



Escarres Soins aigus enfants

Rapport comparatif national | version abrégée

Mesure 2018

Août 2019, version 1.0



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 et de la Principauté de Liechtenstein. Les institutions ayant adhéré au contrat qualité national ont l'obligation de participer aux mesures de l'ANQ. La fréquence (prévalence) des escarres acquises à l'hôpital reflète des aspects importants de la qualité des soins et traitements.

Depuis 2013, la Haute école spécialisée bernoise (BFH) effectue pour l'ANQ la mesure nationale de la prévalence des escarres chez les enfants dans les services Soins aigus stationnaires. Elle est responsable de l'organisation nationale de la mesure et de l'exploitation des données. Pour la collecte des données en Suisse romande et italienne, 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).

Pour la mesure, c'est le procédé de l'Université de Maastricht « LPZ International » (International Prevalence Measurement of Quality of Care) qui est utilisé. La mesure recourt également au module de mesure des escarres enfants conçu spécifiquement pour la mesure de l'ANQ. Pour l'année de mesure 2017, le module a été entièrement remanié et adapté à la dernière version de la méthode (LPZ 2.0). Les escarres sont relevées le jour de la mesure (prévalence instantanée), sous forme de prévalence totale et de prévalence nosocomiale, c'est-à-dire acquise à l'hôpital.

Cette version abrégée contient les résultats des enfants au niveau national. Le rapport détaillé est publié [en ligne](#).

Problématique

En résumé, la mesure inclut les questions suivantes :

- Taux de fréquence des escarres acquises à l'hôpital : toutes les catégories¹ ou catégorie 2 ou supérieure
- Structuration de la comparaison des hôpitaux ajustée au risque en matière d'escarres
- Description des indicateurs de structure et de processus en matière d'escarres

Collecte des données

Les données ont été collectées le 13 novembre 2018. La mesure englobait tous les enfants et adolescents de 0 à 16 ans hospitalisé-e-s le jour du relevé dans les cliniques pédiatriques spécialisées et les hôpitaux de soins aigus disposant d'unités de pédiatrie explicites. La mesure a exclu les nourrissons de l'unité d'obstétrique et les enfants des unités de soins de médecine somatique aiguë pour adultes. Les enfants et adolescent-e-s ou leurs parents ou représentant-e-s avaient au préalable donné leur consentement oral.

Deux membres du personnel soignant par unité de soins étaient chargés de collecter les données directement au lit du patient ou de la patiente (entre autres la présence d'escarres et/ou de risque d'escarre). Le dossier Patient-e a servi de source pour toutes les autres questions.

¹ Les escarres acquises à l'hôpital sont classées comme suit : Catégorie 1 = érythème persistant ou qui ne blanchit pas | Catégories 2 à 6 = degrés de gravité du phénomène, de l'atteinte partielle à la perte complète de la peau ou des tissus et « profondeur inconnue »

Participant-e-s

33 sites hospitaliers ont participé à la mesure (cliniques pédiatriques spécialisées et hôpitaux spécialisés en soins aigus disposant d'unités de soins pédiatriques). Ils comptaient 7 hôpitaux universitaires/pédiatriques et 26 hôpitaux de prise en charge centralisée/soins de base.

Le jour de la mesure, 910 enfants et adolescent-e-s étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux participants, dont 763 ont participé à la mesure. Le taux de participation était de 83,8%.

Résultats

Taux d'escarres

Au niveau national, la prévalence totale (toutes les catégories) est de 8,5% et le taux de prévalence à partir de la catégorie 2 est de 2,4%. Ces deux taux comprennent aussi tous ceux qui avaient déjà une escarre lors de leur hospitalisation.

Le taux de prévalence nosocomiale totale (toutes les catégories) s'élève à 7,9% (année précédente 8,0). Il a donc diminué de 0,1% par rapport à l'année précédente. Le taux de prévalence nosocomiale à partir de la catégorie 2 est de 2,1% (année précédente 1,3), soit une augmentation de 0,8%. Alors que la prévalence nosocomiale globale n'a cessé de diminuer au cours des trois dernières années de mesure, le taux de prévalence nosocomiale à partir de la catégorie 2 fluctue dans la plage statistiquement non significative.

