



Mesure nationale de la prévalence Module escarres enfants

Résumé du rapport comparatif national de la mesure 2013

Juillet 2014 / Version 1.0

Table des matières

| | | |
|-------|--|----|
| 1. | Introduction..... | 3 |
| 2. | Buts visés | 3 |
| 3. | Méthode..... | 4 |
| 4. | Éthique et protection des données..... | 4 |
| 5. | Résultats descriptifs | 4 |
| 5.1 | Hôpitaux participants | 4 |
| 5.2 | Patient-e-s participant-e-s..... | 5 |
| 5.3 | Prévalence des escarres | 5 |
| 5.3.1 | Enfants et adolescent-e-s avec escarres | 5 |
| 5.3.2 | Mesures de prévention | 5 |
| 6. | Résultats ajustés au risque..... | 6 |
| 6.1 | Escarres – acquises à l'hôpital | 6 |
| 6.2 | Escarres acquises à l'hôpital, hors catégorie 1..... | 7 |
| 7. | Discussion et conclusions | 8 |
| 7.1 | Participant-e-s..... | 9 |
| 7.2 | Prévalence des escarres – acquises à l'hôpital..... | 9 |
| 7.2.1 | Caractéristiques des patient-e-s | 9 |
| 7.2.2 | Prévalence | 9 |
| 7.3 | Indicateurs de structure Escarres..... | 10 |
| 7.4 | Comparaison des hôpitaux ajustée au risque | 11 |
| 7.5 | Points forts et points faibles | 11 |
| 8. | Recommandations..... | 11 |

1. Introduction

L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) est responsable des mesures de qualité dans les hôpitaux suisses. Dans le cadre du contrat qualité national, les hôpitaux et cliniques participants se sont engagés à participer aux mesures périodiques incluses dans le plan de mesure de l'ANQ.

Depuis 2013, les enfants et adolescent-e-s hospitalisé-e-s dans les unités de soins aigus stationnaires sont inclus dans les mesures de l'ANQ. Le plan de mesure spécifique aux enfants inclut entre autres aussi la mesure de la fréquence des escarres. En effet, les données relatives aux escarres en hôpital reflètent certains aspects de la qualité des soins et traitements.

Aux côtés des hôpitaux pédiatriques, les hôpitaux disposant d'unités de pédiatrie explicites ont également l'obligation de mettre en œuvre le plan de mesure spécifique aux enfants. Sont donc incluses les unités traitant exclusivement des enfants et adolescent-e-s jusqu'à 16 ans et disposant du personnel qualifié ainsi que de l'infrastructure nécessaire.

À la demande de l'ANQ, la Haute école spécialisée bernoise (BFH) effectue depuis 2013 la mesure nationale de la prévalence (mesure de la fréquence) des escarres enfants dans les unités de soins de médecine somatique aiguë des hôpitaux suisses. Elle est également responsable de l'organisation nationale de la mesure et de l'exploitation des données. Pour la collecte des données dans la Suisse romande, la BFH collabore avec la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR) et la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI= École universitaire professionnelle de la Suisse italienne).

Ce rapport sur la mesure 2013 présente l'évaluation des données des enfants et adolescent-e-s au niveau national sous forme abrégée. Le rapport détaillé est publié sur le site Web à l'adresse <http://www.anq.ch/fr/resultats-de-mesure/resultats-somatique-aigue/>. Un rapport séparé sur la mesure des escarres 2013 chez les adultes a déjà été publié fin janvier 2015.

2. Buts visés

Les résultats de la mesure doivent permettre d'acquérir des connaissances approfondies sur les caractéristiques des jeunes patient-e-s présentant des escarres, ainsi que sur celles de la qualité (via des structures) et processus. De plus, une comparaison des résultats entre deux établissements semblables doit être possible.

Il en découle les objectifs suivants :

- Taux de prévalence des escarres acquises durant l'hospitalisation chez les enfants : catégories 1 - 4¹
- Taux de prévalence des escarres acquises durant l'hospitalisation chez les enfants : catégories 2 - 4
- Description des indicateurs de processus et de structures liés aux escarres chez les enfants
- Comparaisons ajustées au risque des résultats des hôpitaux

En complément, la prévalence globale est également décrite dans les résultats descriptifs. Les événements survenus avant l'admission sont également représentés dans cette partie. Il est possible d'avoir des résultats par hôpital et sur le plan national.

¹ Les escarres acquises à l'hôpital sont classées comme suit : Catégorie 1 = érythème persistant ou qui ne blanchit pas | Catégorie 2 = atteinte partielle | Catégorie 3 = perte complète de tissu cutané | Catégorie 4 = perte tissulaire complète.

