



Mesure nationale de la prévalence Module escarres enfants

Rapport comparatif national 2015, version abrégée

Septembre 2016 / Version 1.1

Table des matières

1.	Introduction.....	3
2.	Buts visés	3
3.	Méthode.....	3
4.	Éthique et protection des données.....	4
5.	Résultats descriptifs	4
5.1	Hôpitaux participants.....	4
5.2	Enfants et adolescent-e-s participant-e-s	4
5.3	Prévalence des escarres	5
5.3.1	Enfants et adolescent-e-s avec escarres.....	5
5.3.2	Mesures de prévention.....	5
5.3.3	Indicateurs de structure « Escarres »	5
6.	Résultats ajustés au risque.....	6
6.1	Escarres - acquises à l'hôpital, catégories 1-4	6
6.2	Escarres - acquises à l'hôpital, catégories 2-4	7
7.	Discussion	8
7.1	Participant-e-s.....	9
7.2	Prévalence des escarres – acquises à l'hôpital.....	9
7.2.1	Caractéristiques des enfants et adolescent-e-s	9
7.2.2	Prévalence.....	9
7.3	Indicateurs de processus et de structure	10
7.4	Comparaison des hôpitaux ajustée au risque	11
7.5	Points forts et points faibles	11
8.	Conclusions et recommandations	11
8.1	Participation à la mesure	11
8.2	Escarres – acquises à l'hôpital	11
8.3	Recommandations complémentaires.....	12

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 récoltes de données menées conformément au 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 des aspects importants 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.

Depuis 2013, la Haute école spécialisée bernoise (BFH) effectue au nom de l'ANQ la mesure nationale de la prévalence (mesure de la fréquence) des escarres enfants. 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 et le Tessin, 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 2015 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/>.

2. Buts visés

Les résultats de la mesure doivent permettre d'acquérir des connaissances approfondies sur les caractéristiques des 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 questions et objectifs suivants :

- Taux de prévalence des escarres acquises durant l'hospitalisation en soins aigus chez les enfants : catégories 1–4¹
- Taux de prévalence des escarres acquises durant l'hospitalisation en soins aigus chez les enfants : catégories 2–4
- Description des indicateurs de procédé et de structure en matière d'escarres enfants
- Structuration de la comparaison des hôpitaux ajustée au risque en matière d'escarres chez les enfants

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.

3. Méthode

Les données ont été collectées le 10 novembre 2015. La mesure englobait tous les enfants et adolescente-e-s de 0 à 16 ans hospitalisé-e-s le jour du relevé dans les hôpitaux de soins aigus disposant d'unités de pédiatrie explicites ainsi que dans les cliniques pédiatriques spécialisées. Les nourrissons en bonne santé

¹Les 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.

des unités d'obstétrique et les enfants hospitalisés dans une unité de soins de médecine somatique aiguë pour adultes ont été exclus.

Les instruments utilisés se basent sur ceux de la mesure pour les adultes 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. À la demande de l'ANQ, la BFH a développé le module de mesure Escarres enfants pour la Suisse en 2013. La mesure de 2015 a réutilisé ce questionnaire non modifié.

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 : hôpitaux universitaires/pédiatriques et hôpitaux centraux/soins de base.

4. Éthique et protection des données

Pour participer, les enfants, adolescent-e-s, ou leurs parents ou représentant-e-s devaient donner leur consentement oral. Avant la mesure, les hôpitaux avaient fourni une information écrite à propos de la récolte des données et de son objectif. Le souhait des personnes refusant la participation a été respecté. La récolte des données n'a affecté en aucune manière l'intégrité des enfants et adolescent-e-s. Toutes les données relatives aux patient-e-s sont collectées sous forme chiffrée. Seuls les hôpitaux peuvent les déchiffrer.

Pour la mesure de 2015, l'ANQ a convenu avec « Swissethics » d'un procédé optimisé pour l'obtention de la déclaration de consentement. L'objectif était d'améliorer le taux de participation et de réduire le temps nécessaire à l'obtention du consentement. Pour la première fois, il était possible de poser la question aux personnes aptes à prendre des décisions juste avant la récolte des données.

