



---

# Mesure nationale de la prévalence Module escarres enfants

---

Rapport comparatif national 2014, version abrégée

Septembre 2015 / Version 1.0

## 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 patient-e-s.....	9
7.2.2	Prévalence.....	9
7.3	Indicateurs de processus et de structure « Escarres » .....	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 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 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 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 2014 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 [www.anq.ch/fr/resultats-de-mesure/resultats-somatique-aigue](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 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 en soins aigus chez les enfants : catégories 1–4<sup>1</sup>
- Taux de prévalence des escarres acquises durant l'hospitalisation en soins aigus chez les enfants : catégories 2–4
- Description des indicateurs de processus et de structures liés aux 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 11 novembre 2014. 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

---

<sup>1</sup>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.

pédiatrie explicites ainsi que dans les cliniques pédiatriques spécialisées. Les nourrissons en bonne santé des unités d'obstétriques 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. Pour l'année de mesure 2014, le questionnaire a inclus une question supplémentaire concernant le nombre d'installations médicales présentes.

Les données ont d'abord été analysées de façon descriptive, puis soumises à un ajustement au risque<sup>2</sup>. 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

---

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

Swissethics et les commissions d'éthique cantonales ont classé ce relevé 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

35 hôpitaux spécialisés en soins aigus disposant d'unités de soins pédiatriques et cliniques pédiatriques spécialisées ont participé à cette mesure, représentant en tout 106 unités. Les unités de soins les plus représentées étaient les unités générales de soins pédiatriques (interdisciplinaires) avec 29,2 %, suivies de celles de néonatalogie avec 25,5 %.

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

Le jour de la mesure, 948 enfants et adolescent-e-s de 16 ans et moins étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux participants. 779 d'entre eux ont participé à la mesure (taux de participation = 82,2 %). Les participants avaient en moyenne 3,7 ans et étaient de sexe masculin à 57,3 %. Cependant, plus de la moitié avait moins d'un an.

La durée d'hospitalisation moyenne jusqu'au jour de la mesure était de 19,5 jours, la plus fréquente jusqu'à 7 jours. Un cinquième des enfants et adolescent-e-s participant-e-s ont été opéré-e-s ou ont subi une

---

<sup>2</sup>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.

anesthésie dans les deux semaines précédant la mesure. Des installations médicales étaient présentes chez 81,4 % des participants. Au premier plan, on retrouvait les catégories de diagnostic suivantes : « Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale » (28,0 %), « Maladies de l'appareil respiratoire » (19,8 %) « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (10,0 %).

### 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 13,5 % (année précédente 15,1 %). Si l'on exclut la catégorie 1, on obtient un taux de 3,0 % (année précédente 2,5 %). 105 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 22,9 % a été calculé sur toutes les catégories et un taux de 15,8 % chez ceux ayant des installations médicales.

La plupart des escarres se sont produites dans des unités de soins intensifs, de néonatalogie et dans les unités générales de soins pédiatriques (interdisciplinaires), en particulier dans le groupe de comparaison hôpitaux universitaires/pédiatriques. La catégorie la plus souvent constatée était la catégorie 1 (77,9 %), suivie de la catégorie 2 (17,3 %), de la catégorie 3 (2,9 %) et enfin de la catégorie 4 (1,9 %).

En moyenne, les enfants présentant une escarre avaient 2,3 ans ; la majorité 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, 95,2 % 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 14,4 % des participants (année précédente 16,4 %). Dans les catégories 2-4, le taux global s'élève à 3,2 % (année précédente 3,0 %). En tout, 112 patient-e-s présentant des escarres ont été enregistré-e-s. La majorité ne comptait qu'une escarre. Chez les autres, entre deux et cinq lésions ont été indiquées. Elles apparaissaient le plus souvent au niveau des chevilles, des talons et du nez. 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 23,5 %. Le taux global des personnes ayant des escarres et bénéficiant d'installations médicales s'élevait à 16,4 %.

#### 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, Installation médicale : matériel protectif et/ou technique de fixation, Repositionnement électrodes et capteurs de monitoring ainsi que Prévention et correction des déficits nutritionnels et/ou liquidiens. Lorsque des matelas de prévention des escarres ont été utilisés, les plus fréquemment cités étaient les matelas en mousse polyuréthane (haute résilience) et 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 en raison de leur âge.

