

MANUEL DE MESURE

CHUTE ET ESCARRE

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

Version : 2.0

Date : Novembre 2025

Légende : Modifications apportées à la version 1.3



Sommaire

Liste des abréviations.....	3
1. Contexte	4
2. Objectifs & problématiques.....	6
3. Méthode de mesure	7
3.1 Organigramme de la mesure nationale chute et escarre	7
3.2 Aperçu de la base des données et de la période d'observation.....	9
3.3 Population cible et critères d'inclusion et d'exclusion.....	10
3.3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion des hôpitaux et cliniques.....	10
3.3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion au niveau de la patiente/du patient	10
3.3.3 Définition de cas.....	11
3.4 Définitions chute, chute avec conséquences de la chute et escarre	12
4. Exportation des données.....	14
4.1 Principes de base	14
4.2 Spécifications relatives à la structure et au format des données.....	15
5. Transfert de données.....	30
6. Qualité des données.....	32
7. Protection des données.....	34
8. Analyse des données et établissement des rapports.....	35
8.1 Bases de calcul des indicateurs de résultats.....	35
9. Aperçu de l'agenda.....	37
Bibliographie	38
Liste des figures.....	39
Liste des tableaux	40
Annexes.....	41
Mentions légales	48

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AHRQ	Agency for Healthcare research and Quality
BFH	Haute école spécialisée bernoise, domaine santé
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CIM-10	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes 10 ^e édition
CLM	Centre de logistique de mesure
DAI	Dermatite associée à l'incontinence
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DCAH	Dommages cutanés associés à l'humidité
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
GQ	Groupe qualité
Heds FR	Haute école de santé Fribourg
IT	Informatique
LAMAL	Loi sur l'assurance-maladie
LRH	Loi relative à la recherche sur l'être humain
NDNQI	National Database of Nursing Quality Indicators
NPIAP	National Pressure Injury Advisory Panel
OFS	Office fédéral de la statistique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PPPIA	Pan Pacific Pressure Injury Alliance
PTG	Prothèse totale du genou
QM	Gestion de la qualité
REE	Registre des entreprises et des établissements
SpiGes	Séjours stationnaires en hôpitaux : Utilisation multiple des données (Projet SpiGes)
SIC	Système d'information clinique électronique
SUPSI	Scuola universitaria della Svizzera Italiana
TDM	Tomodensitométrie

1. CONTEXTE

L'ANQ est responsable de la mesure des indicateurs de qualité dans les hôpitaux et cliniques suisses. L'ANQ, les institutions faîtières H+ les hôpitaux de Suisse, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Santésuisse et les compagnies d'assurance helvétiques ont signé le contrat national de qualité le 18 mai 2011. À ce titre, les partenaires contractuels règlent le financement et la mise en œuvre des mesures de la qualité conformément aux instructions (plan de mesure) de l'ANQ pour les hôpitaux et les cliniques ayant signé le contrat qualité national de l'ANQ. Les hôpitaux et cliniques adhérents au Contrat sont tenus de participer à des mesures de la qualité.

Les mesures de la qualité constituent une base importante pour effectuer des comparaisons avec les meilleures pratiques d'organisations (benchmarking) et ainsi pour améliorer la qualité dans les domaines de la prévention et du traitement. Jusqu'en 2011, en ce qui concerne les indicateurs sensibles des soins chutes et escarres, seules étaient disponibles en Suisse des données au niveau des institutions. Dans les autres cas, les données étaient évaluées à l'aide des taux de complications indiqués par les infirmier·ère·s (Schubert et al., 2009). En 2011, l'ANQ a intégré les indicateurs sensibles des soins chutes et escarres chez les adultes dans le plan de mesure des soins aigus, conformément à une recommandation ressortant d'une analyse de la littérature (Kuster et al., 2009).

Depuis 2011, l'ANQ a confié à la Haute école spécialisée bernoise (BFH) la mission de servir d'institut d'analyse pour l'ensemble de la Suisse dans le cadre de la mesure de la qualité nationale des chutes et escarres dans le domaine des soins aigus des hôpitaux et cliniques suisses. En ce qui concerne le recueil des données au Tessin et en Romandie, la BFH coopère avec la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI) et la Haute école de santé Fribourg (Heds FR). Jusqu'en 2022, la méthode utilisée pour la récolte des données était la « International Prevalence Measurement of Care Problems » (LPZ International) de l'Université de Maastricht, Pays-Bas (Bours et al., 1999; Van Nie-Visser et al., 2013). À partir de 2023, l'ANQ a décidé d'investir, en collaboration avec la BFH, dans le développement d'une mesure de la qualité des chutes et escarres basée sur des données (cliniques) de routine ([lien site web ANQ](#)). Ce développement (continu) est basé 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'aucun relevé de données au sens classique du terme n'est effectué, mais que les données cliniques de routine, qui sont saisies de manière standard dans le processus de traitement et documentées dans le système d'information clinique (SIC), sont réutilisées pour la mesure des chutes et des escarres dans les hôpitaux. L'ANQ a confié la mise en œuvre technique de cette nouvelle méthode de mesure à w hoch 2 GmbH. w hoch 2 GmbH se charge de la logistique de mesure, de l'hébergement des données et de l'exploitation descriptive des données au niveau des institutions pour les prestataires (tableau de bord).

Ce manuel de mesure décrit l'objectif, la méthode de mesure, la procédure d'exportation des données, les considérations sur la protection des données, l'analyse des données, les rapports et le calendrier en bref. Le manuel de mesure s'adresse aux personnes responsables de la mise en application de la mesure nationale des chutes et escarres dans les institutions.

2. OBJECTIFS & PROBLÉMATIQUES

Avec la mesure nationale chute et escarre, des informations sur les indicateurs de qualité sensibles aux soins que sont les chutes et les escarres (Burston et al., 2013; Heslop & Lu, 2014; Kuster et al., 2009) sont collectées systématiquement et à grande échelle dans les hôpitaux et cliniques (soins somatiques aigus) de Suisse et de la Principauté du Liechtenstein. La mesure a pour objectif principal de présenter, sur la base des informations disponibles dans le système informatique clinique, le taux d'incidence des chutes survenues à l'hôpital/à la clinique, le taux d'incidence des chutes avec conséquence survenues à l'hôpital/à la clinique, ainsi que le taux d'incidence des escarres nosocomiales (« acquises à l'hôpital/à la clinique ») de catégorie 1 et supérieure ou de catégorie 2 et supérieure.

L'objectif de la première mesure nationale en 2026, sans publication transparente des résultats, est de générer des résultats descriptifs au niveau institutionnel et au niveau national.

À l'avenir, les problématiques suivantes sont abordées par la mesure nationale chute et escarre :

- Quel est le taux d'incidence de chute survenue à l'hôpital/à la clinique ?
- Comment se présente la comparaison (ajustée au risque) des hôpitaux/cliniques au niveau de l'indicateur chute à l'hôpital/à la clinique ?
- Quel est le taux d'incidence de chute survenue à l'hôpital/à la clinique avec conséquences de la chute ?
- Comment se présente la comparaison des hôpitaux/cliniques ajustée au risque au niveau de l'indicateur chute à l'hôpital/à la clinique avec conséquences de la chute ?
- Quel est le taux d'incidence des escarres nosocomiales de catégorie 1 et supérieure ?
- Comment se présente la comparaison des hôpitaux/cliniques ajustée au risque au niveau de l'indicateur escarre nosocomiale de catégorie 1 et supérieure ?
- Quel est le taux d'incidence des escarres nosocomiales de catégorie 2 et supérieure ?
- Comment se présente la comparaison des hôpitaux/cliniques ajustée au risque au niveau de l'indicateur escarre nosocomiale de catégorie 2 et supérieure ?

3. MÉTHODE DE MESURE

3.1 ORGANIGRAMME DE LA MESURE NATIONALE CHUTE ET ESCARRE

Ce chapitre comprend l'organigramme, y compris une brève description des organisations impliquées et de leur rôle dans le cadre de la mesure nationale chute et escarre, ainsi que les coordonnées des personnes à contacter.

L'organisation et les responsabilités spécifiques dans le cadre de la mesure nationale chute et escarre sont représentées schématiquement dans la Figure 1 et décrites en détail ci-dessous.

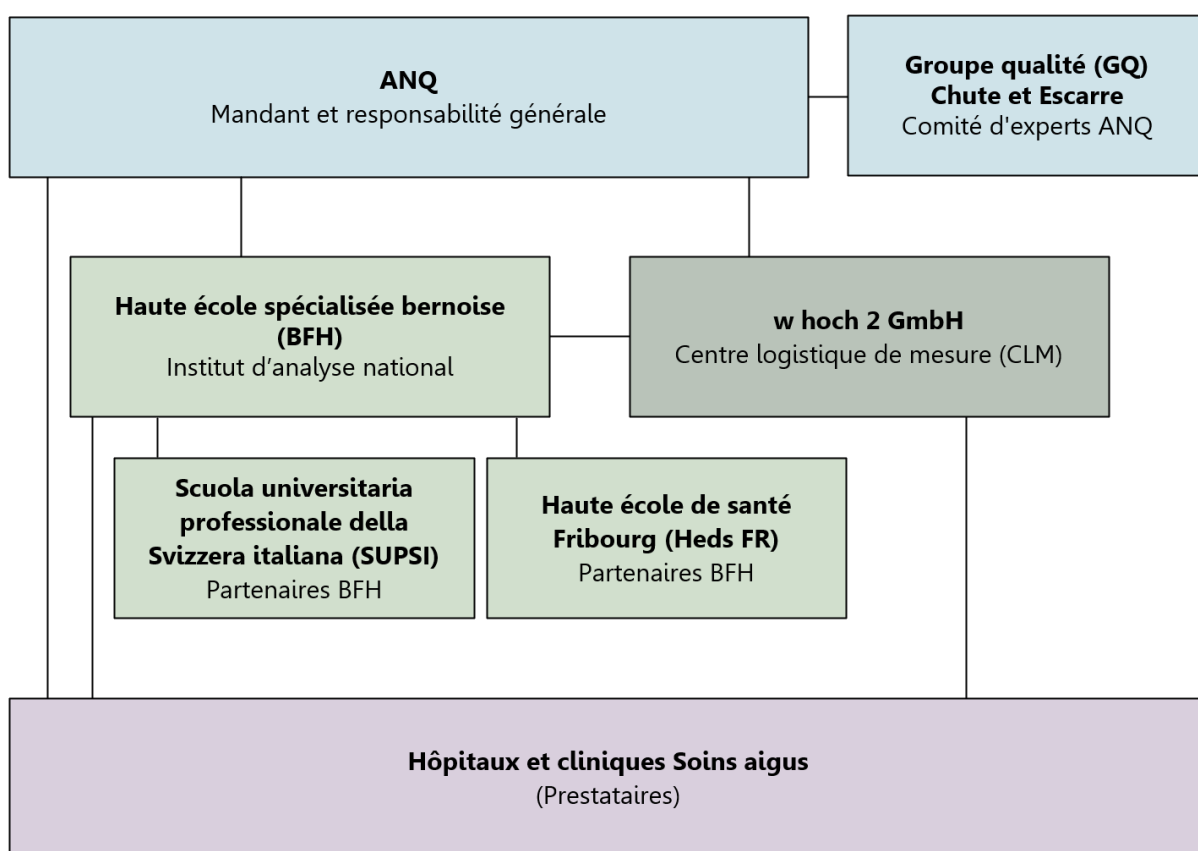


Figure 1 : Organigramme de la mesure chute et escarre

La mesure chute et escarre est réalisée par les institutions suivantes, dont les attributions sont mentionnées :

- **ANQ** : l'ANQ est responsable de la coordination et de la mise en application des mesures nationales de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques en Suisse. En tant que mandant, le bureau de l'ANQ assume la responsabilité globale de la mesure chutes et escarre. Le bureau de l'ANQ rédige les mandats à l'intention de l'institut d'analyse national ainsi que du centre de logistique de mesure (CLM). Il coordonne et contrôle la mise en œuvre des mesures et des évaluations avec les institutions citées. Il s'assure également que la mise en œuvre est conforme au règlement des données de l'ANQ. Les tâches principales du bureau de l'ANQ incluent également la direction du Groupe qualité, y compris la préparation et le suivi des séances, ainsi que la publication et la diffusion des résultats nationaux.
- **GQ** : en tant que comité d'experts de l'ANQ, le groupe qualité chute et escarre est responsable de l'évaluation technique ainsi que du (co)développement de recommandations et de bases (voir également [le Cahier des charges et profil d'exigences pour les Groupes qualité \(GQ\)](#)).
- **BFH** : la BFH est l'institut d'analyse national de la mesure nationale chute et escarre. Elle est responsable du développement scientifique et méthodologique de la méthode de mesure ainsi que de l'analyse comparative (ajustée au risque) et de l'établissement du rapport transparent des résultats au niveau national. Dans cette fonction, la BFH, en tant qu'institut d'analyse national, est en contact étroit pour la conduite du projet avec le bureau de l'ANQ, le groupe qualité chute et escarre et le CLM (w hoch 2 GmbH).
- **SUPSI et Heds FR** : en tant que partenaires de coopération de la BFH, la SUPSI et la Heds FR sont responsables de l'exactitude technique et méthodologique des traductions italiennes/françaises du manuel de mesure et du concept d'évaluation. En outre, elles soutiennent la BFH dans l'intégration des prestataires du Tessin et de la Suisse romande pour le développement scientifique et méthodologique de la mesure chute et escarre.
- **w hoch 2 GmbH** : en tant que CLM, la société w hoch 2 GmbH est responsable de la mise en œuvre des processus techniques et administratifs relatifs à la mesure chute et escarre. Cela comprend le développement et la mise à disposition du logiciel utilisé pour le téléchargement des données, le contrôle, la préparation et la sauvegarde des données ainsi que la gestion des accès en ligne. En outre, les données sont évaluées de manière descriptive par w hoch 2 GmbH au niveau des institutions et visualisées dans un tableau de bord à l'attention des prestataires. La société w hoch 2 GmbH se tient à la disposition des institutions pour toute question technique et soutient aussi bien la BFH que l'ANQ dans la mise en œuvre du projet.
- **Prestataires** : les hôpitaux et cliniques de soins aigus sont responsables pour l'export des données, le contrôle des données et de la transmission des données au CLM.

