
Mesure Chute et escarre

FAQ

Février 2025 / version 1.1

Bienvenue dans la FAQ relative à la Mesure chute et escarre. Vous trouverez ici les réponses aux questions fréquemment posées en rapport avec la mesure. Cette FAQ est régulièrement mise à jour.

Si vous avez des questions auxquelles vous ne trouvez pas de réponse ici, n'hésitez pas à nous contacter directement (daniela.zahnd@anq.ch).

Questions concernant l'organisation de la mesure pilote

Questions	Réponses
Concrètement, quelle est la procédure de vérification de la qualité des données (par ex. audit) ? (octobre 2024)	Actuellement, aucun audit spécifique sur le thème Chute et escarre n'est prévu par l'ANQ. Conformément au Contrat de qualité selon l'art. 58a LAMal, des audits externes peuvent être organisés. Les principaux objectifs des audits en Soins aigus sont consignés dans l'Annexe 2 du Contrat de qualité.
La mesure en 2024 se fera-t-elle selon l'ancienne méthode ? (octobre 2024)	La mesure est suspendue depuis début 2023, ce qui signifie qu'il n'y aura pas de mesure en 2024.
Si une institution ne participe pas à la mesure pilote en raison d'un très petit nombre de cas, quelles sont les exigences à remplir pour la période 2024-2026 ? (octobre 2024)	Même une petite institution peut participer à la mesure pilote, un petit nombre de cas n'est pas un critère d'exclusion. En cas de non-participation, le SIC peut être vérifié pour voir si les variables nécessaires sont saisies et si l'exportation des données est faisable.
Y a-t-il des initiatives visant à trouver des solutions uniformes avec les fournisseurs de SIC, pour que chaque hôpital n'ait pas à développer ses propres solutions (KISIM, EPIC, etc.) ? (octobre 2024)	Actuellement, cela n'est pas prévu. Le marché des fournisseurs de SIC en Suisse est très diversifié. Même si les hôpitaux/cliniques utilisent les mêmes systèmes, ceux-ci sont souvent adaptés aux besoins spécifiques de chaque établissement.
Nous serions très intéressés par le manuel de mesure pour pouvoir décider si nous pouvons participer à la mesure pilote. (octobre 2024)	Dans un premier temps, le manuel de mesure sera mis à la disposition des hôpitaux et des cliniques ayant décidé de participer à la mesure pilote. Afin d'aider les hôpitaux et cliniques dans leur décision de participer à la mesure pilote, ils ont tous reçu fin septembre 2024 le tableau des variables à fournir.
Pourquoi la pédiatrie est-elle exclue ? (octobre 2024)	La mesure « Escarres chez les enfants » n'est actuellement pas incluse dans le plan de mesure de l'ANQ, mais elle a été conçue de manière à pouvoir être utilisée à l'avenir dans le domaine pédiatrique. L'objectif de l'ANQ est de rendre cette mesure bientôt accessible au domaine pédiatrique.
Y aura-t-il encore des indicateurs volontaires ? Par ex. la malnutrition ? (octobre 2024)	Pas pour le moment.
Les hôpitaux n'ayant pas encore de dossier patient électronique peuvent-ils participer à la mesure pilote ? (octobre 2024)	La condition de base pour participer à la mesure pilote est qu'un hôpital dispose de SIC électronique.
À qui appartiennent les évaluations des hôpitaux/cliniques ? (octobre 2024)	Les évaluations des hôpitaux et cliniques appartiennent aux établissements respectifs. L'ANQ n'a pas accès à ces données (dans les tableaux de bord).
Quand est-il prévu que la mesure soit obligatoire pour l'ensemble des hôpitaux et cliniques ? (octobre 2024)	La première mesure obligatoire au niveau national est prévue pour le printemps 2026 (recueil des données de février à avril 2026). Les résultats de cette mesure ne seront pas publiés de manière transparente.

