N. E., Simon, M., Waters, T. M., Liu, M., Daniels, M. J., Mion, L. C., & Shorr, R. I. (2013). Falls among adult patients hospitalized in the United States: Prevalence and trends. *Journal of Patient Safety*, 9(1), 13–17. PubMed (23143749). <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3182699b64>
- Bours, G. J., Halfens, R. J. G., Lubbers, M., & Haalboom, J. R. (1999). The development of a national registration form to measure the prevalence of pressure ulcers in the Netherlands. *Ostomy Wound Management*, 45(11), 28–40. (10687656).
- Brophy, S., Moore, Z., Patton, D., O'Connor, T., & Avsar, P. (2021). What is the incidence of medical device-related pressure injuries in adults within the acute hospital setting? A systematic review. *Journal of Tissue Viability*, 30(4), 489–498. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2021.03.002>
- Bundesamt für Statistik. (2025). *Medizinisches Kodierungshandbuch. Der offizielle Leitfaden der Kodierrichtlinien in der Schweiz: Version 2026* [Application/pdf]. Bundesamt für Statistik. <https://doi.org/10.71668/6DMF-7012>
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2024, November 26). *Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Spitälern*.
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2025). *Geburten im Spital 2023* (14 Gesundheit). <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/35270510>
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2026). *Gesundheitswesen. Kennzahlen 2024*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/spitaeler/patienten-hospitalisierungen.assetdetail.36296421.html>
- Bundesamt für Statistik (BFS). (o. J.a). *Patienten in Spitälern*. Swiss Stats Explorer. [https://stats.swiss/vis?lc=de&fs\[0\]=Thema%2C0%7CGesundheit%2314%23&pg=0&fc=Thema&bp=true&snb=6&df\[ds\]=ds%3ADisseminate&df\[id\]=DF\\_GVS\\_INPATIENT\\_ENCOUNTER&df\[ag\]=CH1.GVS&df\[vs\]=1.0.0&dq=\\_.T.\\_T..A&lom=LASTNPERIODS&lo=1&to\[TIME\\_PERIOD\]=false](https://stats.swiss/vis?lc=de&fs[0]=Thema%2C0%7CGesundheit%2314%23&pg=0&fc=Thema&bp=true&snb=6&df[ds]=ds%3ADisseminate&df[id]=DF_GVS_INPATIENT_ENCOUNTER&df[ag]=CH1.GVS&df[vs]=1.0.0&dq=_.T._T..A&lom=LASTNPERIODS&lo=1&to[TIME_PERIOD]=false)
- Bundesamt für Statistik (BFS). (o. J.b). *Patient/innen, Hospitalisierungen*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/spitaeler/patienten-hospitalisierungen.html>

- Chaboyer, W., Latimer, S., Priyadarshani, U., Harbeck, E., Patton, D., Sim, J., Moore, Z., Deakin, J., Carlini, J., Lovegrove, J., Jahandideh, S., & Gillespie, B. M. (2024). The effect of pressure injury prevention care bundles on pressure injuries in hospital patients: A complex intervention systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *155*, 104768. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104768>
- Chen, H.-L., Cai, J.-Y., Du, L., Shen, H.-W., Yu, H.-R., Song, Y.-P., & Zha, M.-L. (2020). Incidence of Pressure Injury in Individuals With Spinal Cord Injury: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, *47*(3), 215. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000633>
- de Jong, L. D., Francis-Coad, J., Waldron, N., Ingram, K., McPhail, S. M., Etherton-Ber, C., Haines, T. P., Flicker, L., Weselman, T., & Hill, A.-M. (2021). Does Free-Text Information in Falls Incident Reports Assist to Explain How and Why the Falls Occurred in a Hospital Setting? *Journal of Patient Safety*, *17*(8), e1472. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000533>
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (2022). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 14.
- Gaedke Nomura, A. T., dos Santos Graeff, M., Pruinelli, L., & de Abreu Almeida, M. (2019). Incidence of Falls in a General Hospital in Southern Brazil. *Medinfo*, 1741–1742. (139874473). <https://doi.org/10.3233/SHTI190625>
- Gardiner, J. C., Reed, P. L., Bonner, J. D., Haggerty, D. K., & Hale, D. G. (2014). Incidence of hospital-acquired pressure ulcers – a population-based cohort study. *International Wound Journal*, *13*(5), 809–820. <https://doi.org/10.1111/iwj.12386>
- Halfens, R. J. G., Bours, G. J. J. W., & Van Ast, W. (2001). Relevance of the diagnosis ‘stage 1 pressure ulcer’: An empirical study of the clinical course of stage 1 ulcers in acute care and long-term care hospital populations. *Journal of Clinical Nursing*, *10*(6), 748–757. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2001.00544.x>
- Jiao, Y., Yuan, C., Wu, T., Zhang, H., Wei, Y., Ma, Y., Zhang, X., & Han, L. (2022). Incidence of pressure injuries in fracture patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Tissue Viability*, *31*(4), 726–734. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2022.08.006>
- Kim, J., Lee, J., & Lee, E. (2022). Risk factors for newly acquired pressure ulcer and the impact of nurse staffing on pressure ulcer incidence. *Journal of Nursing Management*, *30*(5), O1–O9. <https://doi.org/10.1111/jonm.12928>
- Kobayashi, K., Imagama, S., Inagaki, Y., Suzuki, Y., Ando, K., Nishida, Y., Nagao, Y., & Ishiguro, N. (2017). Incidence and characteristics of accidental falls in hospitalizations. *Nagoya Journal of Medical Science*, *79*(3), 291–298. <https://doi.org/10.18999/nagjms.79.3.291>
- Kurian, S., Moore, Z., Patton, D., & George, S. (2025). The Incidence of Pressure Ulcers in Surgical Patients: A Systematic Review. *International Wound Journal*, *22*(8), e70738. <https://doi.org/10.1111/iwj.70738>
- LaFond, C. M., Moreno, A. C. P., Hooper, V., Okuno-Jones, S., & Sitterding, M. (2026). A Mixed Effects Model Analysis for Inpatient Falls Using Health Record Data From 72 Hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, *jocn.70204*. <https://doi.org/10.1111/jocn.70204>