3. Méthode

Les données ont été collectées le 5 novembre 2013. La mesure englobait tous les enfants hospitalisés dans les hôpitaux de soins aigus disposant d'unités de pédiatrie explicites, ainsi que les cliniques pédiatriques spécialisées pour les patient-e-s âgé-e-s de 0 à 16 ans.

Les instruments utilisés se basent sur ceux de la mesure effectuée périodiquement aux Pays-Bas ainsi qu'au niveau international, l'« International Prevalence Measurement of Care Problems » (LPZ International). Cette mesure a été conçue par l'Université de Maastricht il y a 15 ans pour les adultes.

À la demande de l'ANQ, la BFH a conçu, avec le soutien du Dr. Anna-Barbara Schlüer et d'autres expert-e-s, le module de mesure Escarres enfants pour la Suisse. La conception de ce module repose d'une part sur l'instrument de la mesure de la prévalence effectuée en 2012 dans 14 cliniques pédiatriques de Suisse, d'autre part sur le questionnaire LPZ pour les adultes, qui a été adapté aux spécificités des enfants.

Les données ont d'abord été analysées de façon descriptive, puis soumises à un ajustement au risque². Au vu de la faible quantité de données et de la population hétérogène, le rapport comparatif des hôpitaux a été réalisé selon deux groupes de comparaison incluant chacun les deux types d'hôpitaux suivants : hôpitaux universitaires/pédiatriques et hôpitaux centraux/soins de base.

4. Éthique et protection des données

Dans la mesure de la prévalence, seules des données récoltées au quotidien dans le processus de soins et dans les traitements ont été collectés. Aucune intervention supplémentaire n'a eu lieu.

Swissethics et les commissions d'éthique cantonales ont classé cette récolte de données comme une mesure de la qualité pour laquelle le consentement écrit des enfants et adolescent-e-s ainsi que des parents ou représentant-e-s n'est pas nécessaire. Les enfants et adolescent-e-s ainsi que leurs parents ou représentant-e-s doivent cependant être informé-e-s par écrit au préalable de la mesure et donner leur consentement oral. La récolte des données n'a affecté en aucune manière l'intégrité des enfants et adolescent-e-s et une non-participation n'a pas eu de conséquences négatives.

Toutes les données relatives aux patient-e-s ont été récoltées de manière pseudonymisée. Seuls les hôpitaux peuvent savoir à quelles patient-e-s se rapportent les pseudonymes.

5. Résultats descriptifs

5.1 Hôpitaux participants

Au total, 35 hôpitaux et sites hospitaliers ont participé à la première mesure nationale de la prévalence escarres enfants, avec un total de 102 unités. Les unités de soins les plus représentées étaient les unités générales de soins pédiatriques (interdisciplinaires) avec 29,4 %, suivies de celles de chirurgie pédiatrique avec 20,6 %. La médecine pédiatrique ainsi que la néonatalogie étaient représentées avec 18,6 % chacune.

² Dans le cadre de cette mesure, la qualité des soins est comparée entre les hôpitaux. Lors d'une telle comparaison, l'état de santé général des patient-e-s, le degré de la maladie traitée ainsi que la taille de l'échantillon jouent un rôle décisif. En effet, les patient-e-s peuvent présenter des résultats différents même s'ils ont bénéficié de soins de qualité équivalente. Un résultat moins bon n'implique donc pas automatiquement une qualité de soin moindre. Pour une comparaison juste, il est donc important d'inclure les facteurs de risque des patient-e-s en utilisant un procédé statistique. Ce procédé est nommé l'ajustement au risque.

5.2 Patient-e-s participant-e-s

Le jour de la mesure, 872 enfants et adolescent-e-s de 16 ans et moins étaient hospitalisés dans les hôpitaux récoltant des données. 730 d'entre eux ont participé à la mesure, ce qui correspond à un taux de participation de 83,7 %. Les participants avaient en moyenne 4,3 ans et étaient de sexe masculin à 54,1 %. Cependant, plus de la moitié avait moins d'un an. La raison de non-participation la plus fréquemment enregistrée était le refus.

La durée d'hospitalisation moyenne jusqu'au jour de la mesure était de 20,5 jours, la plus fréquente jusqu'à 7 jours. 25 % des enfants et adolescent-e-s participants ont été opérés dans les deux semaines précédant la mesure. Des installations médicales étaient présentes chez 79,3 % des³ participants. En plus de la catégorie de diagnostic Grossesse, accouchement et puerpéralité (20,4 %), les maladies du système respiratoire (17,7 %), les malformations congénitales et les anomalies chromosomiques (11,8 %) étaient en tête.

5.3 Prévalence des escarres

5.3.1 Enfants et adolescent-e-s avec escarres

La fréquence des escarres de toutes catégories acquises à l'hôpital est de 15,1 %. Si l'on exclut la catégorie 1, on obtient un taux de 2,5 %. Chez les enfants et adolescent-e-s présentant un risque d'escarre, un taux de 19,0 % a été calculé sur toutes les catégories et un taux de 17,6 % chez ceux ayant des installations médicales.