Questions concernant la méthodologie

Questions	Réponses
<p>Quelle est la manière de procéder si une escarre s'aggrave au cours du séjour et nécessite une catégorie plus élevée ? Sera-t-elle alors comptabilisée comme une escarre ? (octobre 2024)</p>	<p>Idéalement, il convient de relever la catégorie la plus élevée d'escarres par localisation. En principe, chaque escarre n'est comptabilisée qu'une seule fois.</p>
<p>Pourquoi la période d'observation a-t-elle été fixée à 3 mois ? (octobre 2024)</p>	<p>Les 3 mois représentent le compromis fixé par l'ANQ avec la participation du comité de qualité Chute et escarre (GQ). Au niveau international, les périodes prises en compte varient énormément, c'est pourquoi il n'existe pas de recommandations claires concernant la période d'observation. Trois mois présentent l'avantage de permettre aux petits hôpitaux/cliniques d'inclure un nombre plus consistant de cas. Il a également été question d'inclure les données d'une année entière. Cette idée a été rejetée car l'objectif est de publier les résultats l'année même où les données ont été collectées, une fois la mesure établie.</p>
<p>Comment les escarres sont-elles classifiées ? (octobre 2024)</p>	<p>Les escarres sont classifiées selon EPUAP / NPIAP / PPIIA 2019.</p>
<p>La catégorie d'escarre 1 est-elle également incluse ? (octobre 2024)</p>	<p>Tous les événements d'escarres sont inclus. Désormais, et comme auparavant, il y aura une évaluation séparée sans escarres de catégorie 1.</p>
<p>Lors de la mesure Chute et escarre, comment sont traitées les manifestations relatives aux escarres « Ne peut être affectée à aucune catégorie/aucun stade : profondeur inconnue » et « Soupçon de détérioration tissulaire profonde : profondeur inconnue » ? (octobre 2024)</p>	<p>Pour les escarres, les catégorisations selon EPUAP / NPIAP / PPIIA 2019 s'appliquent. Cela signifie que les manifestations mentionnées dans la question doivent également être prises en compte dans l'exportation des données.</p>
<p>Quelle est la version applicable de la définition des escarres ? Où puis-je la trouver ? (octobre 2024)</p>	<p>Pour la mesure pilote, c'est la définition des escarres selon EPUAP / NPIAP / PPIIA 2019 qui s'applique. Vous trouverez la définition correspondante et les spécifications pertinentes pour la définition dans l'Annexe B du manuel de mesure.</p>
<p>Est-il exact que seules quelques variables sont disponibles pour l'ajustement des risques ? (octobre 2024)</p>	<p>La procédure concrète d'ajustement des risques doit être finalisée en tenant compte des données. On part actuellement du principe qu'il y aura toujours un modèle hiérarchique. Concernant les variables de risque, il est regrettable que l'hétérogénéité des instruments utilisés au sein des hôpitaux rende impossible la disponibilité future d'informations sur la dépendance aux soins et l'évaluation du risque d'escarres. En revanche, d'autres données, comme les diagnostics, sont disponibles avec un niveau de détail plus élevé. De plus, certaines données que les hôpitaux doivent collecter de manière uniforme pour SpiGes seront</p>

	désormais disponibles pour l'ajustement des risques. Les variables finales à inclure, pouvant être utilisées un jour pour l'ajustement des risques, ont été définies en collaboration avec le GQ, y compris en ce qui concerne la faisabilité. Une fois la méthode établie, il est envisageable d'étendre l'ensemble des variables. Pour pouvoir démarrer avec la nouvelle méthode, nous avons dû nous mettre d'accord sur un ensemble de données minimum (le plus petit dénominateur commun permettant néanmoins l'ajustement des risques) que la plupart des hôpitaux peuvent exporter.
Tous les cas doivent-ils être répertoriés, même si aucune chute ni escarre n'a été documentée ? (octobre 2024)	Selon le Chapitre 3.3 du manuel de mesure, l'ensemble des patients/patientes ayant quitté l'établissement entre le 1 ^{er} février 2025 et le 30 avril 2025 doivent être pris en compte dans l'exportation des données. La date d'admission n'a pas d'importance. Les données de toutes les patients/patientes* sorti-e-s au cours de cette période sont exportées, qu'il y ait eu ou non une chute ou une escarre.
Si le SIC ne génère pas automatiquement de rapport, par exemple pour distinguer les escarres par catégorie, faut-il le déterminer manuellement pour chaque patient/patiente sur une période de 3 mois ? (octobre 2024)	L'approche méthodologique a été développée en collaboration avec le GQ et d'autres hôpitaux ayant participé aux analyses de faisabilité. La mesure pilote doit maintenant servir à vérifier la faisabilité dans un cercle élargi d'hôpitaux. Nous espérons ainsi obtenir un retour d'information sur ce qui est possible ou non dans les hôpitaux. Si l'exportation des escarres par catégorie se révèle impossible pour une majorité d'hôpitaux, ce constat sera discuté au sein du GQ qui examinera s'il est nécessaire d'adapter la procédure. L'idée n'est pas que les hôpitaux pilotes doivent procéder à une classification manuelle des catégories d'escarre. La tâche des hôpitaux pilotes consisterait plutôt à signaler les difficultés rencontrées dans le cadre de l'évaluation et, si nécessaire, à examiner comment cette classification pourrait être automatisée et exportée à l'avenir.
Dans le cadre de l'étude de faisabilité, il a été envisagé de saisir également les médicaments/groupes de médicaments comme variable d'influence sur les chutes et escarres. Seront-ils enregistrés avec la nouvelle méthode ? (octobre 2024)	Les médicaments ne sont pas pris en compte dans l'exportation des données. Même si cela a été envisagé à un moment donné, l'idée a été abandonnée en raison de la charge de travail par rapport aux bénéfices escomptés.
Les femmes venant d'accoucher sont-elles également incluses dans la mesure ? (octobre 2024)	Oui, les femmes venant d'accoucher sont également incluses dans la mesure si elles remplissent les critères d'inclusion et d'exclusion conformément au Chapitre 3.3 du manuel de mesure.
Les patientes/patients sont-elles/ils inclus-e-s dans la mesure même si elles/ils ne sont hospitalisé-e-s qu'une seule nuit ? (octobre 2024)	Oui, tous les patients/toutes les patientes sont inclus-es dans la mesure dès qu'ils/elles ont été hospitalisé-es pour une nuit (règle de minuit) et qu'ils/elles remplissent les autres critères d'inclusion et d'exclusion conformément au Chapitre 3.3 du manuel de mesure.