Comparaison sur plusieurs années

Taux d'escarres en %	2018	2017	2016	2015	2014	2013
Acquises à l'hôpital, toutes catégories	7.9	8.0	9.9	11.7	13.5	15.1
Acquises à l'hôpital, à partir de la catégorie 2	2.1	1.3	2.6	1.7	3.0	2.5

Dans la comparaison internationale, les taux de prévalence totale suisses varient au sein de la plage apparaissant dans les publications internationales avant 2011. De nouvelles études sur des échantillons pédiatriques mélangés indiquent des taux de prévalence totale légèrement plus bas. Le taux de prévalence nosocomiale totale est légèrement supérieur aux valeurs de référence internationales, tandis que le taux de prévalence nosocomiale à partir de la catégorie 2 se trouve ici dans la moyenne.

Le taux global de prévalence nosocomiale chez les participants à risque de décubitus continue de diminuer : il est réduit de 1,4 à 11,6 %. Le taux de prévalence nosocomiale de la catégorie 2 augmente de 1,0 à 3,2 % en glissement annuel, mais reste inférieur au niveau de 2016.

Le taux de prévalence nosocomiale totale avec des installations médicales continue également de diminuer et s'élève à 8,8%. A 2,3%, le taux de prévalence nosocomiale de la catégorie 2 est légèrement supérieur à celui de l'année précédente, mais inférieur à celui de 2016.

Plus d'un tiers des enfants et adolescent-e-s avec escarre nosocomiale étaient hospitalisé-e-s en néonatalogie ou dans une unité de soins intensifs. Comparativement aux participants sans escarre nosocomiale, les patients atteints d'une escarre nosocomiale se trouvaient souvent en période néonatale et/ou avaient été plus souvent pris en charge en incubateur.

Pour la localisation des escarres nosocomiales, la catégorie « Autres localisations » était celle qui revenait le plus souvent, suivie du visage/nez, orteil/pied cheville et talon.

Ajustement au risque²

Dans la comparaison des hôpitaux ajustée au risque, deux hôpitaux déviaient négativement de la moyenne de tous les hôpitaux pour le taux de prévalence nosocomiale totale. Dans le cas du taux de prévalence nosocomiale à partir de la catégorie 2, aucun hôpital ne se distingue positivement ou négativement des autres.

Concernant les escarres nosocomiales de toutes catégories, les facteurs suivants influencent le risque d'escarre : évaluation clinique subjective d'un risque d'escarre par le personnel soignant, les enfants se trouvent en incubateur et le groupe diagnostique des maladies cardio-vasculaires.

Pour l'escarre nosocomiale à partir de la catégorie 2, les facteurs suivants influencent le risque d'escarre : incubateur, catégorie d'âge 8 à 16 ans, 4 groupes diagnostiques CIM et plus, intervention chirurgicale dans les 14 jours précédant la mesure.

Indicateurs de processus et de structure

Il n'existe pas de directives nationales concernant les escarres chez l'enfant et les directives internationales sont encore peu diffusées. Néanmoins, des mesures standard visant la prévention et/ou le traitement au niveau micro sont appliquées à des degrés divers. La mise en œuvre systématique d'une évaluation standardisée des risques semble avoir un grand potentiel de développement.

Conclusions et recommandations

Participation à la mesure

97,1% des hôpitaux de soins aigus disposant d'un mandat de prestations dans le domaine des enfants/adolescent-e-s et ayant adhéré au contrat de qualité national ont participé à la mesure. Les sites hospitaliers participants sont représentatifs des hôpitaux de soins aigus suisses.

La taille de l'échantillon et le taux de participation sont restés relativement stables au cours des trois dernières années de mesure. Avec un taux de participation de 83,8%, le taux ciblé de 80% a pu être atteint, ce qui rend la mesure plus pertinente. Le « refus » est la raison principale d'une non-participation.

Indicateur de qualité et développement de la qualité

Les taux de prévalence nosocomiale ont eu tendance à diminuer dans le passé et, dans certains cas, diffèrent considérablement des résultats des mesures antérieures. Cette diminution pourrait être considérée comme une tendance à la sensibilisation.