La plupart des escarres se sont produites dans des unités de soins intensifs et de néonatalogie, en particulier dans le groupe de comparaison hôpitaux universitaires/pédiatriques. Les enfants d'un an et moins étaient le plus souvent concernés. 75 % des enfants de moins d'un an touchés avaient jusqu'à un mois. Dans le cas des escarres hors catégorie 1 ainsi que chez les participants avec installations médicales, les cas étaient répartis sur tous les groupes d'âge. Cependant, là aussi, ceux de moins d'un an présentaient le taux le plus élevé.

Le taux de prévalence global inclut aussi les enfants et adolescent-e-s qui avaient déjà une escarre à leur admission à l'hôpital : dans l'ensemble, au moins une escarre a été constatée chez 16,4 % des 730 participants. 164 escarres ont été enregistrées au total. La majorité des personnes concernées ne présentaient qu'une seule escarre. Chez les autres, entre deux et cinq lésions ont été indiquées. Elles apparaissaient le plus souvent au niveau du métatarse et du nez.

Hors catégorie 1, le taux global est de 3,0 %. Avec le risque d'escarre, il monte à 22,0 %. Le taux global des personnes ayant des escarres et bénéficiant d'installations médicales s'élevait à 19,3 %. Près des deux tiers des enfants avec escarres avaient moins d'un an. Plus de 20 % des personnes concernées avaient été opérées dans les deux semaines précédant la mesure. Des installations médicales étaient présentes chez plus de 90 % d'entre elles.

5.3.2 Mesures de prévention

Chez les enfants et adolescent-e-s ayant un risque d'escarres, les mesures préventives suivantes étaient les plus fréquentes : inspection régulière de la peau, encouragement ciblé à bouger et mobilisation, ainsi que changement de position en position couchée. De plus, des mesures tenant compte des risques spécifiques aux enfants et adolescent-e-s ont été utilisées : matériel de protection et/ou les techniques de fixation pour les installations médicales ainsi que le changement régulier de position des électrodes/capteurs. Lorsque des matelas de prévention des escarres ont été utilisés, les plus fréquemment utilisés étaient les matelas en mousse visco-élastique. En position assise, les coussins de prévention des escarres n'étaient généralement pas appropriés car les personnes concernées ne pouvaient pas être mobilisées.

³ D'après le manuel de la mesure, les installations médicales incluent : les sondes, tubulures et câbles pour la ventilation (non) invasive, le monitoring, la perfusion, la nutrition artificielle, les attelles, les plâtres, les bandages, le matériel de positionnement, etc.

6. Résultats ajustés au risque

Dans la comparaison des résultats des hôpitaux ajustés au risque, les résultats sont globalement homogènes. En incluant la catégorie 1, deux hôpitaux ont été identifiés comme divergeant nettement de la moyenne de tous les hôpitaux du point de vue statistique ; en excluant la catégorie 1, aucun hôpital n'en divergeait significativement.