Le Tableau 1 ci-dessous indique les contacts de l'institution responsable de chaque domaine.

INSTITUTION	RESPONSABILITÉS	CONTACT
ANQ (Mandant et responsabilité générale)	Principales décisions concernant la mise en application de la mesure, publication transparente des résultats	Daniela Zahnd E-mail : daniela.zahnd@anq.ch
BFH (Institut national d'analyse)	Méthode de mesure et établissement des rapports nationaux (ajustée au risque)	Niklaus Bernet, Silvia Thomann, team de projet BFH E-mail : qi.gesundheit@bfh.ch
w hoch 2 GmbH (Centre logistique de mesure)	Administration, logistique de mesure, technique, tableau de bord	Roman di Francesco, team de projet w hoch 2 GmbH E-mail : studek@w-hoch2.ch

Tableau 1 : Aperçu de l'institution, de la responsabilité et de la personne de contact

3.2 APERÇU DE LA BASE DES DONNÉES ET DE LA PÉRIODE D'OBSERVATION

Les données à utiliser proviennent du système informatique de la clinique (**documentation médicale et infirmière**) pour l'outcome (**c'est-à-dire informations sur la chute, chute avec conséquence et escarre**). Les autres données (par ex., la date d'admission ou le code de diagnostic) peuvent également provenir d'autres sources de données (p. ex. système d'administration ou de facturation), selon le système. Tableau 2 donne un aperçu des indicateurs, de la période d'observation, de la période d'exportation et d'élaboration des données et du délai de transmission des données.

INDICATEUR	PÉRIODE D'OBSERVATION	EXPORTATION DES DONNÉES ET PRÉPARATION DES DONNÉES	DÉLAI DE TRANSMISSION DES DONNÉES
Chutes et chutes avec conséquences de la chute	01.02. – 30.04.	01.05. – 31.07.	01.08.
Escarres nosocomiales (catégorie 1 ou 2 ou supérieure)	01.02. – 30.04.	01.05. – 31.07.	01.08.

Tableau 2 : Rythme de recueil de données

Les données cliniques de routine requises d'après les critères d'inclusion et d'exclusion (chapitre 3.3) sont exportées par les prestataires, d'après la période d'observation (3 mois), une fois par an à partir de leurs systèmes informatique hospitalier (DPI) et traitées conformément aux exigences en matière de données définies (chapitre 4) dans le présent manuel de mesure. Seuls les patients sortis entre le **01.02., 0h00 et le 30.04., 23h59** sont pris en compte dans l'exportation des données. Les données exportées et préparées doivent être téléchargées sous forme électronique sur la plateforme de w hoch 2 GmbH dans les **3** mois suivant la fin de la période d'observation ou en respectant le délai de transmission des données.

3.3 POPULATION CIBLE ET CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Ce chapitre décrit la population cible de la mesure nationale chutes et escarres. Les critères d'inclusion et d'exclusion définis indiquent quels hôpitaux/cliniques participent à la mesure et quels patients doivent être pris en compte en tant que cas dans l'exportation des données.

3.3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion des hôpitaux et cliniques

Tous les prestataires ayant adhéré au contrat qualité de l'ANQ ([lien contrat qualité](#)) et soumis au plan de mesure des soins aigus sont inclus dans la mesure chutes et escarres. Les prestataires ayant reçu une dispense acceptée par ANQ, sont exclus. De même, le domaine ambulatoire est exclu de la mesure, ainsi que la pédiatrie et les domaines non somatiques (réhabilitation et psychiatrie).

Pour les prestataires de soins ayant plusieurs sites, chaque site répondant aux critères d'inclusion est inclus.

Les prestataires de soins spécialisés (p. ex. prestations en soins palliatifs spécialisés) sont inclus dans la mesure si les prestations sont facturées selon SwissDRG.

3.3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion au niveau de la patiente/du patient

L'exportation des données doit inclure tous les *cas stationnaires* de toutes les spécialités dans le *domaine somatique aigu pour adultes* (y compris les soins intensifs, le post-partum, etc.) qui *sont sortis* de l'hôpital/la clinique pendant la période d'observation selon à la Figure 2, **indépendamment du fait qu'une chute ou une escarre nosocomiale se soit produite pendant l'hospitalisation. Tous les cas stationnaires dans le secteur pour adultes doivent être pris en compte, quel que soit l'âge de la patiente/du patient. Ce n'est pas l'âge qui est déterminant, mais l'hospitalisation dans le secteur pour adultes.** Critères d'inclusion sont :

- **cas stationnaire** : Selon « tarifaires suisses », sont considérés comme cas stationnaires les séjours pour examen, traitement et soins à l'hôpital/clinique
 - d'au moins 24 heures ;
 - de moins de 24 heures, au cours desquels un lit est occupé pendant une nuit (règle du census de minuit ; c'est-à-dire que la patiente/le patient est hospitalisé dans un lit à minuit 00 h 00) ;
 - à l'hôpital en cas de transfert vers un autre hôpital ;
 - en cas de décès.(Vous trouverez de plus amples informations et les critères de distinction entre stationnaire et ambulatoire dans le document de « tarifaires suisse » (p. 4-5) : [lien](#))
- **Domicile** en Suisse ou à l'étranger.

- **sortie pendant la période d'observation** : le/la patient/e est sortie entre le **01.02., 0h00 – 30.04., 23h59.**

Sont exclus de la mesure les patients de tous les domaines spécialisés dont les prestations ne sont pas facturées par le système tarifaire DRG et qui ne relèvent donc pas de la médecine somatique aiguë ou qui sont hospitalisés en pédiatrie. En d'autres termes, les cas des domaines suivants ne doivent explicitement *pas* être pris en compte dans l'exportation des données :

- domaine ambulatoire (clinique de jour)
- psychiatrie
- réhabilitation
- domaine pédiatrique (comprend également l'exclusion des patients âgés de plus de 18 ans, mais hospitalisés dans un service de pédiatrie).

Un consentement spécifique des patientes et patients pour l'utilisation des données de routine dans la mesure chute et escarre n'est pas nécessaire (voir chapitre 7 « Protection des données »).

3.3.3 Définition de cas

Dans l'exportation des données, un cas correspond en principe à une hospitalisation. Chaque hospitalisation est saisie comme un cas distinct, indépendamment du fait qu'il s'agisse d'une réadmission, qui n'est pas considérée comme un nouveau cas selon SwissDRG. Cela signifie qu'il n'y a pas de regroupement de cas. En cas de transfert au sein d'un groupe hospitalier, le jour du transfert est considéré comme la date de sortie ou d'admission dans le site correspondant. Pour chaque hôpital/site, tous les cas correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion sont pris en compte dans l'exportation des données. Les données de tous les cas répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion (voir chapitre 3.3) quittant l'hôpital/la clinique (ou le site) pendant cette période d'observation de 3 mois sont utilisées. Les données de l'ensemble du cas sont incluses, que l'admission ait eu lieu avant ou pendant la période d'observation. La Figure 2 illustre les données à inclure (ou non) en fonction de la date et de l'heure de l'admission et de la sortie.

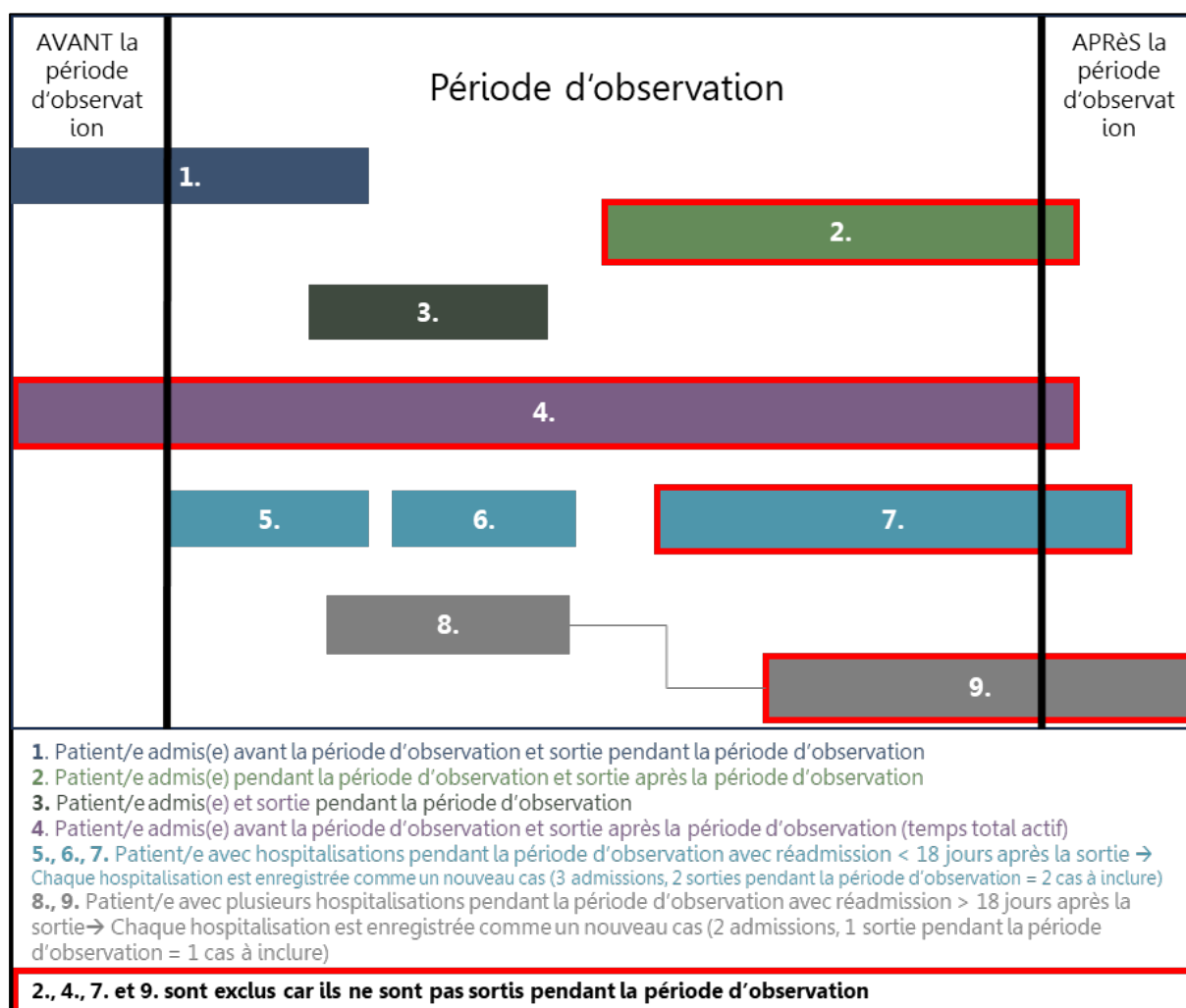


Figure 2 : Représentation graphique des cas au cours de la période d'observation

3.4 DÉFINITIONS CHUTE, CHUTE AVEC CONSÉQUENCES DE LA CHUTE ET ESCARRE

Dans le cadre de la mesure chute et escarre, les définitions suivantes des outcomes sont appliquées :

Chute : « Une chute est un événement au cours duquel la ou les personnes concernées se retrouvent involontairement sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où la ou les personnes se trouvaient précédemment » (traduction de la définition de l'OMS 2021 selon Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2022, p. 20).