- Lee, F. S., Sararaks, S., Yau, W. K., Ang, Z. Y., Jailani, A.-S., Abd Karim, Z., Naing, L., Krishnan, T., Chu, A. R., Junus, S., Ahmad, M. S., Sapiee, N., Veloo, V. W., Manoharan, S., & A. Hamid, M. (2022). Fall determinants in hospitalised older patients: A nested case control design—Incidence, extrinsic and intrinsic risk in Malaysia. *BMC Geriatrics*, *22*(1), 179. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02846-6>
- Lemetti, T., Heikkilä, A., Heikkilä, A., Junttila, K., Kaunonen, M., Kortteisto, T., Nurmeksela, A., Salmela, S., Tanttu, P.-M., & Tervo-Heikkinen, T. (2025). Inpatient falls and pressure ulcers as nursing quality indicators in national benchmarking—A retrospective observational registry study. *International Journal for Quality in Health Care*, *37*(3), mzaf055. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaf055>
- Lima Serrano, M., González Méndez, M. I., Carrasco Cebollero, F. M., & Lima Rodríguez, J. S. (2017). Risk factors for pressure ulcer development in Intensive Care Units: A systematic review. *Medicina Intensiva (English Edition)*, *41*(6), 339–346. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2017.04.006>
- Montero-Odasso, M., Van Der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., Alexander, N. B., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I. D., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S. M., ... Rixt Zijlstra, G. A. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: A global initiative. *Age and Ageing*, *51*(9), afac205. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP], European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], & Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA]. (2014). Prävention und Behandlung von Dekubitus: Kurzfassung der Leitlinie. [http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/german\\_quick-reference-guide.pdf](http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/german_quick-reference-guide.pdf)
- Ribeiro, R. N., de Oliveira, D. V., Paiva, W. S., Sousa, R. M. C., & Vieira, R. de C. A. (2024). Incidence of pressure injury in patients with moderate and severe traumatic brain injury: A systematic review. *BMJ Open*, *14*(12), e089243. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-089243>
- Richardson, A., & Carter, R. (2017). Falls in critical care: A local review to identify incidence and risk. *Nursing in Critical Care*, *22*(5), 270–275. <https://doi.org/10.1111/nicc.12151>
- Sato, N., Hase, N., Osaka, A., Sairyō, K., & Katoh, S. (2018). Falls among Hospitalized Patients in an Acute Care Hospital: Analyses of Incident Reports. *The Journal of Medical Investigation*, *65*(1.2), 81–84. <https://doi.org/10.2152/jmi.65.81>
- Sultan, P., Monks, D. T., Sharawi, N., Bamber, J., Panelli, D. M., Sauro, K. M., Shah, P. S., Muraca, G. M., Metcalfe, A., Wood, S. L., Jago, C. A., Daly, S., Blake, L. E. A., Macones, G. A., Caughey, A. B., Wilson, R. D., & Nelson, G. (2026). Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society recommendations (part 3)—2025 update. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *233*(6), S184–S198. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2025.01.038>