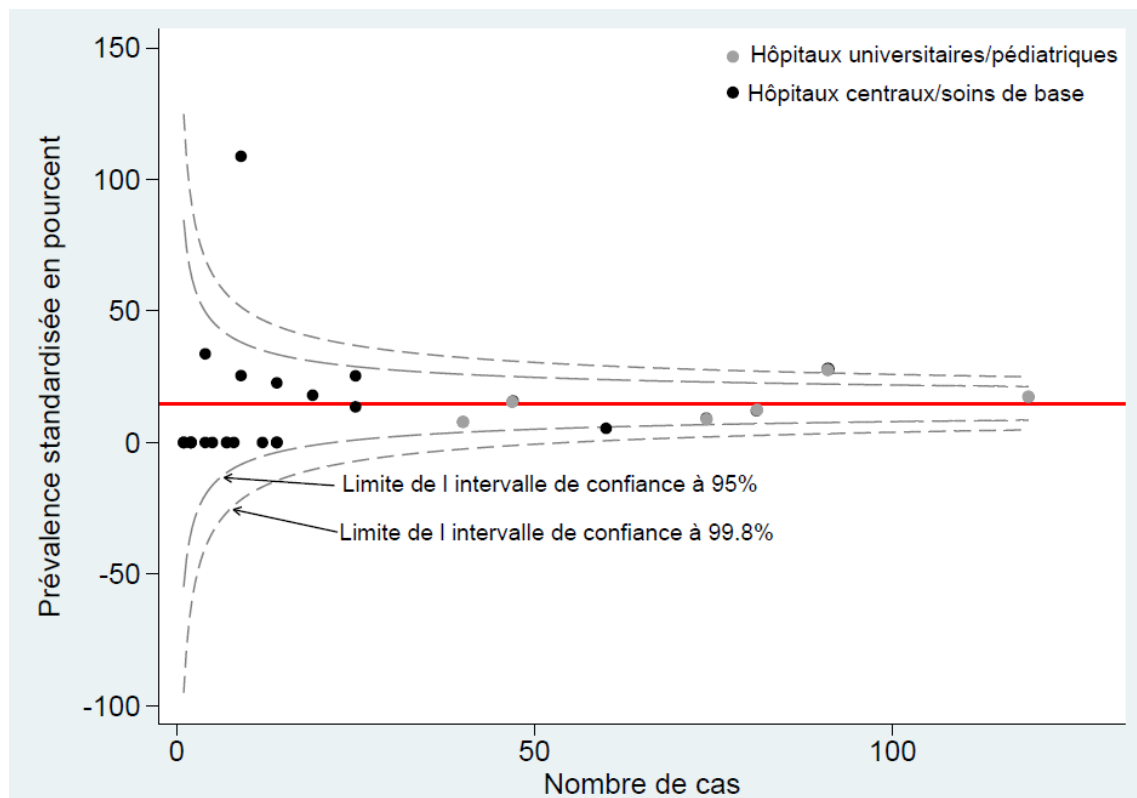
6.1 Escarres – acquises à l'hôpital

Les enfants de moins d'un an présentent un risque d'escarre 2,7 fois plus élevé que ceux de 8 ans et moins. Autres facteurs de risque : Un enfant complètement immobile a un risque presque 4 fois plus élevé. Le risque double en présence de friction et de cisaillement. L'évaluation subjective du risque d'escarre réalisée par les infirmiers/ères indique un risque plus de 4 fois supérieure, indépendamment de tous les autres facteurs.

Enfin, certains diagnostics médicaux sont également associés à un risque d'escarre : un AVC ou une hémiparésie sont un facteur particulièrement important. Cependant, ils sont devancés par les blessures, les intoxications et autres effets néfastes causés par des circonstances environnementales ou des causes externes (des « causes externes de morbidité »). Les affectations liées à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité présentent un risque d'escarre supérieur de 80 %.

Sur la base de ces facteurs de risque, une valeur de risque a été calculée pour chaque patient-e ; celle-ci a été additionnée au nombre d'escarres attendu par hôpital. Cette valeur a été mise en relation avec le nombre réel d'escarres et multipliée par la fréquence des escarres non ajustée dans l'échantillon global. Ce calcul donne la prévalence standardisée sur l'axe Y (axe vertical).

Figure 1 : graphique en entonnoir – taux de prévalence standardisés des escarres de catégories 1–4 pour tous les hôpitaux participants



Comment faut-il lire ce graphique ? La ligne tracée sur l'axe X (axe horizontal) représente la prévalence dans l'échantillon global (15,1 %). La plupart des hôpitaux se regroupent autour de cette valeur. Cela signifie que leurs taux correspondent à peu près à l'échantillon global. Une série d'hôpitaux n'a signalé absolument aucun cas d'escarre. Ces hôpitaux sont réunis sur la ligne du zéro.

Le graphique présente aussi quatre lignes marquant l'incertitude statistique dans l'évaluation et représentant un entonnoir. Les lignes intérieures représentent l'intervalle de confiance de 95 %, les lignes extérieures l'intervalle de confiance de 99,8 %. Les hôpitaux présentant un petit nombre de cas se trouvent sur le côté gauche et dans la partie la plus large de l'entonnoir, car les petits nombres de cas impliquent une plus grande incertitude.

Deux hôpitaux sont en dehors de la limite de 99,8 %, car leur valeur diverge significativement vers le haut d'un point de vue statistique. L'un de ces hôpitaux fait partie du groupe de comparaison hôpitaux universitaires/pédiatriques et l'autre du groupe hôpitaux centraux/soins de base. Le mode de calcul des valeurs peut s'expliquer à l'aide de l'exemple de l'hôpital central (en haut à gauche sur le graphique), dont la valeur est supérieure à 100 %. Cet hôpital a signalé plus de 3 cas d'escarres chez 9 patients, alors que seuls 0,42 étaient attendus. En d'autres termes : cet hôpital a signalé 7 fois plus d'escarres que prévu. Multiplié par le taux de prévalence de 15,1 %, cela donne une prévalence standardisée de 106 %.