#### 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 indicateurs les plus disponibles étaient les informations standardisées en cas de transfert et un standard pour la gestion du matériel de prévention et pour la prévention et le 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, les brochures d'information, la moins citée.

## 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, deux hôpitaux ont été identifiés comme divergeant nettement de la moyenne de tous les hôpitaux du point de vue statistique ; dans les catégories 2-4, aucun hôpital n'en divergeait significativement.

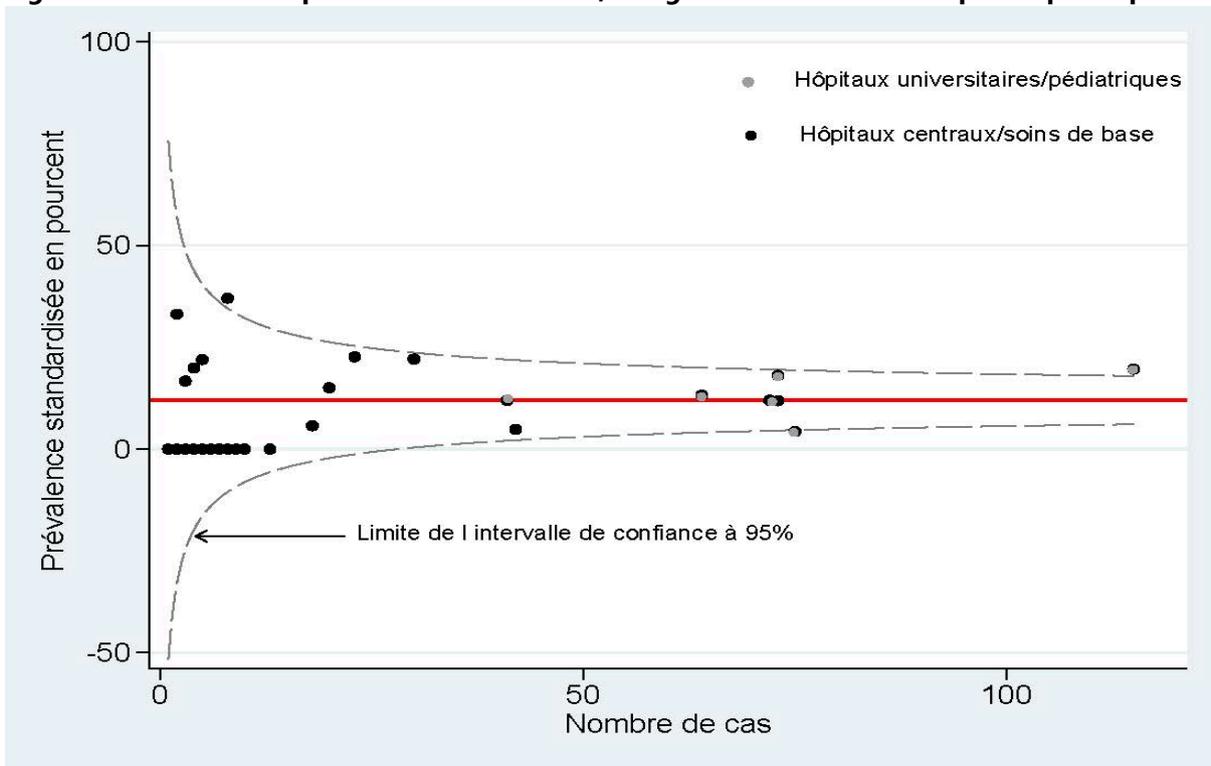
Pour les enfants, les résultats sont représentés comme des prévalences standardisées à l'aide d'un graphique en entonnoir : On peut ainsi faire le rapport entre les prévalences observées et les prévalences attendues par hôpital.