Chute avec conséquences de la chute : « Une chute avec conséquences comprend à la fois une blessure survenue à la suite d'une chute (d'après Montero-Odasso et al., 2022) et les mesures

diagnostiques et/ou thérapeutiques complémentaires prises à la suite d'une chute » (décision GQ, 2024). Dans la mesure chute et escarre, seules les conséquences de chute oui/non sont pour l'instant relevées, sans autre classification selon le degré de gravité.

Escarres : « 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 favorisant ou imbriqués dans la survenue d'escarre y sont associés : leur implication doit être encore élucidée » (NPUAP, EPUAP, & PPPIA, 2014).

Vous trouverez plus de détails sur les définitions de la chute, de la chute avec conséquences de la chute et de l'escarre, y compris les spécifications et les délimitations, dans l'annexe A (Chute) et l'annexe B (Escarres, y compris les catégories).

4. EXPORTATION DES DONNÉES

Pour la mesure chute et escarre, les données du SIH (documentation électronique médicale et infirmière) sont utilisées pour l'outcome. Pour les autres données, d'autres sources de données peuvent être utilisées selon le système utilisé (p. ex. système d'administration ou de facturation). Les principes de base pour l'exportation des données ainsi que les directives concernant la structure et le format des données sont expliqués ci-après.

4.1 PRINCIPES DE BASE

Les données sont exportées dans un fichier par hôpital/site au niveau des cas. Cela signifie que chaque cas dans l'ensemble de données exporté représente un séjour hospitalier de la patiente/du patient dans cet hôpital/site. **En cas de transfert au sein d'un groupe hospitalier, chaque séjour dans un autre site est traité comme un cas distinct avec un numéro de cas individuel (« case_code »).** Cela signifie que seuls les événements (p. ex., une opération ou une chute) qui se sont réellement produits pendant le séjour dans ce site spécifique, sont pris en compte dans l'exportation des données par hôpital/site.

Si un/e patient/e est transféré au sein d'un groupe hospitalier, les séjours hospitaliers par site apparaissent comme cas indépendants dans les jeux de données. **Si plusieurs séjours hospitaliers ont lieu sur un même site, un chiffre supplémentaire peut être ajouté au numéro de cas afin de mieux les différencier.** Exemple : si le numéro de cas initial est « 100 », on peut attribuer « 1001 » pour le premier séjour et « 1002 » pour le deuxième séjour. Cela permet de distinguer clairement les différents séjours effectués sur un même site.

Figure 3 montre un exemple d'exportation de données par site en cas de transfert d'un patient au sein d'un groupe hospitalier.

	site A - export des dates								site B - export des dates						
	burnr	h_type	case_code	eintrittsdatum	austrittsdatum	surgery	falls ...		burnr	h_type	case_code	eintrittsdatum	austrittsdatum	surgery	falls ...
patient/patiente XY	12345678	K112	111	2023010413	2023012010	2023010508	NA		12345679	K112	111	2023012011	2023012510	NA	2023012408

Figure 3 : Aperçu de l'exportation des données par site en cas de transfert de patientes et de patients au sein d'un groupe hospitalier

Pour la mesure nationale des chutes et escarres, il faut s'assurer qu'un numéro de cas unique apparaît dans toutes les lignes de données associées à un cas. Le fichier est ensuite télé-chargé et transmis sur la plateforme de w hoch 2 GmbH. Les formats de fichier possibles sont CSV, XLSX, TXT, DAT et RDS.

Les dates doivent généralement être préparées au format AAAAMMJJhh (p. ex. 2024030615). Si aucune donnée temporelle n'est disponible, les heures peuvent être omises (AAAAMMJJ), comme pour les données SpiGes ([lien](#)), si rien d'autre n'est spécifié dans le Tableau 3.

Les événements non applicables (p. ex. la patiente/le patient n'ayant subi aucune opération, aucune chute, etc.) sont à saisir en principe selon le Tableau 3 avec **NA** (*Not applicable*). Si les informations relatives à une variable ne peuvent généralement pas être exportées dans un hôpital ou une clinique, les cellules correspondantes à cette variable doivent être codées avec **-1** (*Missing*). Cela indique que cette information manque systématiquement dans cet hôpital ou dans cette clinique et ne peut donc pas être exportée. Les cellules vides sont à éviter.

Les prestataires sont responsables de la préparation et de l'exécution de l'exportation des données conformément aux instructions des chapitres 4.1 et 4.2. Comme les hôpitaux et les cliniques utilisent des DPI très différents, il n'est pas possible de décrire une procédure générale pour l'exportation des données, mais il conviendra de trouver une solution individuelle sur place avec les personnes compétentes (IT, QM, fournisseurs de logiciels externes, etc.).

4.2 SPÉCIFICATIONS RELATIVES À LA STRUCTURE ET AU FORMAT DES DONNÉES

Le Tableau 3 décrit les données que les prestataires doivent exporter dans le cadre de la mesure chute et escarre, ainsi que les exigences correspondantes en termes de structure et de format des données. Pour chaque variable, un exemple illustre la représentation des données dans le fichier d'exportation des données. Dans la mesure du possible, le nom, la description et la définition de la variable ont été repris conformément à SpiGes ([lien](#)). Pour les hôpitaux, cela présente l'avantage de pouvoir baser la demande de données sur celle de SpiGes. Les données/variables définies selon SpiGes sont indiquées en vert au Tableau 3.

VARIABLES	DESCRIPTION DES VARIABLES	EXPLICATIONS	FORMAT DES DONNÉES (VOIR CHAPITRE 4.1. PRINCIPES DE BASE)	EXEMPLE (DESCRIPTION DE LA SITUATION ET ENTRÉE EXPORTFILE [EN GRAS])
Indication relatives à l'hôpital/la clinique				
burnr	Site	Numéro à huit chiffres du site selon le registre des entreprises et des établissements (REE) de l'Office fédéral de la statistique (OFS).	Entier, longueur maximale : 8	Le patient X a été hospitalisé à l'hôpital Pilote et présente une date de sortie pendant la période d'observation définie. L'hôpital a le numéro REE 12345678. 12345678
h_typ «hospital_type»	Type d'hôpital/de clinique	Type d'hôpital/de clinique de l'hôpital/de la clinique/du site hospitalier selon la classification Typologie des hôpitaux de l'OFS (lien) : K111 = K111 niveau de prestation 1 K112 = K112 niveau de prestation 2 K121 = K121 niveau de prestation 3 K122 = K122 niveau de prestation 4 K123 = K123 niveau de prestation 5 K211 = K211 niveau de prestation 1 K212 = K212 niveau de prestation 2 K221 = K221 cliniques de réadaptation K231 = K231 chirurgie K232 = K232 gynécologie/néonatalogie K234 = K234 gériatrie K235 = K235 diverses cliniques spécialisées	Nominal, longueur maximale : 4 Valeurs : K111-K235	Selon l'OFS, l'hôpital Pilote fait partie des types d'hôpital/de clinique K112 niveau de prestation 2. K112
w_code «ward_code»	Code de l'unité ou des unités de soins	Code de l'unité ou des unités de soins dans laquelle/lesquelles le/la patient(e) a été hospitalisé(e) avec la date d'entrée/de passage dans l'unité. En cas d'admission par les urgences suivie d'un transfert sur une unité, la date et l'heure d'admission aux urgences sont utilisées comme date et heure d'admission et le code des urgences est également indiqué.	Liste (séparée par des virgules) contenant la date au format AAAAMMJJhh de l'admission/du passage dans l'unité de soins, complétée par le code de l'unité de soins sous forme de chaîne de caractères. Valeurs : AAAAMMJJhh_chaîne de caractères	Le patient X est arrivé aux urgences le 04/01/2023 à 13h30 et a été transféré le 04/01/2023 à 17h15 dans une unité de lits cardiologiques, d'où il est sorti le 20/01/2023 à 10h00. Le service des urgences a le code interne 8023, l'unité de lits de cardiologie a le code interne 7839. 2023010413_8023,2023010417_7839

VARIABLES	DESCRIPTION DES VARIABLES	EXPLICATIONS	FORMAT DES DONNÉES (VOIR CHAPITRE 4.1. PRINCIPES DE BASE)	EXEMPLE (DESCRIPTION DE LA SITUATION ET ENTRÉE EXPORTFILE [EN GRAS])
Données relatives à la patiente/au patient				
case_code «patient/case code»	Numéro de cas de la patiente/du patient	Numéro de cas de la patiente/du patient.	Chaîne de caractères	Le patient X a pour numéro d'identification de cas (Case ID) xy. L'hôpital Pilote a décidé, après des clarifications internes concernant la protection des données, d'effectuer l'exportation et le téléchargement des données à l'aide du Case ID. xy
alter	Âge lors de l'admission	Âge en années révolues (Date d'admission – date de naissance) lors de l'admission à l'hôpital.	Numérique, longueur maximale : 3 Valeurs : 0-135	Le patient X est né le 20.05.1940. Il a été admis le 04.01.2023 à l'hôpital. 82
geschlecht	Sexe	Sexe de l'individu. Pour les changements de sexe, le sexe à indiquer est celui de l'état civil lors de l'admission à l'hôpital. 1 = Masculin 2 = Féminin	Numérique, longueur maximale : 1 Valeurs : 1 2	Le patient X est de sexe masculin. 1
eintrittsdatum	Date et heure d'admission	Indication de la date d'admission. Pour les urgences (mode d'admission= 1), il est obligatoire d'indiquer l'heure. Une urgence se définit par la nécessité d'un traitement dans les 12 heures.	Numérique, longueur maximale : 10 Valeurs : AAAAMMJJhh	Le patient X est entré à l'hôpital le 04.01.2023 à 13h30, annoncé par le centre de soins à longue durée et en est ressorti le 20.01.2023 à 10h00. 2023010413
eintritt_aufenthalt	Séjour avant l'admission	Séjour immédiatement avant l'admission. Où se trouvait le patient? Pour la délimitation institutionnelle, le burnr_gesv s'applique aux valeurs 5, 55, 6, 66, 83 et 84. 1 = Domicile 2 = Domicile avec soins à domicile 3 = Etablissement de santé non hospitalier médicalisé	Numérique, longueur maximale : 2 Valeurs : 1-99	Le patient X est entré à l'hôpital le 04.01.2023 à 13h30, annoncé par le centre de soins à longue durée et en est ressorti le 20.01.2023 à 10h00. 3

VARIABLES	DESCRIPTION DES VARIABLES	EXPLICATIONS	FORMAT DES DONNÉES (VOIR CHAPITRE 4.1. PRINCIPES DE BASE)	EXEMPLE (DESCRIPTION DE LA SITUATION ET ENTRÉE EXPORTFILE [EN GRAS])
		<p>4 = Etablissement de santé non hospitalier non médicalisé</p> <p>5 = Clinique psychiatrique, autre établissement</p> <p>55 = Division/clinique psychiatrique, même établissement</p> <p>6 = Autre hôpital (soins aigus) ou maison de naissance</p> <p>66 = Division/clinique de soins aigus, même établissement</p> <p>7 = Institution d'exécution des peines</p> <p>8 = Autre</p> <p>83 = Clinique de réadaptation, autre établissement</p> <p>84 = Division/clinique de réadaptation, même établissement</p> <p>9 = Inconnu</p>		
eintrittsart	Mode d'admission	<p>Description des circonstances de l'admission. De quelle façon le patient a-t-il été admis?</p> <p>«Transfert interne» vaut pour</p> <ul style="list-style-type: none"> le transfert interne d'une domaine de prestations (soins aigus, psychiatrie, réadaptation) vers une autre domaine de prestations au sein du même établissement (burnr_gesv) ou pour les cas considérés comme étant en attente de placement. <p>Pour la délimitation institutionnelle, le burnr_gesv s'applique aux valeurs 5 et 6.</p> <p>1 = Urgence (nécessité d'un traitement dans les 12 heures)</p> <p>2 = Annoncée, planifiée</p> <p>3 = Naissance (enfant né intra-muros)</p> <p>4 = Transfert interne</p> <p>5 = Transfert dans les 24 h</p>	<p>Numérique, longueur maximale : 1</p> <p>Valeurs :</p> <p>1-9</p>	<p>Le patient X est entré à l'hôpital le 04.01.2023 à 13h30, annoncé par le centre de soins à longue durée et en est ressorti le 20.01.2023 à 10h00.</p> <p>2</p>