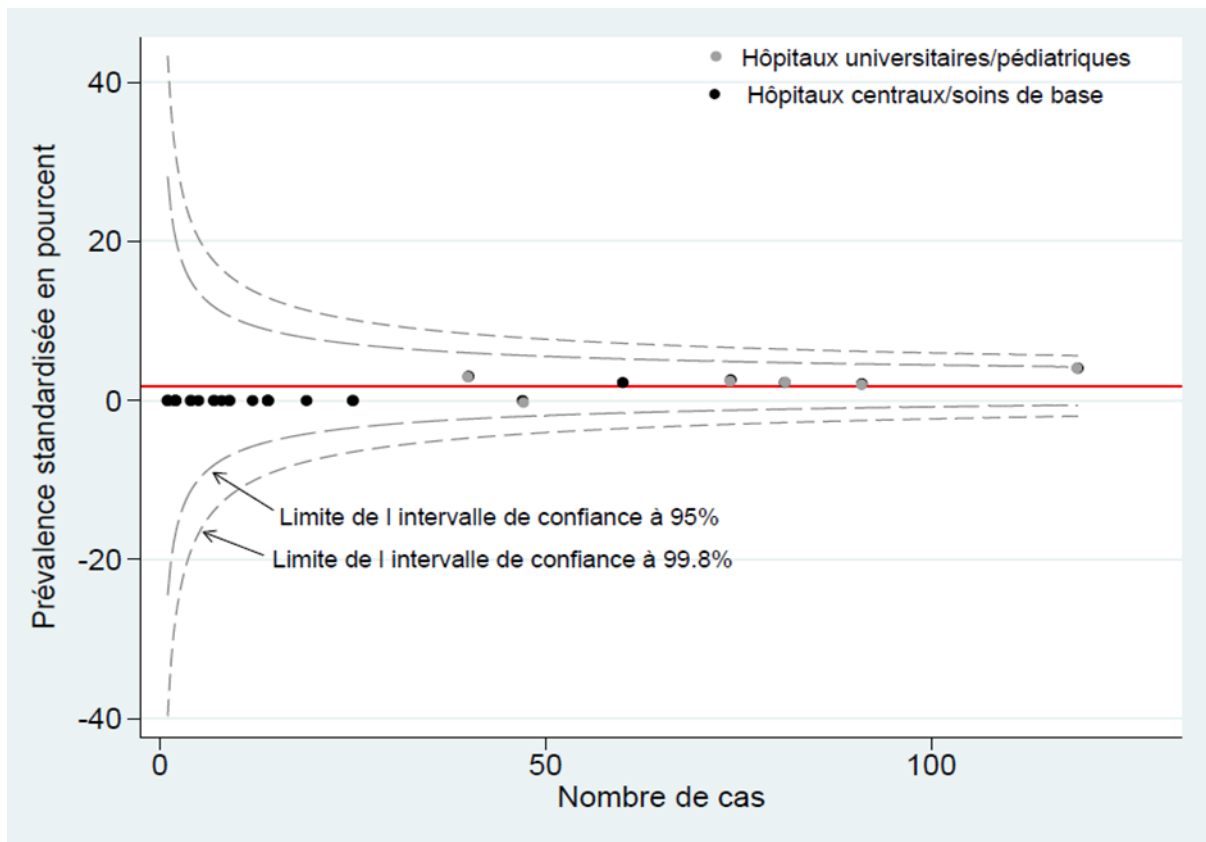
6.2 Escarres acquises à l'hôpital, hors catégorie 1

Établir un diagnostic clair des escarres de catégorie 1 constitue un défi. C'est pourquoi les escarres de catégorie 2 - 4 acquises à l'hôpital font l'objet d'une analyse distincte. L'exclusion de la catégorie 1 réduit considérablement la fréquence. En outre, on trouvera d'autres facteurs de risques à la base de ce calcul : il en ressort en effet que quand la catégorie 1 est exclue, l'âge ne joue plus aucun rôle ; en revanche, la durée d'hospitalisation est pertinente surtout dès lors qu'elle est supérieure à 28 jours. Cette durée d'hospitalisation est associée à un risque 4 fois supérieur par rapport à une brève hospitalisation (0 à 7 jours).

Encore une fois, l'évaluation subjective du risque d'escarre par les infirmiers/ères est pertinente. Une intervention chirurgicale augmente le risque dans une proportion semblable. Concernant les signes cliniques, sont particulièrement importants les AVC ou l'hémiplégie. Le risque d'escarre de catégories 2 - 4 se trouve alors multiplié par un facteur 11. Une nutrition probablement inadéquate a également tendance à être liée à un risque accru, mais cela n'est pas significatif d'un point de vue statistique.

Ces facteurs de risque ont permis de recalculer le score de risque de chaque patient-e présentant des escarres de catégories 2 - 4. Comme auparavant, les cas d'escarres attendus et observés par hôpital ont ensuite été mis en relation.

Figure 2 : graphique en entonnoir – taux de prévalence standardisés des escarres de catégories 2 – 4



Tous les hôpitaux présentent des valeurs comprises dans la limite de l'intervalle de confiance de 95 %. Ainsi, aucun hôpital n'est hors norme pour les escarres particulièrement graves à partir de la catégorie 2. Il faut noter que seuls 7 des 30 hôpitaux pris en compte ont signalé des escarres de catégories 2 à 4. Les hôpitaux sans ces cas d'escarres s'alignent donc sur la ligne de zéro pour cent.