5. Résultats descriptifs

5.1 Hôpitaux participants

34 hôpitaux spécialisés en soins aigus disposant d'unités de soins pédiatriques et cliniques pédiatriques spécialisées ont participé à cette mesure, représentant en tout 105 unités. Les unités de soins les plus représentées étaient les unités générales de soins pédiatriques (interdisciplinaires) avec 30,5 %, suivies de celles de néonatalogie avec 25,7 %.

5.2 Enfants et adolescent-e-s participant-e-s

Le jour de la mesure, 950 enfants et adolescent-e-s de 16 ans et moins étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux participants. 745 d'entre eux ont participé à la mesure (taux de participation = 78,4 %).

Les participants avaient en moyenne 3,7 ans et étaient de sexe masculin à 54 %. Cependant, plus de la moitié avait moins d'un an. La durée d'hospitalisation moyenne jusqu'au jour de la mesure était de 18,1 jours, la plus fréquente jusqu'à

7 jours. 21,2 % des enfants et adolescent-e-s participant-e-s ont été opéré-e-s, 21,6 % ont subi une anesthésie dans les deux semaines précédant la mesure. Des installations médicales étaient présentes chez 79,5 % des participants.

²Dans 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 patientes et patients, le degré de la maladie traitée ainsi que la taille de l'échantillon jouent un rôle décisif. En effet, les personnes hospitalisées peuvent présenter des résultats différents même si elles ont bénéficié de soins de qualité équivalente. Un résultat moins bon n'implique donc pas automatiquement une qualité de soin moindre. Par conséquent, pour une comparaison juste, il est important d'inclure les facteurs de risque des patientes et patients en utilisant un procédé statistique. Ce procédé est nommé l'ajustement au risque.

Le « Refus » était la raison la plus courante d'une non-participation, suivi de la catégorie « Autres ». La réponse « Non accessible » était la troisième la plus fréquente, ce qui signifie que l'enfant et/ou l'adolescent-e était absent-e, par exemple en raison d'examens au moment de la récolte de données.

5.3 Prévalence des escarres

5.3.1 Enfants et adolescent-e-s avec escarres

La *fréquence des escarres acquises à l'hôpital* des catégories 1-4 est de 11,7 % (année précédente 13,5 %). Si l'on exclut la catégorie 1, on obtient un taux de 1,7 % (année précédente 3,0 %). 87 enfants et adolescent-e-s présentaient donc une escarre à l'hôpital. Chez les participant-e-s présentant un risque d'escarre, un taux de 14,9 % a été calculé sur toutes les catégories et un taux de 14 % chez ceux ayant des installations médicales.

La plupart des escarres sont survenues dans les unités de soins continus, de soins intensifs et de néonatalogie. La catégorie la plus souvent constatée était la catégorie 1 (85,1 %), suivie de la catégorie 2 (12,6 %), de la catégorie 3 (1,1 %) et enfin de la catégorie 4 (1,1 %).

En moyenne, les enfants présentant une escarre avaient 2,2 ans ; bien plus de la moitié n'avait cependant pas encore un an. Dans le groupe des enfants de moins d'un an, la moitié avait moins d'un mois. Lors du jour de la mesure, 95,4 % des jeunes concernés disposaient d'installations médicales.

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 des catégories 1-4 a été constatée chez 12,8 % des participants (année précédente 14,4 %). Dans les catégories 2-4, le taux global s'élève à 2,3 % (année précédente 3,2 %). En tout, 95 patient-e-s présentant des escarres ont été enregistré-e-s. La majorité ne comptait qu'une escarre. Chez les autres, entre deux et quatre lésions ont été indiquées. Elles apparaissaient le plus souvent au niveau du métatarse, du nez et des talons. Cependant, la catégorie « Autres » était la plus citée. Dans le groupe des enfants et adolescent-e-s présentant un risque d'escarre, le taux global pour toutes les catégories s'élevait à 16,3 %. Le taux global des personnes ayant des escarres et bénéficiant d'installations médicales s'élevait à 15,2 %.