VARIABLES	DESCRIPTION DES VARIABLES	EXPLICATIONS	FORMAT DES DONNÉES (VOIR CHAPITRE 4.1. PRINCIPES DE BASE)	EXEMPLE (DESCRIPTION DE LA SITUATION ET ENTRÉE EXPORTFILE [EN GRAS])
		6 = Réhospitalisation 7 = Rapatriement 8 = Autre 9 = Inconnu		
austrittsdatum	Date et heure de sortie	L'indication de l'heure de sortie est facultative. En cas de décès, indiquer la date et l'heure exactes du décès.	Numérique, longueur maximale : 10 Valeurs : AAAAMMJJhh	Le patient X est entré à l'hôpital le 04.01.2023 à 13h30, annoncé par le centre de soins à longue durée et en est ressorti le 20.01.2023 à 10h00. 2023012010
diagnose_kode	Code diagnostic	CIM-10-GM.	Liste (séparée par des virgules) avec les codes CIM-10, longueur maximale par code : 5 Valeurs : A0000-Z9999	Le patient X est atteint de diabète sucré de type 2, souffre d'hypertension artérielle et est actuellement hospitalisé pour une myocardite septique. E1190,I1090,I400
surgery	Interventions chirurgicales pendant l'hospitalisation	Enregistrement de toutes les opérations de la patiente/du patient pendant son séjour à l'hôpital, avec la date de l'opération. Comme opération sont considérées toutes les interventions chirurgicales avec incision cutanée réalisées sous une forme d'anesthésie (comme p. ex. l'anesthésie générale, la rachianesthésie, l'anesthésie péridurale, l'anesthésie régionale (par ex. blocages nerveux), l'anesthésie locale, la sédation, etc.)	Liste (séparée par des virgules) avec la date de l'intervention chirurgicale, longueur maximale par intervention chirurgicale : 10 Valeurs : AAAAMMJJhh NA	Une prothèse totale du genou (PTG) sera posée chez la patiente X le 08/01/2023 à 10h00 ; l'intervention sera réalisée sous anesthésie rachidienne. 2023010810
falls	Chute à l'hôpital	Enregistrement de toutes les chutes de la patiente/du patient pendant son séjour à l'hôpital, avec la date.	Liste (séparée par des virgules) avec la date de la chute, longueur maximale par chute : 10 Valeurs : AAAAMMJJhh NA	Le patient X a chuté le 05.01.2023, mais sans conséquences de la chute. Le 13.01.2023, le patient X a fait deux chutes. La première chute, le 13.01.2023 à 10h00 heures, n'a pas eu de conséquences. Lors de la seconde chute, le 13.01.2023 à 16h00 heures, le patient X a subi une éraflure à l'avant-bras. 20230105,2023011310,2023011316

VARIABLES	DESCRIPTION DES VARIABLES	EXPLICATIONS	FORMAT DES DONNÉES (VOIR CHAPITRE 4.1. PRINCIPES DE BASE)	EXEMPLE (DESCRIPTION DE LA SITUATION ET ENTRÉE EXPORTFILE [EN GRAS])
injury	Chute à l'hôpital avec conséquences de la chute	Enregistrement de toutes les chutes avec conséquences de la chute de la patiente/du patient pendant son séjour à l'hôpital, avec la date.	Liste (séparée par des virgules) avec date de la chute avec conséquences de la chute, longueur maximale par chute avec conséquences de la chute : 10 Valeurs : AAAAMMJJhh NA	Le patient X a chuté le 05.01.2023, mais sans conséquences de la chute. Le 13.01.2023, le patient X a fait deux chutes. La première chute, le 13.01.2023 à 10h00 heures, n'a pas eu de conséquences. Lors de la seconde chute, le 13.01.2023 à 16h00 heures, le patient X a subi une éraflure à l'avant-bras. 2023011316

Informations générales sur l'exportation de données – escarres nosocomiales :

Numérotation

Chaque escarre nosocomiale par cas est numérotée de manière consécutive (1-n). Le numéro est ajouté à la date dans l'exportation de données, séparé par un trait de soulignement (par ex. 2023011115_2), et sert à identifier clairement l'escarre correspondante. Chaque combinaison de date et de numéro n'apparaît qu'une seule fois par cas dans l'exportation de données.

Contexte d'apparition

Afin de pouvoir distinguer clairement les escarres préexistantes (acquises avant l'admission à l'hôpital) des escarres nosocomiales (acquises à l'hôpital), le contexte d'apparition doit être documenté sans ambiguïté (champ obligatoire dans la documentation). Si les informations sur le contexte d'apparition ne sont pas disponibles ou inconnues, l'escarre doit être traitée comme nosocomiale dans l'exportation de données.

Degré de gravité

Le degré de gravité d'une escarre nosocomiale peut évoluer pendant l'hospitalisation. Dans l'exportation de données, le degré de gravité le plus élevé documenté pendant toute la durée de l'hospitalisation est pris en compte pour chaque escarre nosocomiale.

Le degré de gravité le plus élevé documenté est dérivé des catégories numériques d'escarres (1 à 4) et des caractéristiques non numériques :

- **Catégories numériques (1 à 4)** : une valeur plus élevée correspond à un degré de gravité plus élevé.
- **Caractéristiques non numériques** : « Inclassable : Profondeur inconnue » ou « Suspicion de lésion tissulaire profonde : Profondeur inconnue » – considérées comme plus graves que la catégorie 1, mais moins graves que les catégories 2 à 4.
- Les deux caractéristiques non numériques (« Inclassable : Profondeur inconnue » et « Suspicion de lésion tissulaire profonde : Profondeur inconnue ») sont considérées comme équivalentes. Si les deux caractéristiques non numériques sont documentées avec un degré de gravité le plus élevé et si aucune catégorie 2 à 4 n'a été enregistrée pendant l'hospitalisation pour l'escarre nosocomiale concernée, la dernière caractéristique documentée est prise en compte dans l'exportation des données.

Si les informations relatives au degré de gravité font défaut ou ne peuvent être exportées, l'escarre est indiquée dans la variable « pi_n_mc » (pressure injury nosocomial missing classification).

VARIABLES	DESCRIPTION DES VARIABLES	EXPLICATIONS	FORMAT DES DONNÉES (VOIR CHAPITRE 4.1. PRINCIPES DE BASE)	EXEMPLE (DESCRIPTION DE LA SITUATION ET ENTRÉE EXPORTFILE [EN GRAS])										
<p>Exemple 1 : Le patient X présente une escarre nosocomiale au talon droit (escarre numéro 1) Celle-ci a d'abord été classée en catégorie 1, puis en caractéristique non numérique « Dommage tissulaire profond probable : Profondeur inconnue », puis à nouveau comme catégorie 1. Dans cet exemple, la caractéristique non numérique « Dommage tissulaire profond probable : Profondeur inconnue » avec la date de documentation de cette caractéristique pour la variable « pi_n_sdti » (pressure injury nosocomial category suspected deep tissue injury) à exporter.</p> <p>Exemple 2 : Le patient X présente une escarre nosocomiale au talon droit (escarre numéro 1). Celle-ci a d'abord été classée dans la caractéristique non numérique « Dommage tissulaire profond probable : Profondeur inconnue », puis classée en catégorie 2. Dans cet exemple, la catégorie 2 doit être exportée avec la date de documentation de cette catégorie pour la variable « pi_n_2 » (pressure injury nosocomial category 2).</p> <p>Exemple 3 : Le patient X présente une escarre nosocomiale au talon droit (escarre numéro 1). Celle-ci a d'abord été classée dans la catégorie 1, puis dans la caractéristique non numérique « Dommage tissulaire profond probable : Profondeur inconnue », puis dans la caractéristique non numérique « Inclassable : Profondeur inconnue ». Dans cet exemple, la caractéristique non numérique « Inclassable : Profondeur inconnue » doit être exportée avec la date de documentation de cette caractéristique pour la variable « pi_n_upi » (pressure injury nosocomial category unstageable pressure injury).</p> <p>Exemple 4 (complexe) : Le patient X entre à l'hôpital le 04.01.2023. Une escarre existante est constatée au talon droit avec une perte tissulaire complète, des croûtes empêchant de déterminer la profondeur (escarre « Inclassable : Profondeur inconnue »). Cette escarre est déjà décrite dans le rapport de transfert de l'établissement de soins comme « survenue dans l'établissement de soins ». Le 09.01.2023 à 14h30, une rougeur non suppressible a été documentée pour la première fois sur le sacrum (escarre numéro 1) (escarre nosocomiale de catégorie 1). Le 10.01.2023, le patient X est transféré dans le service de sortie. Le 11.01.2023 à 15h00, une aggravation de l'escarre au niveau du sacrum (escarre numéro 1) a été constatée, une escarre nosocomiale de catégorie 2 ayant été documentée à cet endroit. De plus, une rougeur irréductible (escarre nosocomiale de catégorie 1) a été documentée dans le dos (escarre numéro 2) ainsi qu'une escarre nosocomiale de catégorie 2 au coude gauche (escarre numéro 3). Pour cet escarre numéro 3, il a été documenté le 21.01.2023 que cette escarre était complètement guérie.</p> <p>Les données suivantes sont prises en compte dans l'exportation des données :</p>														
	escarres variables													
	pi_n_1	pi_n_2	pi_n_3	pi_n_4	pi_n_upi	pi_n_sdti	pi_n_mc	pi_preadm_1	pi_preadm_2	pi_preadm_3	pi_preadm_4	pi_preadm_upi	pi_preadm_sdti	pi_preadm_mc
patient X	2023011115_2	2023011115_1,2023011115_3	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	NA	NA

VARIABLES	DESCRIPTION DES VARIABLES	EXPLICATIONS	FORMAT DES DONNÉES (VOIR CHAPITRE 4.1. PRINCIPES DE BASE)	EXEMPLE (DESCRIPTION DE LA SITUATION ET ENTRÉE EXPORTFILE [EN GRAS])
pi_n_1 «pressure injury nosocomial category 1»	Escarres nosocomiales de « catégorie 1 : Érythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine »	Enregistrement de toutes les escarres nosocomiales (acquises dans cet hôpital) de catégorie 1 de la patiente/du patient avec la date. Pour chaque cas un numéro consécutif de 1 à n est attribué à chaque escarre. Ce numéro est ajouté à la date, séparé par un trait de soulignement «_», et sert à identifier clairement l'escarre nosocomiale correspondante.	Liste (séparée par des virgules) avec la date de l'escarre nosocomiale de catégorie 1, longueur maximale par escarre nosocomiale de catégorie 1 : 13 Valeurs : AAAAMMJJhh_n NA	Le patient X entre à l'hôpital le 04.01.2023. Une escarre est constatée au talon droit avec une perte totale de tissus, des croûtes rendant impossible la détermination de la profondeur (Escarre « Inclassable : Profondeur inconnue »). Cette escarre est déjà décrite dans le rapport de transfert de la maison de soins comme « survenue dans la maison de soins ». Le 09.01.2023 à 14 h 30, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du sacrum (escarre numéro 1) (escarre nosocomiale de catégorie 1). Le 10.01.2023, le patient X est transféré dans l'unité de soins d'où avait lieu la sortie. Le 11.01.2023, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du coude gauche (escarre numéro 2) (escarre nosocomiale de catégorie 1). 2023010914_1,20230111_2
pi_n_2 «pressure injury nosocomial category 2»	Escarres nosocomiales de « catégorie 2 : Atteinte partielle de la peau ou phlyctène »	Enregistrement de toutes les escarres nosocomiales (acquises dans cet hôpital) de catégorie 2 de la patiente/du patient avec la date. Pour chaque cas un numéro consécutif de 1 à n est attribué à chaque escarre. Ce numéro est ajouté à la date, séparé par un trait de soulignement «_», et sert à identifier clairement l'escarre nosocomiale correspondante.	Liste (séparée par des virgules) avec la date de l'escarre nosocomiale de catégorie 2, longueur maximale par escarre nosocomiale de catégorie 2 : 13 Valeurs : AAAAMMJJhh_n NA	Le patient X entre à l'hôpital le 04.01.2023. Une escarre est constatée au talon droit avec une perte totale de tissus, des croûtes rendant impossible la détermination de la profondeur (Escarre « Inclassable : Profondeur inconnue »). Cette escarre est déjà décrite dans le rapport de transfert de la maison de soins comme « survenue dans la maison de soins ». Le 09.01.2023 à 14 h 30, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du sacrum (escarre numéro 1) (escarre nosocomiale de catégorie 1). Le 10.01.2023, le patient X est transféré dans l'unité de soins d'où avait lieu la sortie. Le 11.01.2023, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du coude gauche (escarre numéro 2) (escarre nosocomiale de catégorie 1). NA