7. Discussion et conclusions

Ces résultats apportent pour la première fois des données au niveau national sur la fréquence des escarres chez les enfants et adolescent-e-s : il en ressort clairement que chez les enfants et adolescent-e-s, les escarres acquises à l'hôpital surviennent le plus souvent dans la catégorie 1 et chez les enfants de moins d'un an. Chez les patients à risque, les taux sont plus élevés pour d'autres groupes d'âge, en particulier dans le groupe des hôpitaux universitaires/pédiatriques. Les taux les plus élevés sont observés dans les unités de néonatalogie, de soins intensifs ainsi que de soins continus. Les escarres de catégories 2 - 4 acquises à l'hôpital étaient plutôt rares et ont été constatées chez 18 enfants et adolescent-e-s. Les enfants à partir de 8 ans étaient également touchés. Dans les catégories 2 - 4, le taux des escarres acquises à l'hôpital est comparable à celui des adultes.

Les résultats donnent des indications importantes pouvant être exploitées dans le but de développer la qualité dans les hôpitaux. De plus, ils permettent un benchmarking entre les hôpitaux et une comparaison sur le plan international. Les résultats présentés par groupe de comparaison (hôpitaux universitaires/pédiatriques et hôpitaux centraux/soins de base) permettent de comparer les résultats de chaque établissement à ceux du groupe de comparaison auquel ils appartiennent. Cette comparaison permet de localiser le potentiel d'optimisation et ainsi d'améliorer la qualité des soins.

7.1 Participant-e-s

35 cliniques pédiatriques spécialisées et hôpitaux spécialisés en soins aigus disposant d'unités de soins pédiatriques ont participé à cette première mesure nationale de la prévalence escarres enfants. Ces établissements se répartissaient sur tous les cantons. Les unités participant à la mesure sont représentatives des unités de pédiatrie des hôpitaux de soins aigus suisses.

Par rapport à la mesure des escarres adultes (taux de participation 73,8 %), la mesure des escarres enfants présente un taux de participation élevé de 83,7 %. Dans certains hôpitaux, le nombre de participants était assez faible. On peut se demander si ces unités de soins font partie de la population de patients des « unités de soins de pédiatrie explicites ». 20 % des raisons données à la non-participation à la mesure entraînent dans la catégorie « Autres ». L'enquête sur l'évaluation de la mesure 2013 n'a pas donné d'explications claires à ce sujet.

L'évaluation de la représentativité de l'échantillon est difficile du fait de la rareté des données pour les enfants et les adolescent-e-s, ainsi que du caractère hétérogène de l'âge. La comparaison des données sociodémographiques des participants avec les patients des hôpitaux suisses n'est donc possible que dans certaines conditions. L'aspect le plus visible est la grande part d'enfants de moins d'un an dans l'échantillon.

D'après l'OFS, la durée moyenne d'hospitalisation des enfants du groupe d'âge jusqu'à 14 ans est de 5,95 jours. La durée d'hospitalisation calculée est donc comparable à la valeur médiane de 6 jours jusqu'au jour de la mesure. Dans la mesure, la durée d'hospitalisation moyenne était considérablement supérieure. Cependant, une durée d'hospitalisation de 7 jours jusqu'à la collecte a été indiquée comme catégorie la plus fréquente.

Les groupes de diagnostics les plus fréquents sont la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (y compris les prématurés), les maladies de l'appareil respiratoire, les malformations congénitales, les anomalies chromosomiques ainsi que les maladies infectieuses et parasitaires. Lorsque l'on compare les résultats avec les statistiques de santé de l'OFS suisses de 2012, seules les maladies des voies respiratoires présentent une similarité avec l'échantillon. Il faut cependant noter que les groupes d'âge ne sont comparables avec ceux de la présente mesure que dans certaines conditions.

7.2 Prévalence des escarres – acquises à l'hôpital

7.2.1 Caractéristiques des patient-e-s

Dans l'évaluation descriptive des escarres acquises à l'hôpital, les patient-e-s concerné-e-s sont en moyenne un peu plus souvent de sexe masculin (53,3 %) et ont environ 8,5 mois de moins que l'échantillon global. Dans le groupe des enfants d'un an ou moins, les enfants de 0 à 1 mois sont les plus touchés, ce qui correspond aux données nationales et internationales. Les patient-e-s concerné-e-s avaient été opéré-e-s à peu près aussi fréquemment (22,5 %) que l'échantillon global (23,4 %) dans les deux semaines avant la mesure.