<p>Qu'en est-il des patientes/patients présentant plusieurs escarres ? Sont-elles/ils comptabilisé-e-s comme un seul cas d'escarre ou comme plusieurs cas ? (octobre 2024)</p>	<p>Selon le Tableau 3 du manuel de mesure, l'exportation de données doit contenir pour chaque patient/patiente (cas) le degré de gravité le plus élevé de l'escarre nosocomiale par localisation, c'est-à-dire qu'un cas dans l'exportation de données peut présenter plusieurs escarres.</p> <p>Dans l'analyse des données, selon les calculs (voir Chapitre 8 du manuel de mesure,), on calcule à la fois le nombre de patientes/patients ayant subi l'événement négatif (chute/escarre) et le nombre d'événements négatifs (chute/escarre).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'incidence par trimestre : L'unité d'analyse est représentée par les patients/patientes, c'est-à-dire que le nombre effectif d'escarres/chutes par patient/patiente n'a pas d'importance. • Taux d'incidence pour 1000 jours de soins : l'unité d'analyse est représentée par les escarres/chutes, c'est-à-dire que le nombre effectif d'escarres/chutes par patient/patiente a de l'importance.
<p>Si des patientes/patients sont réhospitalisé-e-s avec une escarre, est-ce que deux cas sont comptabilisés alors qu'il s'agit d'une escarre qui l'a déjà été ? (octobre 2024)</p>	<p>Lorsque les patientes/patients sont réhospitalisé-e-s avec une escarre, l'escarre est classifiée comme « escarre non nosocomiale » lors de la réadmission. Lors de la classification, les escarres sont divisées en événements nosocomiaux et préexistants.</p>
<p>Comment la fiabilité du diagnostic d'escarre est-elle assurée ? (octobre 2024)</p>	<p>Les données sont basées sur l'auto-déclaration. La garantie de la qualité des données incombe aux hôpitaux et aux cliniques. Leur responsabilité est de former le personnel à reconnaître et à classifier correctement une escarre.</p> <p>Du côté de la BFH et de w hoch 2, les ensembles de données sont vérifiés pour détecter les anomalies (contrôle de plausibilité).</p> <p>Vous trouverez plus d'informations au Chapitre 6 du manuel de mesure.</p>
<p>Quelle source de données utilise-t-on pour mesurer les « escarres » : les données collectées dans le cadre des soins (SIC) ou les données issues du codage médical ? (octobre 2024)</p>	<p>Les données relatives aux résultats (chute, conséquences de la chute et escarres) doivent être exportées du système d'information hospitalier (SIC) et ne doivent donc pas être basées sur le codage médical. Des études ont montré que les données de codage concernant les chutes et escarres sont très imprécises, car parfois seuls les diagnostics pertinents pour la facturation sont codés.</p>
<p>Combien de temps après une chute ses conséquences (oui/non) doivent-elles être enregistrées ? (février 2025)</p>	<p>Les conséquences de la chute sont à enregistrer sans limite de temps.</p>
<p>Dans la liste des variables, il est indiqué sous Site principal que le site où les coûts principaux ont été engagés doit être exporté. Cela signifie-t-il que si l'escarre est apparue sur le site 1,</p>	<p>Étant donné que chaque site doit effectuer sa propre exportation de données, le numéro à huit chiffres du site doit être exporté sous la variable « burnr » conformément au Registre des entreprises et des établissements de l'OFS. Pour chaque site, il faut exporter l'ensemble du cas (de la</p>