VARIABLES	DESCRIPTION DES VARIABLES	EXPLICATIONS	FORMAT DES DONNÉES (VOIR CHAPITRE 4.1. PRINCIPES DE BASE)	EXEMPLE (DESCRIPTION DE LA SITUATION ET ENTRÉE EXPORTFILE [EN GRAS])
pi_n_3 «pressure injury nosocomial category 3»	Escarres nosocomiales de « catégorie 3 : Perte complète de tissu cutané »	Enregistrement de toutes les escarres nosocomiales (acquises dans cet hôpital) de catégorie 3 de la patiente/du patient avec la date. Pour chaque cas un numéro consécutif de 1 à n est attribué à chaque escarre. Ce numéro est ajouté à la date, séparé par un trait de soulignement «_», et sert à identifier clairement l'escarre nosocomiale correspondante.	Liste (séparée par des virgules) avec la date de l'escarre nosocomiale de catégorie 3, longueur maximale par escarre nosocomiale de catégorie 3 : 13 Valeurs : AAAAMMJJhh_n NA	Le patient X entre à l'hôpital le 04.01.2023. Une escarre est constatée au talon droit avec une perte totale de tissus, des croûtes rendant impossible la détermination de la profondeur (Escarre « Inclassable : Profondeur inconnue »). Cette escarre est déjà décrite dans le rapport de transfert de la maison de soins comme « survenue dans la maison de soins ». Le 09.01.2023 à 14 h 30, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du sacrum (escarre numéro 1) (escarre nosocomiale de catégorie 1). Le 10.01.2023, le patient X est transféré dans l'unité de soins d'où avait lieu la sortie. Le 11.01.2023, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du coude gauche (escarre numéro 2) (escarre nosocomiale de catégorie 1). NA
pi_n_4 «pressure injury nosocomial category 4»	Escarres nosocomiales de « catégorie 4 : Perte tissulaire complète »	Enregistrement de toutes les escarres nosocomiales (acquises dans cet hôpital) de catégorie 4 de la patiente/du patient avec la date. Pour chaque cas un numéro consécutif de 1 à n est attribué à chaque escarre. Ce numéro est ajouté à la date, séparé par un trait de soulignement «_», et sert à identifier clairement l'escarre nosocomiale correspondante.	Liste (séparée par des virgules) avec la date de l'escarre nosocomiale de catégorie 4, longueur maximale par escarre nosocomiale de catégorie 4 : 13 Valeurs : AAAAMMJJhh_n NA	Le patient X entre à l'hôpital le 04.01.2023. Une escarre est constatée au talon droit avec une perte totale de tissus, des croûtes rendant impossible la détermination de la profondeur (Escarre « Inclassable : Profondeur inconnue »). Cette escarre est déjà décrite dans le rapport de transfert de la maison de soins comme « survenue dans la maison de soins ». Le 09.01.2023 à 14 h 30, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du sacrum (escarre numéro 1) (escarre nosocomiale de catégorie 1). Le 10.01.2023, le patient X est transféré dans l'unité de soins d'où avait lieu la sortie. Le 11.01.2023, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du coude gauche (escarre numéro 2) (escarre nosocomiale de catégorie 1). NA

VARIABLES	DESCRIPTION DES VARIABLES	EXPLICATIONS	FORMAT DES DONNÉES (VOIR CHAPITRE 4.1. PRINCIPES DE BASE)	EXEMPLE (DESCRIPTION DE LA SITUATION ET ENTRÉE EXPORTFILE [EN GRAS])
pi_n_upi «pressure injury nosocomial category unstageable pressure injury»	Escarres nosocomiales « Inclassable : Profondeur inconnue »	Enregistrer toutes les escarres nosocomiales (acquises dans cet hôpital) de la catégorie « Inclassable : Profondeur inconnue » de la patiente/du patient avec la date. Pour chaque cas un numéro consécutif de 1 à n est attribué à chaque escarre. Ce numéro est ajouté à la date, séparé par un trait de soulignement «_», et sert à identifier clairement l'escarre nosocomiale correspondante.	Liste (séparée par des virgules) avec date de l'escarre nosocomiale de catégorie « Inclassable : Profondeur inconnue », longueur maximale par escarre nosocomiale de catégorie « Ne peut être affectée à aucune catégorie : profondeur inconnue » : 13 Valeurs : AAAAMMJJhh_n NA	Le patient X entre à l'hôpital le 04.01.2023. Une escarre est constatée au talon droit avec une perte totale de tissus, des croûtes rendant impossible la détermination de la profondeur (Escarre « Inclassable : Profondeur inconnue »). Cette escarre est déjà décrite dans le rapport de transfert de la maison de soins comme « survenue dans la maison de soins ». Le 09.01.2023 à 14 h 30, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du sacrum (escarre numéro 1) (escarre nosocomiale de catégorie 1). Le 10.01.2023, le patient X est transféré dans l'unité de soins d'où avait lieu la sortie. Le 11.01.2023, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du coude gauche (escarre numéro 2) (escarre nosocomiale de catégorie 1). NA
pi_n_sdti «pressure injury nosocomial category suspected deep tissue injury»	Escarres nosocomiales « Dommage tissulaire profond probable : Profondeur inconnue »	Enregistrement de toutes les escarres nosocomiales (acquises dans cet hôpital) de catégorie « Dommage tissulaire profond probable : Profondeur inconnue » de la patiente/du patient avec la date. Pour chaque cas un numéro consécutif de 1 à n est attribué à chaque escarre. Ce numéro est ajouté à la date, séparé par un trait de soulignement «_», et sert à identifier clairement l'escarre nosocomiale correspondante.	Liste (séparée par des virgules) avec date de l'escarre nosocomiale de catégorie « Dommage tissulaire profond probable : Profondeur inconnue », longueur maximale de l'escarre nosocomiale de catégorie « Dommages tissulaires profonds probables de profondeur inconnue » : 13 Valeurs : AAAAMMJJhh_n NA	Le patient X entre à l'hôpital le 04.01.2023. Une escarre est constatée au talon droit avec une perte totale de tissus, des croûtes rendant impossible la détermination de la profondeur (Escarre « Inclassable : Profondeur inconnue »). Cette escarre est déjà décrite dans le rapport de transfert de la maison de soins comme « survenue dans la maison de soins ». Le 09.01.2023 à 14 h 30, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du sacrum (escarre numéro 1) (escarre nosocomiale de catégorie 1). Le 10.01.2023, le patient X est transféré dans l'unité de soins d'où avait lieu la sortie. Le 11.01.2023, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du coude gauche (escarre numéro 2) (escarre nosocomiale de catégorie 1). NA

VARIABLES	DESCRIPTION DES VARIABLES	EXPLICATIONS	FORMAT DES DONNÉES (VOIR CHAPITRE 4.1. PRINCIPES DE BASE)	EXEMPLE (DESCRIPTION DE LA SITUATION ET ENTRÉE EXPORTFILE [EN GRAS])
pi_n_mc «pressure injury nosocomial missing classification»	Escarres nosocomiales sans affectation à une catégorie	Enregistrement de toutes les escarres nosocomiales (acquises dans cet hôpital) sans affectation à une catégorie de la patiente/du patient avec date. Pour chaque cas un numéro consécutif de 1 à n est attribué à chaque escarre. Ce numéro est ajouté à la date, séparé par un trait de soulignement «_», et sert à identifier clairement l'escarre nosocomiale correspondante.	Liste (séparée par des virgules) avec la date de l'escarre nosocomiale sans affectation à une catégorie, longueur maximale par escarre nosocomiale sans affectation à une catégorie : 13 Valeurs : AAAAMMJJhh_n NA	Le patient X entre à l'hôpital le 04.01.2023. Une escarre est constatée au talon droit avec une perte totale de tissus, des croûtes rendant impossible la détermination de la profondeur (Escarre « Inclassable : Profondeur inconnue »). Cette escarre est déjà décrite dans le rapport de transfert de la maison de soins comme « survenue dans la maison de soins ». Le 09.01.2023 à 14 h 30, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du sacrum (escarre numéro 1) (escarre nosocomiale de catégorie 1). Le 10.01.2023, le patient X est transféré dans l'unité de soins d'où avait lieu la sortie. Le 11.01.2023, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du coude gauche (escarre numéro 2) (escarre nosocomiale de catégorie 1). NA
pi_preadm_1 «pressure injury preadmission category 1»	Escarres de « catégorie 1 : Érythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine » apparues avant l'hospitalisation	Enregistrement facultatif du nombre d'escarres de catégorie 1 de la patiente/du patient acquises avant l'hospitalisation.	Numérique, longueur maximale : 2 Valeurs : 1-99 NA	Le patient X entre à l'hôpital le 04.01.2023. Une escarre est constatée au talon droit avec une perte totale de tissus, des croûtes rendant impossible la détermination de la profondeur (Escarre « Inclassable : Profondeur inconnue »). Cette escarre est déjà décrite dans le rapport de transfert de la maison de soins comme « survenue dans la maison de soins ». Le 09.01.2023 à 14 h 30, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du sacrum (escarre numéro 1) (escarre nosocomiale de catégorie 1). Le 10.01.2023, le patient X est transféré dans l'unité de soins d'où avait lieu la sortie. Le 11.01.2023, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du coude gauche (escarre numéro 2) (escarre nosocomiale de catégorie 1). NA

VARIABLES	DESCRIPTION DES VARIABLES	EXPLICATIONS	FORMAT DES DONNÉES (VOIR CHAPITRE 4.1. PRINCIPES DE BASE)	EXEMPLE (DESCRIPTION DE LA SITUATION ET ENTRÉE EXPORTFILE [EN GRAS])
pi_preadm_2 «pressure injury preadmission category 2»	Escarres de « catégorie 2 : Atteinte partielle de la peau ou phlyctène » apparues avant l'hospitalisation	Enregistrement facultatif du nombre d'escarres de catégorie 2 de la patiente/du patient acquises avant l'hospitalisation.	Numérique, longueur maximale : 2 Valeurs : 1-99 NA	<p>Le patient X entre à l'hôpital le 04.01.2023. Une escarre est constatée au talon droit avec une perte totale de tissus, des croûtes rendant impossible la détermination de la profondeur (Escarre « Inclassable : Profondeur inconnue »). Cette escarre est déjà décrite dans le rapport de transfert de la maison de soins comme « survenue dans la maison de soins ».</p> <p>Le 09.01.2023 à 14 h 30, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du sacrum (escarre numéro 1) (escarre nosocomiale de catégorie 1). Le 10.01.2023, le patient X est transféré dans l'unité de soins d'où avait lieu la sortie. Le 11.01.2023, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du coude gauche (escarre numéro 2) (escarre nosocomiale de catégorie 1).</p> <p>NA</p>
pi_preadm_3 «pressure injury preadmission category 3»	Escarres de « catégorie 3 : Perte complète de tissu cutané » apparues avant l'hospitalisation	Enregistrement facultatif du nombre d'escarres de catégorie 3 de la patiente/du patient acquises avant l'hospitalisation.	Numérique, longueur maximale : 2 Valeurs : 1-99 NA	<p>Le patient X entre à l'hôpital le 04.01.2023. Une escarre est constatée au talon droit avec une perte totale de tissus, des croûtes rendant impossible la détermination de la profondeur (Escarre « Inclassable : Profondeur inconnue »). Cette escarre est déjà décrite dans le rapport de transfert de la maison de soins comme « survenue dans la maison de soins ».</p> <p>Le 09.01.2023 à 14 h 30, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du sacrum (escarre numéro 1) (escarre nosocomiale de catégorie 1). Le 10.01.2023, le patient X est transféré dans l'unité de soins d'où avait lieu la sortie. Le 11.01.2023, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du coude gauche (escarre numéro 2) (escarre nosocomiale de catégorie 1).</p> <p>NA</p>