Dans l'évaluation ajustée au risque, l'âge s'est avéré être une caractéristique particulière : les enfants de moins d'un an présentaient un risque plus élevé de contracter une escarre. Pour les diagnostics, les lésions traumatiques, les intoxications et autres conséquences résultant de circonstances environnementales ou de conditions externes étaient particulièrement pertinentes, suivis des AVC. Ce dernier diagnostic était aussi associé à un risque d'escarre hors catégorie 1 particulièrement élevé. On ne sait pas encore clairement quelles autres conclusions peuvent en être tirées pour la pratique. Le faible nombre de cas ne permet aucune affirmation claire. Les mesures suivantes devraient permettre de brosser un tableau plus clair.

7.2.2 Prévalence

En ce qui concerne les taux des escarres acquises à l'hôpital, les résultats des hôpitaux sont répartis de façon très hétérogène. Dans le groupe des hôpitaux universitaires/pédiatriques, ils sont plus que deux fois plus élevés. Si la catégorie 1 est exclue, le taux dans le groupe des hôpitaux universitaires/pédiatriques est environ

9,5 fois plus élevé. Le fait que plus d'enfants de moins d'un an, d'enfants dans un état critique ou gravement malades y sont soignés joue certainement un rôle.

Par comparaison avec la prévalence globale publiée au niveau international (plage entre 1,6 % et 33,7 %), les valeurs suisses se situent dans la moyenne. En conformité avec les données internationales, les enfants en soins intensifs, en néonatalogie ainsi qu'en soins continus représentent le public le plus touché par les escarres des catégories 1 - 4 acquises à l'hôpital.

Même si les précédents récoltes de données de prévalence en Suisse ne sont pas parfaitement comparables à cette mesure (en raison d'une population différente, d'échantillons plus petits), cette mesure indique des prévalences inférieures pour les catégories 1 - 4. Par rapport aux récoltes de données en Suisse en 2006 et 2009, ils sont inférieurs de 11,3 % (2006) et 18,6 % (2009). On peut probablement parler d'un effet de sensibilisation dû aux récoltes de données précédentes.

Contrairement à la mesure des escarres chez les adultes, seules de très faibles différences ont été constatées chez les enfants entre les taux globaux (16,4 %) et les taux relevés à l'hôpital (15,1 %). En accord avec d'autres études chez les enfants, ceci pourrait indiquer que la majorité des escarres surviennent en hôpital pour cette population. Concrètement, 91,7 % des escarres sont survenues en hôpital dans cette mesure.

Chez les enfants et adolescent-e-s, les escarres se trouvaient plus fréquemment au niveau du métatarse et du nez. Ceci est dû au fait qu'elles sont principalement causées par des installations médicales (par exemple par un appareil respiratoire ou une perfusion continue). Les points « classiques » chez les adultes tels que le sacrum, la tubérosité ischiatique ou le talon sont plus rares en particulier chez les jeunes enfants.

Dans le cadre de la prévention, il faut se demander si les mesures devraient être appliquées plus souvent et/ou de manière plus ciblée sur le risque d'escarre. Le fait que certains moyens auxiliaires préventifs (coussins, matelas ou surmatelas de prévention des escarres) soient peu utilisés peut être dû au fait qu'il n'existe pratiquement pas de matériel de prévention spécifique aux enfants. Le risque d'escarre, en particulier chez les jeunes enfants, peut aussi plus rarement être influencé par des moyens auxiliaires de soulagement de la pression. Il se peut également que les interventions valables pour les adultes ne soient pas toujours transférables chez les enfants.

7.3 Indicateurs de structure Escarres

Ces résultats *au niveau de l'hôpital* présentent une nette différence avec les résultats chez les adultes. En dehors des informations standardisées en cas de transfert, les indicateurs de structure tels que les standards ou directives, les groupes multidisciplinaires spécialisés, les formations continues ou les brochures d'information sont beaucoup moins souvent disponibles. Par exemple, environ 80 % des hôpitaux indiquent la disponibilité d'un standard ou d'une directive sur les escarres pour les adultes. Avec juste un peu moins de 40 %, il n'y en a que la moitié pour les enfants et les adolescent-e-s. Au niveau international, aucune donnée de référence n'est disponible.

Si l'on observe les indicateurs de structure relatifs *au niveau des unités de soins*, on constate un profil semblable à celui des adultes, bien qu'un peu moins net. Les indicateurs tels que la disponibilité du matériel de prévention (96,8 %), la documentation des mesures de prévention et de traitement (93,7 %) ainsi que les informations standardisées en cas de transfert (72,6 %) atteignent une disponibilité semblable (adultes : 97,2 %, 95,7 % et 89,6 % respectivement). Les indicateurs de structure cliniquement pertinents tels que la documentation du risque d'escarre au niveau des unités de soins ou la surveillance systématique du respect d'une directive ont été moins souvent indiqués comme accomplis. Il n'est pas possible d'établir de comparaison internationale faute de données de référence.