<p>mais que le patient/la patiente génère la plupart des coûts sur le site 2, seules les données du site 2 doivent être exportées ? (février 2025)</p>	<p>date d'admission à la date de sortie sur ce site), quel que soit le site où la plupart des coûts ont été engagés. Les explications du Tableau 3 concernant la variable « burnr » ont été adaptées en conséquence dans le manuel de mesure (version 1.2).</p>
<p>Pourquoi les réadmissions doivent-elles être répertoriées comme un nouveau cas alors qu'elles comptent comme un cas pendant la période SwissDRG ? (février 2025)</p>	<p>Comme décrit au Chapitre 3.3.3, chaque hospitalisation est considérée comme un cas, qu'il s'agisse d'une réadmission ou non. Il n'y a pas de regroupement des cas.</p>
<p>La localisation doit-elle également être enregistrée pour les escarres de tension ? (février 2025)</p>	<p>Comme indiqué dans les spécifications relatives aux escarres de l'Annexe B du manuel de mesure, les escarres de tension sont considérées comme des escarres de catégorie 2. Celles-ci doivent donc également être prises en compte dans l'exportation de données avec la date et le suffixe de « localisation ».</p>
<p>Si le médecin procède toujours à un examen clinique après une chute, cela est-il déjà considéré comme une chute avec conséquences de la chute ? (février 2025)</p>	<p>Non. Ceci a été précisé comme suit dans le manuel de mesure (version 1.2) à l'annexe A sous les spécifications de définition :</p> <p>« Les mesures diagnostiques complémentaires à la suite d'une chute sont considérées comme les conséquences d'une chute, quel que soit le résultat (décision GQ, 2024). Cependant, la première évaluation après un événement de chute par un professionnel (infirmier, médecin, etc.) n'est pas considérée comme une mesure diagnostique complémentaire. On parle de chute avec conséquences de la chute uniquement si l'évaluation initiale révèle des blessures évidentes ou suspectées qui nécessitent des mesures diagnostiques et/ou thérapeutiques supplémentaires et entraînent ainsi des frais supplémentaires pour l'hôpital/la clinique (indépendamment du résultat). C'est par exemple le cas lorsqu'un scanner (CT) ou une surveillance régulière de l'état de conscience (surveillance GCS) est nécessaire pour clarifier les blessures (décision GQ, 2025). »</p>
<p>La réadaptation a été mentionnée comme critère d'exclusion. Tous les cas sont-ils exclus malgré les prescriptions SwissDRG ? (février 2025)</p>	<p>Non. Le critère d'exclusion suivant, conformément au Chapitre 3.3.2 du manuel de mesure, est déterminant : sont exclus de la mesure les patients/patientes de toutes les spécialités dont les prestations ne sont pas facturées via le système tarifaire DRG. Par conséquent, les cas de réadaptation gériatrique doivent être exclus, tandis que les cas de gériatrie aiguë doivent être inclus.</p>
<p>Les données nécessaires à la mesure peuvent-elles également être générées à partir des rapports de sortie ? (février 2025)</p>	<p>Cela dépend de la manière dont les rapports de sortie sont générés et de l'endroit où les informations sont collectées. Le manuel de mesure stipule au Chapitre 4 que les données relatives aux résultats (chutes, conséquences des chutes et escarres) doivent être exportées du SIC (système d'information clinique, qui regroupe les données médicales et infirmières). Si les rapports de sortie sont basés</p>