VARIABLES	DESCRIPTION DES VARIABLES	EXPLICATIONS	FORMAT DES DONNÉES (VOIR CHAPITRE 4.1. PRINCIPES DE BASE)	EXEMPLE (DESCRIPTION DE LA SITUATION ET ENTRÉE EXPORTFILE [EN GRAS])
pi_preadm_4 «pressure injury preadmission category 4»	Escarres de « catégorie 4 : Perte tissulaire complète » apparues avant l'hospitalisation	Enregistrement facultatif du nombre d'escarres de catégorie 4 de la patiente/du patient acquises avant l'hospitalisation.	Numérique, longueur maximale : 2 Valeurs : 1-99 NA	<p>Le patient X entre à l'hôpital le 04.01.2023. Une escarre est constatée au talon droit avec une perte totale de tissus, des croûtes rendant impossible la détermination de la profondeur (Escarre « Inclassable : Profondeur inconnue »). Cette escarre est déjà décrite dans le rapport de transfert de la maison de soins comme « survenue dans la maison de soins ».</p> <p>Le 09.01.2023 à 14 h 30, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du sacrum (escarre numéro 1) (escarre nosocomiale de catégorie 1).</p> <p>Le 10.01.2023, le patient X est transféré dans l'unité de soins d'où avait lieu la sortie. Le 11.01.2023, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du coude gauche (escarre numéro 2) (escarre nosocomiale de catégorie 1).</p> <p>NA</p>
pi_preadm_upi «pressure injury preadmission category unstageable pressure injury»	Escarres « Inclassable : Profondeur inconnue » apparues avant l'hospitalisation	Enregistrement facultatif du nombre d'escarres acquises avant l'hospitalisation de catégorie « Inclassable : Profondeur inconnue » de la patiente/du patient.	Numérique, longueur maximale : 2 Valeurs : 1-99 NA	<p>Le patient X entre à l'hôpital le 04.01.2023. Une escarre est constatée au talon droit avec une perte totale de tissus, des croûtes rendant impossible la détermination de la profondeur (Escarre « Inclassable : Profondeur inconnue »). Cette escarre est déjà décrite dans le rapport de transfert de la maison de soins comme « survenue dans la maison de soins ».</p> <p>Le 09.01.2023 à 14 h 30, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du sacrum (escarre numéro 1) (escarre nosocomiale de catégorie 1).</p> <p>Le 10.01.2023, le patient X est transféré dans l'unité de soins d'où avait lieu la sortie. Le 11.01.2023, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du coude gauche (escarre numéro 2) (escarre nosocomiale de catégorie 1).</p> <p>1</p>

VARIABLES	DESCRIPTION DES VARIABLES	EXPLICATIONS	FORMAT DES DONNÉES (VOIR CHAPITRE 4.1. PRINCIPES DE BASE)	EXEMPLE (DESCRIPTION DE LA SITUATION ET ENTRÉE EXPORTFILE [EN GRAS])
pi_preadm_sdti «pressure injury preadmission category suspected deep tissue injury»	Escarres « Dommage tissulaire profond probable : Profondeur inconnue » apparues avant l'hospitalisation	Enregistrement facultatif du nombre d'escarres acquises avant l'hospitalisation de catégorie « Dommage tissulaire profond probable : Profondeur inconnue » de la patiente/du patient.	Numérique, longueur maximale : 2 Valeurs : 1-99 NA	<p>Le patient X entre à l'hôpital le 04.01.2023. Une escarre est constatée au talon droit avec une perte totale de tissus, des croûtes rendant impossible la détermination de la profondeur (Escarre « Inclassable : Profondeur inconnue »). Cette escarre est déjà décrite dans le rapport de transfert de la maison de soins comme « survenue dans la maison de soins ».</p> <p>Le 09.01.2023 à 14 h 30, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du sacrum (escarre numéro 1) (escarre nosocomiale de catégorie 1). Le 10.01.2023, le patient X est transféré dans l'unité de soins d'où avait lieu la sortie. Le 11.01.2023, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du coude gauche (escarre numéro 2) (escarre nosocomiale de catégorie 1).</p> <p>NA</p>

VARIABLES	DESCRIPTION DES VARIABLES	EXPLICATIONS	FORMAT DES DONNÉES (VOIR CHAPITRE 4.1. PRINCIPES DE BASE)	EXEMPLE (DESCRIPTION DE LA SITUATION ET ENTRÉE EXPORTFILE [EN GRAS])
pi_preadm_mc «pressure injury preadmission missing classification»	Escarres survenues avant l'hospitalisation sans affectation à une catégorie	Enregistrement facultatif du nombre d'escarres acquises avant l'hospitalisation sans affectation à une catégorie de la patiente/du patient.	Numérique, longueur maximale : 2 Valeurs : 1-99 NA	<p>Le patient X entre à l'hôpital le 04.01.2023. Une escarre est constatée au talon droit avec une perte totale de tissus, des croûtes rendant impossible la détermination de la profondeur (Escarre « Inclassable : Profondeur inconnue »). Cette escarre est déjà décrite dans le rapport de transfert de la maison de soins comme « survenue dans la maison de soins ».</p> <p>Le 09.01.2023 à 14 h 30, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du sacrum (escarre numéro 1) (escarre nosocomiale de catégorie 1). Le 10.01.2023, le patient X est transféré dans l'unité de soins d'où avait lieu la sortie. Le 11.01.2023, une rougeur persistante ou qui ne blanchit pas à la pression, a été documentée au niveau du coude gauche (escarre numéro 2) (escarre nosocomiale de catégorie 1).</p> <p>NA</p>

Tableau 3 : Aperçu de la structure et du format des données à exporter (champs verts=variables basées sur la liste des variables de l'enquête SpiGes V1.5, 25.09.2025)

5. TRANSFERT DE DONNÉES

Le fichier d'exportation généré par les prestataires conformément aux instructions est transmis à w hoch 2 GmbH après un contrôle initial de l'exactitude et de l'exhaustivité par la personne responsable dans l'hôpital/la clinique (voir chapitre 6 « Qualité des données »). **En contrepartie, les institutions ont accès à un tableau de bord « StuDek » mis à disposition par w hoch 2.**

Pour les groupes hospitaliers, le fichier d'exportation est exporté et téléchargé par site. **Sur la base des commentaires reçus dans « StuDek », des corrections peuvent être apportées aux données si nécessaire, et une exportation de données ajustée/corrigée peut à nouveau être téléchargée sur le tableau de bord. Les fichiers précédemment téléchargés sont alors automatiquement remplacés. Ce processus itératif peut être répété autant de fois que nécessaire afin de garantir la meilleure qualité possible des données transmises.**

Avant la date limite de livraison des données (voir chapitre 9 « Aperçu du calendrier »), les institutions confirment que l'ensemble de données actuellement affiché sur le tableau de bord est définitif et le libèrent pour l'évaluation.

Environ deux mois après la dernière livraison possible des données, les institutions disposent d'un tableau de bord des résultats dans lequel elles peuvent évaluer et visualiser leurs propres résultats.

La Figure 4 ci-dessous esquisse l'ensemble du processus de transfert de données.

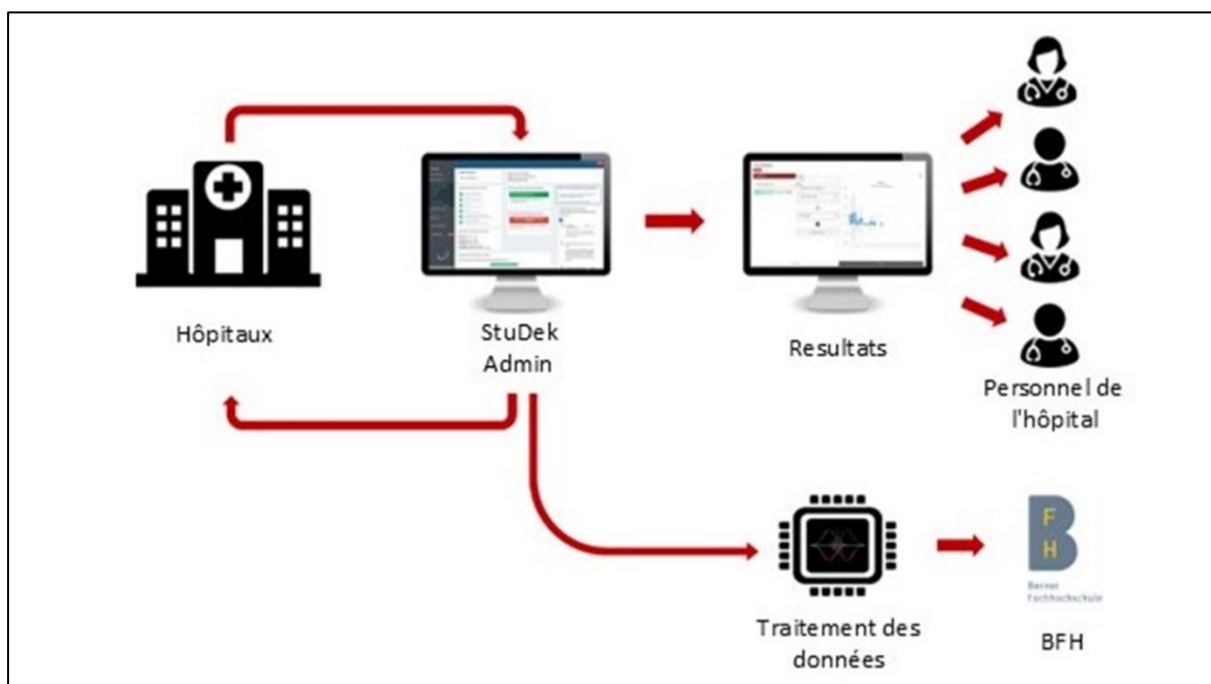


Figure 4 : Processus de transfert de données

6. QUALITÉ DES DONNÉES

Dans le cadre de la mesure nationale des chutes et escarres, des mesures sont prises à différents niveaux pour garantir la qualité des données. Le Tableau 4 ci-dessous décrit les critères et mesures pertinents pour garantir et vérifier la qualité des données au niveau des prestataires (exportation des données), du CLM w hoch 2 GmbH (exploitation des données et analyse des données spécifiques aux institutions) et de l'institut d'analyse BFH (analyse des données nationales). Du côté des prestataires, différentes personnes/services peuvent être responsables des différentes mesures. Il est recommandé qu'une seule personne coordonne toutes les activités.

PHASE	MASSNAHMEN	ZUSTÄNDIGKEIT
Préparation (avant/pendant la période d'observation)	Favoriser l'exhaustivité des données	
	Documentation détaillée sur les données et les formats requis	w hoch 2 GmbH, BFH, ANQ
	Clarifier les possibilités d'intégration de champs obligatoires concernant les informations centrales (en particulier le contexte d'apparition des escarres [non nosocomiales/nosocomiales], la date de la chute et ses conséquences)	Prestataires
	Le cas échéant, audits internes pour assurer la qualité des données	Prestataires
Exportation des données (après la période d'observation)	Vérifier l'exhaustivité des données par cas ainsi que le nombre de cas	
	À la fin de la période d'observation, il est possible de télécharger les données sur la plateforme w hoch 2, et recevoir des commentaires détaillés sur la qualité des données. La vérification de la qualité des données se fait en deux étapes. Lors du téléchargement des données, leur exactitude formelle est vérifiée (nombre de colonnes, noms de variables) et les éventuels messages d'erreur sont affichés. Les données ne peuvent être téléchargées que si elles répondent aux exigences formelles. Une fois les données téléchargées, leur qualité peut être vérifiée à l'aide de graphiques et de tableaux, et les valeurs non plausibles sont signalées	w hoch 2 GmbH
	Extrait de données permettant de vérifier l'exactitude formelle, la plausibilité et l'exhaustivité du fichier d'exportation sur la plateforme de w hoch 2 GmbH afin de détecter à temps, avant la transmission définitive des données, d'éventuelles lacunes ou erreurs et, le cas échéant, d'apporter des corrections à l'extrait de données. Le processus de téléchargement d'un ensemble de données et les commentaires sur la qualité des données téléchargées peuvent être répétés autant de fois que nécessaire. Les ensembles de données précédemment transférés sont	Prestataire

	automatiquement écrasés lors d'un nouveau téléchargement de données	
	Vérification des points suivants : <ul style="list-style-type: none"> Le nombre de cas dans le fichier d'exportation correspond-il au nombre de cas selon l'administration ? Le fichier d'exportation contient-il toutes les variables selon le Tableau 3? Y a-t-il des cas en double ? Y a-t-il des valeurs manquantes ? 	Prestataires
	Le cas échéant, tester l'exhaustivité par un téléchargement provisoire sur la plateforme de w hoch 2 GmbH	Prestataires
Transmission des données	Vérifier l'exactitude formelle des données	
	Rejet automatique des fichiers incomplets ou erronés, avec indication du problème : <ul style="list-style-type: none"> Nombre de variables correct Noms de variables corrects 	w hoch 2 GmbH
	Contrôle automatisé et standardisé de l'exhaustivité et de la plausibilité des données	
	Contrôle automatisé de tous les fichiers importés selon des règles définies (Validator), par ex. : <ul style="list-style-type: none"> Valeurs manquantes Cas en double Valeurs en double Date de sortie dans la période d'observation définie Plage de valeurs par variable selon les prescriptions Indications de valeurs non plausibles (+/- 2,5 fois l'écart-type) incidences documentées avant l'admission ou après la sortie Retours d'information sur la répartition des valeurs (nombre de diagnostics, durée du séjour, nombre de services) Deadline date de livraison, contrôler si tous ceux devant livrer ont livré	
Analyse des données au niveau national	Vérifier l'exhaustivité et la plausibilité des données dans la comparaison	
	Harmoniser l'inclusion et l'exclusion des cas pour le rapport national (uniquement les cas âgés de ≥18 ans) et contextualiser les données en se référant aux données de l'OFS ainsi qu'à la variabilité entre les institutions et au déroulement de la mesure (en cours de développement)	BFH
	Le cas échéant, Le cas échéant, part de données manquantes sur les chutes et les conséquences des chutes ou sur les classifications des escarres par institution et en comparaison (en cours de développement)	BFH