5.3.2 Mesures de prévention

Chez les enfants et adolescent-e-s présentant un risque d'escarres, les mesures préventives suivantes étaient les plus fréquentes : inspection de la peau, encouragement à bouger et mobilisation ainsi que repositionnement en étant couché-e. En position assise, les coussins de prévention des escarres n'étaient pas appropriés dans plus de la moitié des cas, car les jeunes concernés ne pouvaient pas être mobilisés en raison de leur âge. 93 enfants et adolescent-e-s souffrant d'une escarre bénéficiaient d'au moins une mesure de prévention le jour de la mesure.

5.3.3 Indicateurs de structure « Escarres »

Entre les groupes de comparaison, on constate des différences dans certains domaines en ce qui concerne la disponibilité des indicateurs de structure *au niveau de l'hôpital*. Les informations standardisées en cas de transfert représentaient l'indicateur le plus souvent disponible. Dans au moins la moitié des hôpitaux, une personne était responsable de l'actualisation et de la diffusion du standard, il y avait un standard ou une directive pour la gestion du matériel de prévention ainsi qu'un standard de prévention et de traitement des escarres. Les brochures d'information à destination des enfants et adolescent-e-s concerné-e-s et de leurs proches constituaient l'indicateur le moins disponible.

Des différences se retrouvent également entre les groupes de comparaison *au niveau des unités de soins*. La disponibilité du matériel de prévention et traitement, la documentation des mesures de prévention/traitement, l'information sur les escarres chez l'enfant en cas de transfert ainsi que la surveillance systématique

et la saisie et documentation du risque d'escarres étaient les catégories les plus souvent citées. Aucune des unités de soins ne proposait de brochure d'information.

6. Résultats ajustés au risque

Dans la comparaison des résultats des hôpitaux ajustés au risque, les résultats sont globalement homogènes. Au sein des catégories 1-4, trois hôpitaux ont été identifiés comme divergeant nettement de la moyenne de tous les hôpitaux du point de vue statistique ; dans les catégories 2-4, un seul hôpital en divergeait.

Les résultats sont représentés comme des prévalences standardisées à l'aide d'un graphique en entonnoir : on peut ainsi faire le rapport entre les taux observés et les taux attendus par hôpital.

6.1 Escarres - acquises à l'hôpital, catégories 1-4

Les enfants de moins d'un an présentent un risque d'escarre 1,6 fois plus élevé que ceux de plus de 8 ans. L'évaluation subjective du risque d'escarre réalisée par les infirmiers/ères indique un risque 3,9 fois supérieur. La présence d'un dispositif médical est, elle, liée à un risque 2,7 fois plus élevé. Le risque est triplé chez les enfants qui ont dû être opérés. Les diagnostics médicaux influencent également le risque de manière significative : les troubles psychiques et du comportement, ainsi que les maladies du système nerveux et de l'appareil circulatoire.

Sur la base de ces facteurs de risque, une valeur de risque a été calculée pour chaque enfant et adolescente ; 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).

Il n'existe que très peu de valeurs internationales permettant une comparaison. C'est pourquoi dans la discussion, les données sont comparées avec celles des deux dernières mesures et, si possible, avec les études internationales.

7.1 Participant-e-s

Cette mesure a vu la participation de 34 cliniques pédiatriques spécialisées et hôpitaux spécialisés en soins aigus disposant d'unités de soins pédiatriques issus de tous les cantons dotés d'hôpitaux disposant d'un mandat de prestations dans le domaine des enfants et adolescents. Les unités participantes sont représentatives des unités de pédiatrie des hôpitaux de soins aigus suisses.