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

Les enfants de moins d'un an présentaient un risque d'escarre 2,3 fois plus élevé que ceux de 8 ans et plus. Les participant-e-s qui étaient hospitalisés plus de 28 jours présentaient un risque tout juste 2,3 fois plus élevé. Pour un enfant complètement immobile, ce facteur était porté à 2,8. L'évaluation subjective du risque d'escarre réalisée par les infirmiers/ères indiquait un risque 2,4 fois supérieur. La présence d'un dispositif médical était, elle, liée à un risque 3,3 fois plus élevé. Les enfants qui avaient dû être opérés présentaient quant à eux un risque tout juste deux fois plus élevé. Deux diagnostics médicaux influençaient également le risque de façon significative : les maladies infectieuses et parasitaires allaient de pair avec un risque 2,3 fois plus élevé. Les maladies de la période périnatale présentaient, elles, un risque d'escarre nettement moindre.

Sur la base de ces facteurs de risque, une valeur de risque a été calculée pour chaque enfant et adolescent-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 : Taux de prévalence des escarres, catégories 1-4 - tous les hôpitaux participants**



La ligne tracée sur l'axe X (axe horizontal) représente la prévalence dans l'échantillon global (13,5 %). La plupart des hôpitaux se regroupent autour de cette valeur. Cela signifie que leur taux correspond 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 deux lignes marquant l'incertitude statistique dans l'évaluation et représentant un entonnoir. Ces lignes représentent l'intervalle de confiance de 95 %. 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.

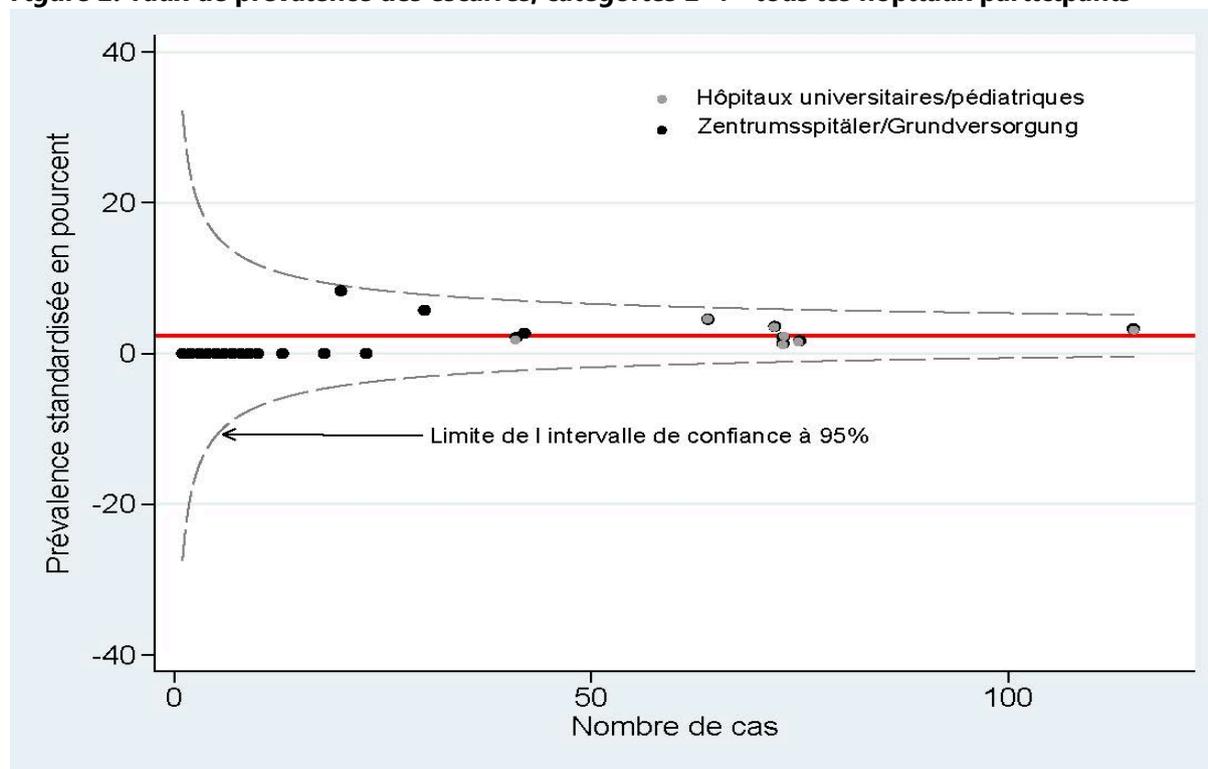
Deux hôpitaux sont en dehors de la limite de 95 % : leur valeur diverge significativement vers le haut d'un point de vue statistique. L'un de ces hôpitaux fait partie du groupe de comparaison hôpitaux universitaires/pédiatriques et l'autre du groupe hôpitaux centraux/soins de base. Le mode de calcul 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 de 37 %. Cet hôpital a signalé 3 cas d'escarres chez 8 patient-e-s, alors que seuls 1,09 étaient attendus. Cet hôpital a donc signalé 2,7 fois plus d'escarres que prévu. Multiplié par le taux de 13,5 %, cela donne une prévalence standardisée de 37 %.