Tableau 4 : Mesures visant à garantir et à vérifier la qualité des données

7. PROTECTION DES DONNÉES

Le règlement des données de l'ANQ, version 2.0 ([lien](#)), s'applique à la mesure chute et escarre. Celui-ci stipule : Les hôpitaux et cliniques sont responsables du recueil correct, complet et conforme à la protection des données ainsi que de leur transmission dans les délais. [...] Les hôpitaux et les cliniques pseudonymisent ou anonymisent les données personnelles conformément aux directives fixées par l'ANQ pour la mesure concernée (p. ex. concept de mesure) avant de les transmettre à l'ANQ ou aux partenaires de coopération de l'ANQ désignés par cette dernière. [...] » (Art. 5). Par ailleurs, les personnes responsables prennent les mesures organisationnelles et techniques appropriées pour protéger la confidentialité, la disponibilité et l'intégrité des données et pour garantir la traçabilité de leur traitement ; elles tiennent compte en particulier des exigences prévues par les prescriptions fédérales et cantonales en matière de protection des données qui leur sont applicables.

La livraison de données à l'ANQ en rapport avec les mesures nationales de la qualité a lieu en vue de remplir une obligation légale selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMAL). Il existe donc une base légale pour la livraison des données et le consentement des patientes et patients n'est pas nécessaire du point de vue de la protection des données. Il n'est pas non plus nécessaire d'obtenir le consentement général des patientes et patients (general consent) selon la loi relative à la recherche sur l'être humain (LRH), car la mesure n'est pas soumise à la LRH.

8. ANALYSE DES DONNÉES ET ÉTABLISSEMENT DES RAPORTS

L'analyse nationale des données et l'établissement des rapports (y compris la comparaison des hôpitaux ajustée aux risques **à partir de 2027**), sont effectués par la BFH. La publication du rapport national (y compris la comparaison des hôpitaux ajustée aux risques **à partir de 2027**), est effectuée par l'ANQ selon le calendrier de publication, mais au plus tard avant le début de la période de mesure suivante. En outre, des analyses descriptives de leurs propres données au niveau de l'institution et, le cas échéant, de l'unité de soins, sont mises à la disposition des institutions sous forme de tableau de bord par w hoch 2 GmbH.

Les étapes de l'analyse des données et de l'établissement du rapport sont décrites en détail dans le concept d'évaluation. Seuls les cas âgés de 18 ans et plus sont pris en compte dans le rapport national. Les patients âgés de moins de 18 ans sont simplement inclus dans l'analyse descriptive spécifique sur le dashboard des résultats de l'hôpital ou de la clinique.

8.1 BASES DE CALCUL DES INDICATEURS DE RÉSULTATS

Pour la mesure nationale des chutes et escarres, la méthode de la mesure de l'incidence est utilisée. Les indicateurs de résultats chutes survenues en milieu hospitalier, chutes survenues en milieu hospitalier avec conséquences des chutes et escarres nosocomiales sont évalués en tant que taux d'incidence par trimestre (3 mois) ainsi que pour 1000 jours de soins (d'après l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2013; EPUAP, NPIAP, & PPPIA, 2019a).

Le taux d'incidence par trimestre est calculé comme suit :

$$\frac{\text{Nombre de patients correspondant aux critères d'inclusion (cas) incluant le résultat négatif dans la période définie}}{\text{Nombre de patients (cas) répondant aux critères d'inclusion pendant la période définie}} \times 100$$

Le taux d'incidence pour 1000 jours de soins est calculé comme suit :

$$\frac{\text{Nombre d'événements négatifs des patients (cas) répondant aux critères d'inclusion pendant la période définie}}{\text{Somme des durées d'hospitalisation en jours (le jour d'admission et de sortie compte comme jour de soins) de tous les patients (cas) répondant aux critères d'inclusion pendant la période définie}} \times 1000$$

De plus, à la demande des hôpitaux, un taux de prévalence sur un temps donné est calculé pour les escarres par trimestre (si les données correspondantes ont été fournies). La prévalence sur un temps donné comprend les escarres survenues avant l'entrée et les escarres nosocomiales. Le taux de prévalence sur un temps donné est uniquement affiché dans le tableau de bord des résultats et serait calculer comme suit (EPUAP, NPIAP, & PPPIA, 2019a, p. 315) :

Nombre de patient(e)s correspondant aux critères d'inclusion (cas) avec escarres dans la période définie	
Nombre de patients (cas) répondant aux critères d'inclusion pendant la période définie	x 100

Les taux d'incidence par trimestre et les taux pour 1000 jours de soins sont communiqués pour le rapport national.

Pour l'indicateur escarres, les taux sont communiqués pour toutes les catégories d'escarres selon EPUAP, NPIAP, & PPPIA (2019a) ainsi que séparément pour les escarres de catégorie 2 et supérieure (voir annexe B). Ceci est dû au fait que l'identification correcte d'une escarre de catégorie 1 et sa délimitation par rapport à d'autres phénomènes représentent un défi (Fletcher Obe et al., 2021; Waugh & Bergquist-Beringer, 2020).

9. APERÇU DE L'AGENDA

La mesure couvre la période d'observation de 1^{er} février au 30 avril inclus. Les hôpitaux peuvent s'enregistrer sur la plateforme de w hoch 2 GmbH à partir de décembre. La formation des personnes responsables du côté des prestataires de soins aura lieu en décembre et janvier. Une fois la période d'observation terminée, les prestataires de soins auront trois mois (jusqu'à fin juillet) pour télécharger les données exportées sur la plateforme de w hoch 2 GmbH, vérifier, corriger/compléter si nécessaire avant leur transmission définitive pour l'évaluation nationale. Ensuite, w hoch 2 GmbH procédera au nettoyage des données, avant que les résultats descriptifs ne soient disponibles dans un tableau de bord à partir de fin septembre. Les données seront également analysées par la BFH au niveau national. Un calendrier plus détaillé est disponible à l'annexe C.

Une publication non transparente des résultats nationaux est prévue au début de l'année suivante.

BIBLIOGRAPHIE

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2013). 5. *How do you measure fall rates and fall prevention practices?* Retrieved 17.06.2024 from <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/fall-prevention/toolkit/measure-fall-rates.html>
- 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. *Studies in Health Technology and Informatics*, 292, 51-56. <https://doi.org/10.3233/shti220320>
- Bours, J., Halfens, R. J., 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 Manage*, 45(11), 28-33, 36-28, 40.
- Boyle, D. K., Jayawardhana, A., Burman, M. E., Dunton, N. E., Staggs, V. S., Bergquist-Beringer, S., & Gajewski, B. J. (2016). A pressure ulcer and fall rate quality composite index for acute care units: A measure development study. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 73-81.
- Burston, S., Chaboyer, W., & Gillespie, B. (2013). Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: a review and discussion of issues. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1785-1795. <https://doi.org/10.1111/jocn.12337>
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (2022). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 14.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], National Pressure Injury Advisory Panel [NPIAP], & Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA]. (2019a). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. <https://internationalguideline.com/s/CPG2019edition-digital-Nov2023version.pdf>
- European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], National Pressure Injury Advisory Panel [NPIAP], & Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA]. (2019b). Prévention et Traitement des Plaies de Pression: Guide de référence abrégé. <https://epuap.org/download/8568/>
- Fletcher Obe, J., Jacklin, A., & Adderley, U. (2021). A brief history of pressure ulcer measurement in England: the last 20 years. *Wound UK*, 17(2), 14-20.
- Heslop, L., & Lu, S. (2014). Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2469-2482. <https://doi.org/10.1111/jan.12503>
- Kuster, B., Baumberger, D., Spirig, R., & Müller, M. (2009). *Empfehlung Qualitätsindikatoren und Messmethoden. Empfehlung Qualitätsindikatoren und Messmethoden zuhanden H+ und des Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)*.
- Min, L., Tinetti, M., Langa, K. M., Ha, J., Alexander, N., & Hoffman, G. J. (2019). Measurement of Fall Injury With Health Care System Data and Assessment of Inclusiveness and Validity of Measurement Models. *JAMA Netw Open*, 2(8), e199679. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.9679>
- Montalvo, I. (2007). National Database of Nursing Quality Indicators.
- Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., & Alexander, N. B. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age and Aging*, 51, 1-36. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>
- Morse, J. M., Morse, R. M., & Tylko, S. J. (1989). Morse Fall Scale. *APA PsycTests*. <https://doi.org/10.1037/t24759-000>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel [NPUAP], European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], & Pan Pacific Pressure Injury Alliance [PPPIA]. (2014).
- Schubert, M., Clarke, S. P., Glass, T. R., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2009). Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: A correlational study. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 884-893. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.008>
- Van Nie-Visser, N. C., Schols, J. M. G. A., Meesterberends, E., Lohrmann, C., Meijers, J. M. M., & Halfens, R. J. G. (2013). An international prevalence measurement of care problems: study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), e18-e29. <https://doi.org/10.1111/jan.12190>
- Waugh, S. M., & Bergquist-Beringer, S. (2020). Methods and Processes Used to Collect Pressure Injury Risk and Prevention Measures in the National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®). *Journal of Nursing Care Quality*, 35(2), 182-188. <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000428>
- World Health Organisation (WHO). (2018). *Falls*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls#:~:text=Key%20facts,greatest%20number%20of%20fatal%20falls>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Organigramme de la mesure chute et escarre	7
Figure 2 : Représentation graphique des cas au cours de la période d’observation.....	12
Figure 3 : Aperçu de l'exportation des données par site en cas de transfert de patientes et de patients au sein d'un groupe hospitalier.....	14
Figure 4 : Processus de transfert de données	31

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Aperçu de l'institution, de la responsabilité et de la personne de contact.....	9
Tableau 2 : Rythme de recueil de données.....	9
Tableau 3 : Aperçu de la structure et du format des données à exporter (champs verts=variables basées sur la liste des variables de l'enquête SpiGes V1.5, 25.09.2025)	29
Tableau 4 : Mesures visant à garantir et à vérifier la qualité des données.....	33
Tableau 5 : Calendrier de la mesure.....	47

ANNEXES

Annexe A : Définitions et spécifications de l'indicateur de chute.....	42
Annexe B : Définitions et spécifications de l'indicateur escarre.....	44
Annexe C : Calendrier détaillé pour la préparation et la mise en œuvre de la mesure.....	46

Annexe A : Définitions et spécifications de l'indicateur de chute

DÉFINITION D'UNE CHUTE

« Une chute est un événement au cours duquel la ou les personnes concernées se retrouvent involontairement sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où la ou les personnes se trouvaient précédemment » (traduction de la définition de l'OMS 2021 selon Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2022, p. 20).