Par rapport à la mesure de l'année précédente, le taux de participation (78,4 %) a chuté de 3,8 % et se retrouve pour la première fois sous le seuil des 80 %. Ni le questionnaire d'évaluation de la mesure 2015, ni les autres retours ne donnent d'informations claires qui expliqueraient le taux de participation plus bas. On ne sait pas si le procédé légèrement modifié (voir chapitre 4) d'obtention de la déclaration de consentement a eu un effet sur la participation. Au vu de cette simplification, une participation à la mesure plus élevée était attendue pour 2015. Les raisons données à la non-participation entraînent pour un peu plus d'un tiers dans la catégorie « Refus » ou « Autres ». Par rapport à l'année précédente, la part de la catégorie « Refus » a diminué de 3,2 % et la part de la catégorie « Autres » de 5,0 %.

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 socio-démographiques des participants avec les patients des hôpitaux suisses n'est donc possible que dans certaines conditions. Le groupe d'âge de moins d'un an représente la majorité des participants, à la fois dans l'échantillon global et dans les groupes de comparaison. Ce constat concorde avec les résultats de la récolte de données de l'OFS de 2014, qui indiquent que les enfants d'un an ou moins sont les plus fréquemment hospitalisés.

7.2 Prévalence des escarres – acquises à l'hôpital

7.2.1 Caractéristiques des enfants et adolescent-e-s

Dans l'évaluation descriptive, les patient-e-s concerné-e-s sont en moyenne un peu plus souvent de sexe masculin (51,7 %) et ont environ 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 étaient les plus touchés, ce qui correspond aux données nationales et internationales. Dans les groupes de diagnostics, le groupe « certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale » venait en tête, suivi de « maladies de l'appareil respiratoire », de « malformations congénitales » ainsi que de « maladies de l'appareil circulatoire ». Les enfants et adolescent-e-s concerné-e-s avaient été opéré-e-s un peu plus fréquemment (27,6 %) que l'échantillon global (21,2 %) dans les deux semaines avant la mesure.

Dans l'évaluation ajustée au risque, l'âge s'est avéré être une caractéristique presque importante : les enfants de 1 à 4 ans présentaient un risque plus élevé de contracter une escarre. Pour les diagnostics, les maladies de l'appareil circulatoire et du système nerveux ainsi que les troubles psychiques et du comportement sont particulièrement pertinents. Les faibles nombres de cas ne permettent aucune affirmation claire quant aux facteurs de risque importants sur la durée. Il reste encore à prouver que les mesures à suivre pourraient permettre de broser un tableau plus clair.

7.2.2 Prévalence

Par comparaison avec l'année précédente, les taux d'escarres acquises à l'hôpital ont baissé de 1,8 % (catégories 1-4) et de 1,3 % (catégories 2-4). Les résultats des hôpitaux sont répartis de manière très hétérogène. Dans le groupe des hôpitaux universitaires/pédiatriques, ils sont environ 1,5 fois (catégories 1-4) et 3,5 fois (catégories 2-4) plus élevés que dans le groupe hôpitaux centraux/soins de base. Le fait que plus d'enfants

de moins d'un an, d'enfants dans un état critique ou gravement malades y sont soignés jouent certainement un rôle.

Par rapport à 2013, première année de la mesure, le taux d'escarres acquises à l'hôpital a diminué de 3,4 % (catégories 1-4) et 0,8 % (catégories 2-4). Dans l'ensemble, ces décalages relèvent cependant plutôt du hasard.

Tableau 1 : Taux d'escarres suisses | Enfants, comparaison avec l'année précédente

Taux de prévalence	2015	2014	2013
Escarres acquises à l'hôpital, catégories 1 - 4	11.7	13.5	15.1
Escarres acquises à l'hôpital, catégories 2 - 4	1.7	3.0	2.5

Par rapport aux taux de prévalence globaux publiés au niveau international jusqu'en 2011 (largeur de fenêtre 1,6-33,7 %), le taux global suisse de 12,8 % présente une valeur située dans le tiers inférieur. Cependant, des études plus récentes indiquent des taux de prévalence globaux inférieurs (6,6-8,2 %) à l'international.

Contrairement à la mesure des escarres chez les adultes, seule une faible différence a été constatée chez les enfants entre les taux globaux (12,8 %) et les taux relevés à l'hôpital pour les catégories 1-4 (11,7 %). En accord avec des études internationales et nationales chez les enfants, ceci pourrait indiquer que la majorité des escarres surviennent en hôpital pour cette population. Concrètement, 91,6 % des escarres sont surveillées en hôpital dans cette mesure.