## 6.2 Escarres - acquises à l'hôpital, catégories 2-4

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 : quand la catégorie 1 est exclue, l'âge joue un rôle moins important ; en revanche, la durée d'hospitalisation reste pertinente surtout dès lors qu'elle se situe entre 8 et 14 jours ou qu'elle est supérieure à 29 jours. Les facteurs de risque les plus importants sont : les installations médicales et l'immobilité complète ; tous deux représentaient un risque 8 fois plus élevé. Une intervention chirurgicale augmentait le risque d'un facteur 4. En outre, la perception sensorielle absente/limitée tenait une position remarquable, avec un risque multiplié par 3,5.

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: Taux de prévalence des escarres, catégories 2-4 - tous les hôpitaux participants**



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 10 des 35 hôpitaux pris en compte ont signalé des escarres des catégories 2 à 4. Les hôpitaux sans cas d'escarres des catégories 2-4 s'alignent donc sur la ligne de zéro pour cent.

## 7. Discussion

Ces résultats apportent pour la deuxième 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 soins intensifs, de soins continus ainsi que de néonatalogie. Les escarres des catégories 2-4 acquises à l'hôpital étaient plutôt rares et ont été constatées chez 23 enfants et adolescent-e-s, et ce, surtout dans le groupe des hôpitaux universitaires/pédiatriques. En Suisse, le taux des escarres acquises à l'hôpital des catégories 2-4 est 1,7 fois plus élevé que chez les 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

Cette mesure a vu la participation de 35 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 des escarres adultes (taux de participation 75,9 %), la mesure des escarres enfants présentait un taux de participation élevé de 82,2 %. Par rapport à l'année précédente, cette dernière a cependant baissé de 1,5 %. Les raisons données à la non-participation à la mesure entraient pour un tiers dans la catégorie « Refus » ou « Autres ». Par rapport à l'année passée, la part de la catégorie « Refus » a baissé de 12,7 %.

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. L'aspect le plus visible est la grande part d'enfants de moins d'un an dans l'échantillon. 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 patient-e-s

Dans l'évaluation descriptive, les patient-e-s concerné-e-s étaient en moyenne un peu plus souvent de sexe masculin (56,2 %) et ont environ 17,4 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. Les enfants et adolescent-e-s concerné-e-s avaient été opéré-e-s un peu plus fréquemment (28,6 %) que l'échantillon global (20,8 %) 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. En ce qui concerne les diagnostics, les facteurs influençant sur l'état de santé se sont avérés particulièrement pertinents. Les installations médicales se sont révélées pour la première fois comme des facteurs de risque. On ne sait pas encore clairement quelles autres conclusions peuvent être tirées pour la pratique. Le faible nombre de cas ne permet aucune affirmation claire. Il reste encore à prouver que les mesures à suivre pourraient permettre de brosser un tableau plus clair.

### 7.2.2 Prévalence

Par comparaison avec l'année précédente, les taux des escarres acquises à l'hôpital ont baissé de 1,6 % (catégories 1-4) et augmenté de 0,5 % (catégories 2-4). Les résultats des hôpitaux pour ces taux sont répartis de façon très hétérogène. Dans le groupe des hôpitaux universitaires/pédiatriques, ils sont près de deux fois (catégories 1-4) à quatre fois (catégories 2-4) plus élevés. 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.

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

Taux de prévalence	2014	2013
Escarres acquises à l'hôpital, catégories 1-4	13,5	15,1
Escarres acquises à l'hôpital, catégories 2-4	3,0	2,5

Par comparaison avec la prévalence globale publiée au niveau international (plage de 1,6 % - 33,7 %), les valeurs suisses se situent dans la moyenne avec 14,4 %. En conformité avec les données internationales, les enfants en soins intensifs, en néonatalogie et en soins continus représentent le public le plus touché.