L'objectif est d'assurer, de maintenir et, le cas échéant, de développer le niveau de qualité.

Il conviendrait de maintenir et garantir ce bon niveau de qualité et, là où nécessaire, de poursuivre son développement. Les indicateurs structurels et de processus continuent d'avoir un potentiel de développement. Des investissements dans les installations médicales, la documentation du recensement du

² Dans le cadre de cette mesure, l'étude compare la qualité des soins entre les hôpitaux. L'état de santé général des patient-e-s, le degré de la maladie traitée et la taille de l'échantillon jouent un rôle décisif dans cette comparaison. 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 patient-e-s en utilisant un procédé statistique. Ce procédé est appelé Ajustement au risque.

risque, pourraient contribuer à faire baisser encore les taux. L'accent devrait être mis sur les sous-populations à haut risque (enfants en incubateur, en néonatalogie ou en soins intensifs).

Les approches récentes de la recherche internationale sur le développement de la qualité postulent la combinaison de méthodes d'amélioration de la qualité avec des interventions et des approches professionnelles au niveau de l'organisation et du système. Cela inclut la mise en œuvre durable d'interventions multiples spécifiques aux indicateurs avec la participation active d'experts dans la pratique ainsi que des mesures au niveau structurel (par exemple, l'adaptation des matériaux).

Depuis quelques années, les approches au niveau macro, c'est-à-dire au niveau de l'ensemble de l'hôpital dans le sens de « Quality improvement collaboratives », ont pris de l'importance. Cela permet de surmonter certains obstacles dans des programmes d'amélioration complexes : en regroupant les ressources scientifiques (programmes d'intervention, soutien technique, retour d'information, échange de données) d'une part et les ressources cliniques (par exemple les personnes de contact dans la pratique, les gestionnaires de thèmes, le coaching, le leadership, la création de connaissances spécifiques), d'autre part.

Recommandations méthodologiques

Pour peaufiner le questionnaire LPZ 2.0, il est recommandé d'examiner dans quelle mesure les questions sur les indicateurs de structure et de processus au niveau de l'hôpital et du service sont conformes aux recommandations actuelles fondées sur des données scientifiques.

Le contrôle de plausibilité des données doit vérifier si une partie du contrôle standardisé des données peut déjà être intégrée dans les processus de LPZ. Ceci dans le sens de l'optimisation des processus et pour assurer la qualité des données à long terme.

En outre, il conviendrait de vérifier dans quelle mesure il est utile et possible de développer une procédure d'audit indépendante visant à favoriser le respect de la méthode LPZ 2.0 par les hôpitaux et ainsi la qualité des données.

Recommandations pour la mesure de la prévalence

La mesure nationale permet une comparaison concrète de la situation idéale/réelle du niveau de qualité défini en interne dans les hôpitaux. Elle donne également des indications importantes en vue de la priorisation des processus internes de développement de la qualité. Les résultats peuvent en outre être utilisés pour le benchmarking interne et externe ainsi que pour établir des rapports sur la qualité.

En raison de la tendance à la baisse des taux depuis le début de la mesure, il est recommandé que la mesure soit effectuée régulièrement à l'avenir également dans le sens de la surveillance. La mesure devrait continuer à être proposée sur une base volontaire dans l'ensemble d'indicateurs LPZ (coordonné par la BFH), même si l'indicateur escarre enfants ne figure plus sur le plan de mesure soins aigus de l'ANQ à partir de 2019. Les effets positifs avérés des mesures répétées sur le développement de la qualité contribuent à une sensibilisation durable.

Selon l'OCDE, des données de qualité transparentes constituent un instrument clé pour rendre des comptes vis-à-vis du public ainsi que pour identifier le potentiel d'amélioration (efficacité, efficience) dans le système de santé. 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. Elle s'inscrit donc en droite ligne des domaines d'action « Garantir et renforcer la qualité des soins » et « Garantir la transparence, améliorer le pilotage et la coordination » des priorités de la politique de santé du Conseil fédéral « Santé 2020 ».