- Tervo-Heikkinen, T. A., Heikkilä, A., Koivunen, M., Kortteisto, T., Peltokoski, J., Salmela, S., Sankelo, M., Ylitörmänen, T. S., & Junntila, 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>
- Thomann, S., Roos, L., Riedweg, J., & Bernet, N. S. (2023). *Sturz und Dekubitus Akutsomatik Erwachsene. Nationaler Vergleichsbericht Messung 2022*. ANQ; Berner Fachhochschule (BFH). [https://results.anq.ch/fileadmin/documents/anq/17/20230701\\_Nationaler-Vergleichsbericht-Praevalenzmessung-2022\\_Erwachsene.pdf](https://results.anq.ch/fileadmin/documents/anq/17/20230701_Nationaler-Vergleichsbericht-Praevalenzmessung-2022_Erwachsene.pdf)
- Van Nie, N. C., Schols, J. M. G. A., Meesterberends, E., Lohrmann, C., Meijers, J. M. M., & Halfens, R. J. G. (2013). An international prevalence measurement of care problems: Study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, *69*(9), 18–29. (23941057). <https://doi.org/10.1111/jan.12190>
- Xu, J., Jiao, Y., Wang, N., Xu, X., Yang, L., Han, L., & Lv, L. (2025). Incidence of pressure injuries in patients with spinal cord injury: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Tissue Viability*, *34*(2), 100881. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2025.100881>
- Yaghoubi, S., Gooraji, S. A., Habibi, M., & Torkaman, F. (2022). Fall incidence in hospitalized patients and prediction of its risk factors using a weighted Poisson model. *Journal of Public Health: From Theory to Practice (2198-1833)*, *30*(12), 2971–2980. (160293795). <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01476-3>

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Distribution des escarres nosocomiales selon les catégories dans les mesures de la prévalence de 2018, 2019 et 2022, ainsi que dans la mesure pilote de 2025 ..... 21

## LISTE DES TABLEAUX

|   |    |
|---|----|
| Tableau 1 : Caractéristiques des cas .....  | 12 |
| Tableau 2 : Taux d'incidence par trimestre de chutes à l'hôpital et de chute à l'hôpital avec conséquences de chute .....   | 13 |
| Tableau 3 : Taux d'incidence pour 1'000 jours de soins des chutes à l'hôpital et des chutes à l'hôpital avec conséquences de chute .....                                | 13 |
| Tableau 4 : Distribution du nombre de chutes à l'hôpital et des chutes à l'hôpital avec conséquences de chute .....   | 14 |
| Tableau 5 : Taux d'incidence par trimestre des escarres nosocomiales toutes catégories confondues, ainsi que celles de catégorie 2 et supérieure .....                  | 15 |
| Tableau 6 : Taux d'incidence pour 1'000 jours de soins pour les escarres nosocomiales toutes catégories confondues, ainsi que celles de catégorie 2 et supérieure ..... | 15 |
| Tableau 7 : Distribution du nombre des escarres nosocomiales toutes catégories confondues, ainsi que celles de catégorie 2 et supérieure .....                          | 16 |
| Tableau 8 : Cas présentant des données évaluables et non évaluables dans toutes les variables .....   | 17 |
| Tableau 9 : Exemple de formation d'une variable de résultat binaire pour les escarres nosocomiales .....  | 30 |
| Tableau 10 : Exemple de formation d'une variable de résultat de somme pour les escarres nosocomiales .....  | 30 |
| Tableau 11 : Ecart cas évaluables et non évaluables .....   | 33 |
| Tableau 12 : Fourchette des résultats descriptifs parmi les fournisseurs de prestations .....   | 39 |



## MENTIONS LÉGALES

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Titre et sous-titre       | Rapport succinct : Résultats de la mesure pilote chute et escarre 2025  |
| Année                     | 2026  |
| Auteurs et auteurs        | Silvia Thomann, Karin Thomas, Cécile JeanRichard, Niklaus S. Bernet   |
| Adresse de correspondance | Haute école spécialisée bernoise<br>Département Santé<br>Recherche appliquée et développement des soins<br>Institut d'analyse national Mesure chute et escarre<br>Murtenstrasse 10<br>3008 Berne<br><a href="mailto:qi.gesundheit@bfh.ch">qi.gesundheit@bfh.ch</a>  |
| Mandant ANQ               | ANQ<br>Maxime Sapin<br>Bureau<br>Weltpoststrasse 5<br>CH-3015 Berne<br>+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>  |
| Copyright                 | ANQ<br><br>Haute école spécialisée bernoise<br>Département Santé<br>Recherche appliquée et développement des soins<br>Institut d'analyse national Mesure chute et escarre<br>Murtenstrasse 10<br>3008 Berne<br><a href="mailto:qi.gesundheit@bfh.ch">qi.gesundheit@bfh.ch</a><br><br>Ce rapport est mis à la disposition du public sous la licence Creative Commons CC BY-SA 4.0. |
| Citations                 | Thomann, S., Thomas, K., JeanRichard, C., & Bernet, N. S. (2026). <i>Rapport succinct : Résultats de la mesure pilote chute et escarre</i> (pp. 1-44). ANQ, BFH.  |