Il faut noter cependant que cet échantillon comprend aussi de petites unités de soins pédiatriques intégrées dans des hôpitaux spécialisés dans les soins aigus. Dans ces unités de soins, il est plus difficile de mettre à disposition des ressources spécifiques au même titre que dans les cliniques spécialisées.

7.4 Comparaison des hôpitaux ajustée au risque

Dans cette comparaison des hôpitaux, on remarque particulièrement la différence entre les résultats de l'analyse incluant les escarres de catégorie 1 et ceux de l'analyse excluant cette catégorie. Ce phénomène indique une bonne qualité des soins en matière d'escarres, car aucun écart significatif n'a été constaté pour les escarres particulièrement importantes. Les résultats incluant la catégorie 1 indiquent aussi que le risque est reconnu, classé comme tel et que des mesures sont introduites.

7.5 Points forts et points faibles

Cette mesure est la première récolte de données pour l'ensemble de la Suisse. Il est donc possible que des incertitudes pèsent sur la collecte des données. Pour éviter ce phénomène, une grande valeur a été accordée à la formation équipes de mesure. Les documents de formation étaient clairement structurés et le dossier d'informations/manuel de la mesure avait été soigneusement rédigé. De plus, les expériences de la phase de validation ont été intégrées de manière ciblée aux documents de la mesure et de formation. La veille de la mesure et le jour de la mesure, un service téléphonique était disponible en allemand, en français et en italien. Pratiquement aucune suggestion d'amélioration n'est parvenue après la mesure, bien qu'il s'agisse de la première utilisation de ce questionnaire.

Si, comme pour cette mesure, les données cliniques sont relevées par des personnes ressources au lit du patient, la fiabilité augmente par rapport aux données de routine ou à celles provenant du dossier patient.

La fréquence relativement faible des escarres de catégories 2 - 4 dans cette mesure n'est pas sans poser de problème d'un point de vue méthodologique et statistique. Comme les affirmations se rapportent uniquement à 18 personnes concernées, les constellations des risques sont très aléatoires chez ces enfants. Les mesures suivantes devraient apporter plus d'informations à ce sujet.

8. Recommandations

Dans le contexte international et chez les adultes, il s'est avéré que des mesures répétées peuvent contribuer à réduire la prévalence. La publication des résultats de la mesure améliore les processus de développement de la qualité dans les établissements. Même si par rapport à l'international, les taux d'escarres indiquent une bonne qualité des soins, un potentiel d'optimisation a été reconnu. La publication des résultats relatifs aux interventions (non) effectuées ou aux structures (non) disponibles peut inciter à la réflexion dans les hôpitaux et les cercles spécialisés plus larges.

Les brochures d'information pourraient favoriser l'inclusion active des proches et des personnes concernées. Du point de vue des personnes spécialisées dans les escarres, des directives (nationales) spécifiques ainsi que la présence de personnes ressources sur la thématique des escarres pourraient contribuer à ce que le recours aux interventions préventives se fasse de manière systématique et spécifique à la situation plutôt qu'au hasard.

En particulier dans les soins intensifs et en néonatalogie, des taux élevés d'escarres nosocomiales de catégories 1 - 4 ressortent. Ceci peut être justifié par l'état spécial de la peau (fragile) des prématurés. Dans ce contexte, une directive au niveau de l'hôpital/des unités de soins, illustrée par les meilleures pratiques, pourrait entraîner une nette diminution des lésions cutanées pouvant être évitées. Cependant, il manque actuellement des directives (internationales) spécifiques ou des standards en matière d'escarres et de prévention des escarres chez les enfants et adolescent-e-s.

Le besoin en matériel destiné au soulagement de la pression, au traitement des plaies et de protection/fixation spécifique aux enfants pourrait inciter à développer des solutions pratiques. Les réunions de formation sur les facteurs de risque spécifiques aux enfants et les mesures (préventives) peuvent avoir à cet effet un effet positif.

Du point de vue scientifique et des spécialistes, on peut se demander si et à quel point le pouvoir prédictif du risque d'escarre de l'évaluation subjective clinique réalisée par les infirmiers/ères est supérieure à celle de l'échelle de Braden ou d'une autre échelle d'évaluation du risque, en particulier chez les jeunes enfants.

Cette mesure des escarres enfants peut notamment être classée dans les champs d'action n° 3 (Garantir et renforcer la qualité des soins) et n° 4 (Garantir la transparence, améliorer le pilotage et la coordination) des priorités en matière de politique de santé du Conseil fédéral « Santé 2020 ». L'enregistrement systématique et unifié des données contribue à élargir et améliorer la base de données relative à la qualité des soins au niveau national. Et ceci, dans un domaine (escarres enfants) disposant de données encore peu nombreuses. Enfin, il assure aussi une transparence vis-à-vis du public.