	<p>sur cette même source de données, ils peuvent également être utilisés comme base de données. Cependant, si les rapports de sortie ne sont pas basés sur les données du SIC ou si toutes les données du SIC concernant les chutes et escarres ne sont pas systématiquement extraites pour le rapport de sortie, ce dernier ne peut être autorisé pour l'exportation des résultats.</p>
<p>Il est compréhensible que le degré de gravité des catégories des escarres « Ne peut être affecté à aucune catégorie, profondeur inconnue » et « Dommages tissulaires profonds probables, profondeur inconnue » soit considérée comme plus grave qu'une escarre de catégorie 1. Sur le plan clinique, rien ne justifierait qu'elles soient classées dans des catégories inférieures à 2 à 4. Comment comprendre cette classification ? (février 2025)</p>	<p>Les deux indicateurs de résultats suivants sont calculés pour les analyses nationales : Taux d'incidence national des escarres nosocomiales et taux d'incidence national nosocomial de catégorie ≥ 2. Il fallait trouver une systématique permettant de calculer ces deux indicateurs. Pour les escarres de catégorie « Profondeur inconnue », le problème est que le degré de gravité n'est pas clair et qu'il est donc difficile de savoir si l'escarre doit être classée dans la catégorie 2, 3 ou 4. Cependant, il est généralement admis que ces catégories doivent être classées au-dessus de la catégorie 1. Il s'agit donc plutôt d'une spécification technique sur la manière dont les données de l'analyse doivent être prises en compte, et non sur la manière dont ces catégories doivent être évaluées cliniquement selon leur degré de gravité.</p>
<p>Numérotation des localisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment doit-on procéder pour numéroter les localisations des escarres ? • La numérotation est-elle prédéfinie pour chaque localisation ? <p>(février 2025)</p>	<p>Dans le cas d'une escarre nosocomiale, le degré de gravité peut changer pendant l'hospitalisation. Lors de l'exportation des données, c'est toujours le degré de gravité le plus élevé par escarre nosocomiale et par localisation qui est pris en compte. Afin de s'assurer (hôpitaux et w hoch 2) que chaque localisation n'a été prise en compte qu'une seule fois (à savoir dans son degré de gravité le plus élevé) lors de l'exportation des données, il a été décidé de définir une mesure technique consistant à attribuer un numéro séquentiel de 1 à n à chaque localisation (L), qui devra être ajouté à la date en tant que suffixe, séparé par un trait de soulignement « _ ». Si l'exportation de données contient plusieurs escarres nosocomiales avec le même numéro de suffixe (c'est-à-dire la même localisation) pour un cas, cela indique qu'une escarre d'une localisation a été prise en compte plusieurs fois par erreur dans l'exportation de données au lieu d'être prise en compte uniquement pour le degré de gravité le plus élevé. La numérotation des localisations n'est pas prédéfinie. Les hôpitaux peuvent définir le numéro attribué à chaque localisation à l'aide de leur système d'enregistrement interne. Mais cela peut aussi varier d'un cas à l'autre.</p>
<p>Existe-t-il des modèles/exemples de formulaires à utiliser dans le SIC pour enregistrer les variables nécessaires ? (février 2025)</p>	<p>Étant donné que les hôpitaux et les cliniques utilisent des SIC très différents, il n'est pas possible de fournir un modèle universel. Même avec un modèle, l'implémentation devrait être vérifiée au cas par cas sur place. Cependant, le Tableau 3 du manuel de mesure décrit en</p>

	détail les variables à exporter avec leurs manifestations et des exemples.
--	--

Questions concernant le tableau de bord

Questions	Réponses
Existe-t-il un modèle d'exportation qui indique ce qui doit être exporté du SIC et comment ? (octobre 2024)	Les variables à exporter sont décrites dans le manuel de mesure avec leurs manifestations et des exemples pour chacune d'entre elles.
De quel type de fichier d'exportation a-t-on besoin ? xml ? csv ? Existe-t-il un modèle d'exportation permettant de voir comment exporter à partir du SIC ? (octobre 2024)	Le fichier d'exportation doit être un tableau à deux dimensions. w hoch 2 s'efforce de réduire les obstacles autant que possible. C'est pourquoi tous les formats de fichiers courants (csv, txt, xlsx, sav, rds, etc.) sont acceptés. Les séparateurs et les en-têtes sont automatiquement reconnus.
Les données peuvent-elles être annulées et mises à jour ? (février 2025)	Les données peuvent être téléchargées à nouveau jusqu'à ce que les données finales soient livrées. Les anciennes données sont écrasées.
Bien que je sois connecté à w hoch 2, le signalment d'une erreur apparaît lorsque je clique sur StuDek. (février 2025)	Actuellement, rien ne s'affiche, car l'application est encore en cours de développement. L'accès sera possible à partir de la mi-mars.
Comment cela se passe-t-il pour les transferts internes au sein d'un groupe hospitalier, lorsqu'aucun nouveau numéro de cas n'est généré ? (février 2025)	Comme une exportation de données est effectuée pour chaque site, il n'y a aucun inconvénient à ce que le patient/la patiente conserve le même numéro de cas pour chaque site (le dossier n'apparaît qu'une seule fois par site). Sauf si un patient/une patiente est transféré-e plusieurs fois dans un groupe hospitalier, c'est-à-dire s'il a plusieurs épisodes dans un même site hospitalier. Dans ce cas, les différents épisodes (cas) peuvent encore être différenciés en fonction des différentes dates d'admission et de sortie, mais il serait utile d'ajouter un chiffre au numéro de cas, par exemple cas 100 pour le premier épisode = cas 1001, pour le deuxième épisode = cas 1002, etc.