Chez les enfants et adolescent-e-s, en plus de la catégorie « Autres », les escarres se trouvaient plus fréquemment au niveau du métatarse et du nez. Dans la comparaison nationale des groupes, on remarque que certaines localisations telles que le nez et la catégorie « Autres » apparaissent nettement plus fréquemment dans le groupe hôpitaux universitaires/pédiatriques. Le talon ainsi que le dos de la main sont quant à eux nettement plus fréquents dans les hôpitaux centraux/soins de base. Ce phénomène peut être lié aux nombres de cas plus faibles, à la population de patient-e-s spécifique ou encore à une utilisation différente des installations médicales.

7.3 Indicateurs de processus et de structure

Au niveau de *indicateurs de processus*, le tableau dressé est semblable à celui des mesures des années précédentes. Les mesures de prévention mises en place revêtent aussi bien un caractère général que spécifique au milieu pédiatrique. En ce qui concerne la fréquence d'utilisation, pratiquement aucune différence ne peut être remarquée entre les enfants présentant ou ne présentant pas de risque d'escarre. On peut donc se demander si l'utilisation des mesures de prévention doit être intensifiée et différenciée. Comme l'an passé, les autres moyens auxiliaires de prévention ne sont que peu utilisés. Une tendance au recours à des stratégies de traitement des plaies plus appropriées se dessine, notamment pour les escarres de catégorie 1, où pratiquement aucun pansement n'a plus été utilisé, et à juste titre.

L'analyse des *indicateurs de structure* donne également des résultats similaires à ceux de l'an passé. Les indicateurs de structure *au niveau de l'hôpital* sont bien moins disponibles, et *au niveau des unités de soins* plutôt moins disponibles, que chez les adultes. Il conviendrait cependant de noter 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 entre les hôpitaux, la différence entre les résultats de l'analyse des catégories 1-4 et ceux des catégories 2-4 est particulièrement frappante. Alors qu'en incluant la catégorie 1, trois hôpitaux peuvent être identifiés comme hors norme (présentant des valeurs aberrantes), cela n'est le cas que d'un hôpital, et de justesse, dès lors que celle-ci est exclue. Ce constat permet de conclure à une bonne qualité des soins, car un seul hôpital était tout juste en dehors de la limite définie pour l'escarre particulièrement significative (à partir de la catégorie 2). Les résultats des catégories 1-4 témoignent également d'une grande qualité des soins et indiquent que le risque a été reconnu, classé comme tel et que des mesures ont été introduites.

7.5 Points forts et points faibles

La mesure de 2015 représentait la troisième récolte de données suisse. D'après l'expérience des partenaires internationaux LPZ, ceci peut avoir une influence positive sur la qualité des données, notamment en raison de la routine croissante au cours de la récolte des données.

Afin de garantir la qualité des données, toutes les coordinatrices et tous les coordinateurs reçoivent une même formation. Depuis la mesure de 2014, la participation à la formation n'est plus obligatoire, mais elle reste tout de même vivement recommandée aux nouvelles coordinatrices et nouveaux coordinateurs. Au cours de l'année de mesure 2015, seulement un tiers environ des coordinatrices et coordinateurs ont encore suivi les formations, ce qui explique peut-être l'augmentation des jeux de données contenant des données non plausibles ainsi que la saisie de données erronées.

Outre le manuel de la mesure, un service téléphonique était disponible la veille et le jour de la mesure. La qualité des données a été renforcée par la saisie en ligne, une méthode permettant de faire gagner du temps. Si les données cliniques sont relevées par des personnes ressources au lit du patient, la fiabilité des résultats augmente par rapport aux données provenant du dossier patient ou à celles de routine.

La procédure d'évaluation mise en place après chaque cycle de mesure est un autre point fort de cette méthode. Les conclusions mènent à des adaptations de l'organisation de la mesure ainsi que des instruments de collecte, en accord avec le groupe de recherche international LPZ.