Même si les précédentes 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, elles sont inférieures de 13,3 % (2006) et 20,6 % (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 (14,4 %) et les taux relevés à l'hôpital (13,5 %). En accord avec d'autres études chez les enfants, ceci pourrait indiquer que la majorité des escarres surviennent en hôpital pour cette population. Concrètement, 93,8 % des escarres sont survenues en hôpital dans cette mesure.

Chez les enfants et adolescent-e-s, les escarres se trouvaient plus fréquemment au niveau des chevilles, du talon et du nez. La localisation des escarres ainsi que les escarres des catégories 2-4 chez les enfants plus âgés correspondent aux données internationales. Dans la comparaison nationale des groupes, on remarque que certaines localisations telles que le métatarse et le talon apparaissent nettement plus fréquemment au sein des hôpitaux centraux/soins de base. Le nez, la cheville et le visage (sans le nez) sont quant à eux plus fréquents dans les hôpitaux universitaires/pédiatriques. 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. 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.

### 7.3 Indicateurs de processus et de structure « Escarres »

Au niveau des *indicateurs de processus*, un tableau semblable à celui de l'année précédente se dresse. 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. On peut également observer des résultats semblables à ceux de l'année précédente et à ceux de la littérature au niveau du traitement des plaies. Les méthodes utilisées à cet effet ne semblent cependant pas toujours adaptées.

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 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 des escarres des catégories 1-4 et ceux de l'analyse des catégories 2-4. Alors qu'en incluant la catégorie 1, deux hôpitaux ont pu être identifiés comme hors norme (présentant des valeurs aberrantes), cela n'a été le cas d'aucun hôpital dès lors que celle-ci n'était pas prise en compte. Ce phénomène indique une bonne qualité des soins, car aucun écart significatif n'a été constaté pour les escarres particulièrement importantes. Les résultats des catégories 1-4 indiquent aussi 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 2014 représentait la deuxième 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 ont reçu une même formation. Pour la première fois, la participation à la formation n'était plus obligatoire, mais elle restait tout de même vivement recommandée aux nouvelles coordinatrices et nouveaux coordinateurs. 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. Suite à la mise en place de l'importation automatique des données de routine du système d'informations cliniques l'année dernière, la qualité des données s'est encore améliorée, et ce, grâce au nouveau procédé de contrôle de la plausibilité des données.

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. En effet, dans ce dernier procédé, la problématique est largement sous-évaluée.

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, et ce, en accord avec le groupe de recherche international LPZ.

La fréquence relativement faible des escarres de catégories 2-4 n'est pas sans poser de problème d'un point de vue méthodologique et statistique. Comme les affirmations se rapportent uniquement à 23 personnes concernées, les constellations des risques sont très aléatoires chez ces enfants. 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 supérieur à 80 % vient étayer la valeur significative de la mesure. Il conviendrait de viser à maintenir cette forte participation.

## 8.2 Escarres – acquises à l'hôpital

La comparaison avec les taux d'escarres de l'année dernière ou les taux internationaux fait ressortir une bonne qualité des soins chez les enfants et adolescent-e-s. Cependant, un potentiel d'optimisation a été reconnu. Par rapport à la mesure chez les adultes, il existe également un potentiel de développement des indicateurs de structure et de processus.

Les installations médicales gagnent en pertinence avec les résultats de cette mesure. Le potentiel d'amélioration est plus particulièrement réalisable dans la catégorie 1. Les résultats d'une intervention en matière de qualité publiés récemment 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.<sup>3</sup>

Les forts taux d'escarres constatés en majeure partie dans les unités de soins intensifs et de néonatalogie concordent avec les données internationales. Une étude actuelle 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. Cependant, il n'existe actuellement pas réellement de directives (internationales) spécifiques ou de standards en matière d'escarres et de prévention des escarres chez les enfants et adolescent-e-s. L'année précédente a vu le développement en Suisse d'une initiative visant à initier un standard national, tandis qu'en 2014, des stratégies d'amélioration de la qualité ont été présentées lors d'une manifestation spécialisée.

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.

### 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.

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.

---

<sup>3</sup> Rapport Comparatif National Escarres enfants 2014, bibliographie