Spécifications de la définition d'une chute : outre la définition générale de la chute, les spécifications suivantes sont utilisées dans la mesure nationale des chutes dans les hôpitaux de soins aigus :

- Glisser sur une chaise, retomber sur le lit, correspond à la définition de la chute (« niveau inférieur »).
- « Rouler » depuis un matelas posé au sol correspond à la définition de la chute (« niveau inférieur »).
- Les chutes « contrôlées » (= assisted falls), dans lesquelles la chute est contrôlée en accompagnant doucement le patient jusqu'au sol ou à un niveau inférieur par la personne présente au moment de la chute, sont incluses dans la définition.
- Toute découverte du patient sur une surface plus basse où il ne s'attend pas à trouver une telle surface est considérée comme une chute.
- Les forces externes (exercées par d'autres personnes) ne sont pas considérées comme des chutes.

Ces spécifications sont conformes aux recommandations internationales actuelles (WHO, 2018; Boyle et al., 2016; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2022; Min et al., 2019; Montalvo, 2007).

DÉFINITION D'UNE CHUTE AVEC CONSÉQUENCES DE LA CHUTE

Une chute avec conséquences comprend à la fois une blessure survenue à la suite d'une chute (selon Montero-Odasso et al., 2022) et les mesures diagnostiques et/ou thérapeutiques complémentaires prises à la suite d'une chute (décision GQ, 2024).

Spécifications de la définition d'une chute avec conséquences de la chute :

- Les conséquences d'une chute sont souvent classées en différents degrés de gravité. Tous les degrés de gravité sont considérés comme des chutes avec conséquences dans la mesure nationale chute et escarre. En d'autres termes, même des lésions minimales/légères dues à une chute sont considérées comme des chutes avec conséquences (par ex. douleurs, petites lésions cutanées, éraflures ; Montalvo, 2007; Morse et al., 1989).
- Les mesures diagnostiques et thérapeutiques complémentaires prises à la suite d'une chute sont considérées comme des conséquences de la chute, quel que soit le résultat (décision GQ, 2024). **L'évaluation initiale après une chute par un professionnel (soignant,**

médecin, etc.) n'est toutefois pas considérée comme une mesure diagnostique supplémentaire. Une chute avec conséquences n'est considérée comme telle que si l'évaluation initiale révèle des blessures évidentes ou présumées qui nécessitent des mesures diagnostiques et/ou thérapeutiques supplémentaires et entraînent ainsi des frais supplémentaires (financiers) pour l'hôpital/la clinique (quel que soit le résultat). C'est par exemple le cas lorsqu'une tomodensitométrie (TDM) ou une surveillance régulière de l'état de conscience (surveillance GCS) est nécessaire pour évaluer les blessures (décision GQ, 2025).

- Dès que la chute entraîne un traitement infirmier ou médical minimes, elle est considérée comme une chute avec conséquences (p. ex. pose d'un pansement (rapide), application de glace, nettoyage d'une plaie, surélévation des membres, administration de médicaments).

La subdivision des différents degrés de gravité des conséquences d'une chute est très hétérogène à l'échelle (inter)nationale. Cela a également été confirmé dans l'avant-projet (Bernet et al., 2022) et lors de la consultation des institutions membres du GQ. De plus, l'évaluation et l'attribution correctes du degré de gravité par le personnel soignant sont considérées comme difficiles. C'est pourquoi il a été décidé, en collaboration avec l'ANQ et les membres du GQ, de ne faire actuellement qu'une distinction entre les chutes avec/sans conséquences. Une différenciation plus poussée du degré de gravité des conséquences des chutes pourrait un jour faire partie du développement de la mesure des chutes.

Annexe B : Définitions et spécifications de l'indicateur escarre

DÉFINITION DE L'ESCARRE

« L'escarre est une lésion ischémique localisée au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents, située en général sur une 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 la survenue d'escarre y sont associés : leur implication doit être encore élucidée » (NPUAP, EPUAP, & PPPIA, 2014).

Spécifications de la définition de l'escarre :

- Les escarres liées aux muqueuses sont exclues de la mesure, car la catégorisation selon l'EPUAP n'est pas applicable (EPUAP, NPIAP, & PPPIA, 2019a).

Les six manifestations suivantes selon EPUAP, NPIAP, & PPPIA (2019b) sont utilisées pour l'indicateur escarres :

Catégorie/Stade I : Érythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine

Peau intacte avec un érythème qui ne blanchit pas à la pression, généralement situé au niveau d'une proéminence osseuse. Pour les peaux à pigmentation foncée, le blanchiment pourrait ne pas être visible ; sa couleur peut être différente à la périphérie. La zone peut être douloureuse, dure, molle, plus chaude ou plus froide par rapport aux tissus adjacents. Il est possible que chez les sujets à peau foncée, la Catégorie/Stade 1 soit difficile à détecter. Ces personnes devraient être identifiées comme étant « à risque ».

Catégorie/Stade II : Atteinte partielle de la peau ou phlyctène

Perte tissulaire partielle du derme qui se présente sous la forme d'une ulcération ouverte peu profonde avec un lit de plaie rouge/rosé, sans fibrine. Elle peut également se présenter comme une phlyctène fermée ou ouverte, remplie d'un liquide séreux clair ou séro-sanguinolent. Elle se présente comme une ulcération brillante ou sèche, superficielle, sans fibrine ni ecchymose*. *D'après NPUAP (2016) cité en EPUAP, NPUAP, & PPPIA (2019b), cette catégorie/ce stade ne doit pas être utilisé pour décrire les dommages cutanés associés à l'humidité (DCAH), notamment la dermatite associée à l'incontinence (DAI), l'intertrigo, la lésion cutanée liée à un adhésif médical, ou plaies traumatiques (déchirures cutanées, brûlures, abrasions).*

** Les ecchymoses indiquent une suspicion de lésion des tissus profonds*

Catégorie/Stade III : Perte complète de tissu cutané

Perte complète de tissu cutané. Le tissu adipeux de l'hypoderme peut être visible, mais l'os, les tendons ou les muscles ne sont pas exposés. Il peut y avoir la présence de fibrine. Elle peut inclure du sous-minage ou des tunnélisations. La profondeur de l'escarre de Catégorie/Stade 3 dépend de sa localisation anatomique. Pour les ailes du nez, l'oreille, l'occiput et la malléole qui sont dépourvus de tissus sous-cutanés (adipeux), les escarres de Catégorie/Stade 3 peuvent être superficielles. Par contraste, les zones avec un tissu adipeux important peuvent développer des escarres de Catégorie/Stade 3 extrêmement profondes. L'os et les tendons ne sont pas visibles ou directement palpables.

Catégorie/Stade IV : Perte tissulaire complète

Perte tissulaire complète avec exposition osseuse, tendineuse ou musculaire. De la fibrine ou de la nécrose peuvent être présentes. Souvent, elle présente des sous-minages et tunnélisations. La profondeur de l'escarre de Catégorie/Stade 4 dépend de sa localisation anatomique. Pour les ailes du nez, l'oreille, l'occiput et la malléole qui sont dépourvus de tissus sous-cutanés (adipeux), les escarres de Catégorie/Stade 4 peuvent être

superficielles. L'escarre de Catégorie/Stade 4 peut s'étendre au muscle et/ou aux structures de soutien (comme le fascia, les tendons ou les capsules articulaires) ce qui rend la survenue d'une ostéomyélite ou d'une ostéite probable. L'os et les muscles sont exposés, visibles ou directement palpables.

Inclassable : Profondeur inconnue

Perte tissulaire complète dans laquelle la profondeur de l'escarre est complètement masquée par de la fibrine (jaune, beige, gris, vert ou brun) et/ou par de la nécrose (beige, brun ou noire) présente dans le lit de la plaie. Tant que la fibrine et/ou la nécrose ne sont pas enlevées afin d'exposer le fond du lit de la plaie, la profondeur réelle ne peut être déterminée, et donc la catégorie/le stade, ne peut être déterminée. Une nécrose talonnière stable (sèche, adhérente, intacte sans érythème ou avec décollement tissulaire) a pour fonction d'être une « couverture naturelle (biologique) du corps » et ne doit pas être retirée.

Domage tissulaire profond probable : Profondeur inconnue

Zone délimitée de couleur pourpre ou brun-rouge avec une peau décolorée intacte ou une phlyctène à contenu hématique, résultant d'une lésion des tissus mous sous-jacents dû à une pression et/ou du cisaillement. Cette zone peut être composée de tissus douloureux, fermes, mous, souples, plus chauds ou plus froids par rapport aux tissus adjacents. Le dommage des tissus profonds pourrait être difficile à détecter chez les personnes à peau foncée. L'évolution pourrait inclure la présence d'une phlyctène fine sur un lit de plaie foncé. La plaie peut encore évoluer en se couvrant d'une fine couche de nécrose. L'évolution de l'escarre peut être rapide et toucher d'autres couches tissulaires additionnelles malgré le traitement proposé.

Annexe C : Calendrier détaillé pour la préparation et la mise en œuvre de la mesure

QUAND	ACTIVITÉS	RESPONSABILITÉ
Octobre	Dialogue en ligne (trilingue) : Le dialogue en ligne a pour but d'informer les hôpitaux ayant adhéré au contrat qualité sur les développements concernant la mesure de la qualité chutes et escarres.	ANQ, BFH, w hoch 2
Dès décembre	Enregistrement des hôpitaux intéressés sur la plateforme de w hoch 2 GmbH.	Prestataires, w hoch 2
Décembre/Janvier	Tous les documents pertinents pour la mesure sont disponibles (documents de formation, manuel de mesure, instructions techniques).	BFH, w hoch 2, ANQ
Décembre /Janvier	Réunions de formation en ligne (traduction simultanée DE/FR/IT)	BFH, w hoch 2, ANQ
Janvier – Juin	Préparation de l'exportation des données <ul style="list-style-type: none"> Information et concertation avec les services impliqués (par ex. IT, responsable DPI, contrôle de gestion, service de codage). Vérification de la disponibilité et des possibilités d'exportation des informations requises dans le DPI et, le cas échéant, dans d'autres applications (selon le Tableau 3). Possibilités pour un ou plusieurs téléchargements de données de test seront à disposition. Il est recommandé de procéder au plus tôt à un test de de qualité de dates. 	Prestataires
Janvier – Juin	Assurance qualité des données <ul style="list-style-type: none"> Selon Tableau 4, chapitre 6. Contenu <ul style="list-style-type: none"> Le cas échéant, audits internes sur la qualité de la documentation, rappels sur la documentation aux spécialistes dans les services, formation sur les définitions et la documentation. 	Prestataires
1. Février – 30. Avril	Période d'observation	Prestataires
Février – Juin	Contrôle de plausibilité <ul style="list-style-type: none"> Contrôle de plausibilité automatisé selon le Tableau 4, chapitre 6. Remarque : les fichiers de données peuvent être vérifiés automatiquement afin de s'assurer de leur exactitude formelle et de leur plausibilité. 	Prestataires, w hoch 2
Fin juillet	Exportation et téléchargement finaux des données sur la plateforme de w hoch 2 GmbH. Au plus tard fin juillet, les institutions confirment que les données actuellement affichées sur le tableau de bord sont définitives et les valident pour l'évaluation.	Prestataires
Août – Septembre	Exploitation des données <ul style="list-style-type: none"> Préparation des données par prestataires. Préparation de l'ensemble des données nationales. 	w hoch 2

Fin septembre	Présentation des résultats dans le tableau de bord. Ensemble de données brutes par prestataires et disponibles au niveau national.	w hoch 2
Septembre – début de l'année suivante	Résultats de l'analyse nationale (rapport).	BFH

Tableau 5 : Calendrier de la mesure

MENTIONS LÉGALES

Titre principal et sous-titres	Manuel de mesure - chute et escarre
Année	2025
Auteurs	Niklaus S. Bernet, Karin Thomas, Cécile JeanRichard, Silvia Thomann
Contact Adresse de correspondance	Berner Fachhochschule Departement Gesundheit Angewandte Forschung und Entwicklung Pflege Nationales Auswertungsinstitut Messung Sturz und Dekubitus Murtenstrasse 10 3008 Bern qi.gesundheit@bfh.ch
Donneur d'ouvrage représenté par	ANQ Daniela Zahnd Geschäftsstelle ANQ Welpoststrasse 5 3015 Bern +41 31 511 38 40, info@anq.ch , www.anq.ch
Copyright	Le manuel de mesure est mis à la disposition du public sous la licence Creative Commons CC BY-SA 4.0. Il peut être librement utilisé, modifié et diffusé par l'ANQ, la BFH et des tiers, à condition que toutes les modifications et réutilisations soient également effectuées sous la licence CC BY-SA 4.0.
Citation	<i>Manuel de mesure - chute et escarre</i> , © 2025 par ANQ, BFH et w hoch 2 GmbH, sous licence CC BY-SA 4.0