La fréquence relativement faible des escarres dans la troisième mesure n'est pas sans poser de problème d'un point de vue méthodologique et statistique. Étant donné que les affirmations relatives aux catégories 2-4 se rapportent uniquement à 13 enfants et adolescent-e-s sur 745, les constellations du risque des personnes concernées relèvent considérablement du hasard. Les mesures suivantes devraient apporter plus d'informations à ce sujet.

8. Conclusions et recommandations

8.1 Participation à la mesure

Le taux de participation inférieur à 80 % pourrait affecter la valeur significative de la mesure. Il convient d'atteindre à nouveau le fort taux de participation des mesures précédentes (82,2 %). Pour 2016, la procédure d'obtention de la déclaration de consentement le jour de la mesure devra donc être remise en question. Un taux de participation plus élevé pourrait éventuellement être atteint à travers un travail de relations publiques renforcé.

8.2 Escarres – acquises à l'hôpital

La comparaison avec les taux d'escarres de l'année précédente ou les taux internationaux fait ressortir une bonne qualité des soins. Par rapport aux mesures précédentes, on constate une tendance constante, mais

statistiquement non significative à la baisse des taux, en particulier dans les unités de soins intensifs. Un potentiel d'optimisation a cependant été identifié, notamment au niveau des processus et de la structure.

Le thème des installations médicales reste pertinent. Le recours à des interventions spécifiques chez les enfants présentant un risque d'escarre et disposant d'installations médicales permettrait ici d'améliorer encore les résultats. Les résultats d'une intervention en matière de qualité montrent que le taux d'escarres chez les enfants disposant d'un dispositif de ventilation non invasif peut être nettement réduit, et ce à l'aide d'une approche mutli-interventionnelle et d'optimisations au niveau des structures et processus.

Les forts taux des catégories 1-4 constatés en majeure partie dans les unités de soins intensifs, de soins continus et de néonatalogie concordent avec les données internationales. Ceci peut être justifié, entre autres, par la fragilité de la peau des prématurés.

Une étude démontre que le recours à une directive au niveau de l'hôpital/des unités de soins, illustrant les meilleures pratiques, peut entraîner une nette diminution des lésions cutanées pouvant être évitées. Au cours des dernières années, de plus en plus de directives ou standards (internationaux) ont été développés sur l'escarre et la prévention des escarres chez les enfants et adolescent-e-s. En Suisse, une directive nationale sera bientôt publiée. Celle-ci devrait promouvoir le développement d'indicateurs de structure au niveau des hôpitaux, justement parce que les ressources y sont limitées et que le champ pratique y est relativement restreint.

En matière de traitement des plaies, on note toujours l'absence quasi totale de produits répondant aux exigences spécifiques de la peau des enfants, en particulier des prématurés et nourrissons. On constate dans ce domaine un fort potentiel en matière de développement de produits, tant au niveau des matelas que qu'au niveau des surmatelas de soulagement de la pression spécifiques aux enfants.

Du point de vue scientifique et des spécialistes, on peut également 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 supérieur à celui de l'échelle de Braden ou d'une autre échelle d'évaluation du risque.

8.3 Recommandations complémentaires

La publication des données sensibilise au thème des escarres, promouvant ainsi les traitements et les mesures de prévention ciblés. Les résultats exposés par groupe de comparaison permettent aux hôpitaux d'évaluer leurs propres résultats au regard de ceux obtenus dans le groupe de comparaison correspondant.

Même si ces données servent en premier lieu à établir des comparaisons entre hôpitaux, on trouve dans la littérature

des recommandations toujours plus nombreuses allant dans le sens d'une concentration des interventions au niveau des unités de soins. Ce procédé pourrait se traduire au final par une amélioration au niveau de l'hôpital.

Enfin, cette mesure évolue 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 améliorer la base de données relative à la qualité des soins au niveau national et crée une transparence. Et ceci, dans un domaine (escarres enfants) disposant de données encore peu nombreuses.