



Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences

Mesure nationale de la prévalence Module escarres enfants

Rapport Comparatif National de la mesure 2014

Décembre 2014 / Version 1.1

Mentions légales

Titre	Mesure nationale de la prévalence Escarres enfants Rapport comparatif national, Mesure 2014, Version 0.1
Année	Juillet 2015
Auteurs	Christa Vangelooven, MNS, collaboratrice scientifique, responsable de projet, recherche appliquée et développement/prestations de service (Ra&D) Soins Tél. : 031 848 45 33, christa.vangelooven@bfh.ch Thomas Schwarze, MNS, collaborateur scientifique Ra&D Soins Prof. Dr. Dirk Richter, enseignant Ra&D Soins, dirk.richter@bfh.ch Nicole Liechti, assistante de recherche Ra&D Soins Zinaida Lapanik, assistante de recherche Ra&D Soins Ronja Westphal, étudiante stagiaire en master, Université de Maastricht Rebekah Moser, assistante de recherche Ra&D Soins Antoinette Conca, MNS. collaboratrice scientifique Ra&D Soins Karin Thomas, MScN, collaboratrice scientifique Ra&D Soins Dr. Stefan Kunz, enseignant-chercheur, responsable de projet suppléant (SUPSI) Prof. Sabine Hahn, PhD, RN, responsable des soins, responsable Ra&D Soins, direction des projets de recherche, sabine.hahn@bfh.ch
Révision du rapport	Dr. Anna-Barbara Schlüer, Hôpital pédiatrique universitaire de Zurich
Relecture scientifique de la version française	Dr François Mooser, professeur, Haute école de santé Fribourg
Groupe de projet BFH	Prof. Sabine Hahn, PhD, RN, responsabilité scientifique du projet

	Christa Vangelooven, MNS, responsable de projet
	Prof. Dr. Dirk Richter, enseignant Ra&D Soins
	Anita Fumasoli, MNS, collaboratrice scientifique Ra&D Soins
	Karin Thomas, MScN, collaboratrice scientifique Ra&D Soins
	Thomas Schwarze, MNS, collaborateur scientifique Ra&D Soins
	Antoinette Conca, MNS. collaboratrice scientifique Ra&D Soins
	Nicole Liechti, assistante de recherche Ra&D Soins
	Zinaida Lapanik, assistante de recherche Ra&D Soins
	Rebekah Moser, assistante de recherche Ra&D Soins
Groupe de projet Haute école de santé Fribourg	Dr François Mooser, professeur Stefanie Senn, MScN, professeure
Groupe de projet SUPSI	Dr. Stefan Kunz, chercheur-enseignant Mauro Realini, MscN, enseignant-chercheur Nunzio de Bitonti, enseignant-chercheur
Conseil en statistiques	Prof. Dr. Marianne Müller, School of Engineering, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften/Haute école zurichoise des sciences appliquées
Mandant	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ)
représenté par	Regula Heller, MNS, MPH, responsable Médecine somatique aigüe, ANQ Bureau ANQ Thunstrasse 17, 3000 Berne 6 Tél. : 031 511 38 41, regula.heller@anq.ch, www.anq.ch
Copyright	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) Haute école spécialisée bernoise, domaine Santé Domaine Recherche appliquée et développement, prestations de service Murtenstrasse 10, 3008 Berne Tél. : 031 848 37 60, forschung.gesundheit@bfh.ch, www.gesundheit.bfh.ch

Table des matières

Mentions légales	2
Résumé	6
Liste des abréviations	13
1. Introduction	15
1.1 Contexte	15
1.2 Définition des termes.....	16
1.2.1 Mesure de la prévalence	16
1.2.2 Escarres	17
2 Buts visés, problématiques et méthodologie.....	18
2.1 Buts visés et problématique.....	18
2.2 Méthode	18
3 Résultats de l'analyse descriptive pour les enfants	20
3.1 Hôpitaux participants.....	20
3.2 Enfants et adolescent-e-s participant-e-s	24
3.2.1 Caractéristiques des participant-e-s	24
3.3 Résultats pour l'indicateur « Escarres »	28
3.3.1 Caractéristiques des patient-e-s souffrant d'escarres	28
3.3.2 Risque d'escarre	30
3.3.3 Caractéristiques des patient-e-s avec une escarre de catégorie 1 – 4.....	38
3.3.4 Fréquence des escarres	38
3.3.5 Mesures de prévention	39
3.3.6 Traitement des escarres	40
3.3.7 Indicateurs de structure « Escarres ».....	41
4 Résultats ajustés au risque	42
4.1 Escarres acquises à l'hôpital – catégories 1 – 4.....	42
4.2 Escarres acquises à l'hôpital – catégories 2 – 4.....	45
5 Discussion	47
5.1 Participant-e-s	47
5.2 Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital.....	49
5.2.1 Caractéristiques des patient-e-s souffrant d'escarres nosocomiales	49
5.2.2 Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital.....	50
5.3 Indicateurs de structure et de processus Escarre	52
5.4 Comparaison des hôpitaux ajustée au risque	53
5.5 Limites, appréciation critique	53
6 Conclusions et recommandations.....	56
6.1 Participation à la mesure	56
6.2 Prévalence nosocomiale des escarres	56
6.3 Autres recommandations sur le développement de la qualité et la mesure de la prévalence....	58
Bibliographie	60

Liste des figures	63
Liste des tableaux.....	64
Annexe	66

Résumé

Introduction

L'« Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques » (ANQ) coordonne et met en œuvre des mesures pour le développement de la qualité à l'échelle nationale.

Depuis 2013, les enfants et adolescent-e-s hospitalisé-e-s dans les unités de soins aigus stationnaires sont inclus dans les mesures. À partir de 2013, le plan de mesure spécifique aux enfants comprend entre autres aussi la mesure de la prévalence des escarres.

Pour la mesure de la prévalence des escarres et l'enquête auprès des parents, le comité directeur de l'ANQ a décidé, sur recommandation du Comité de qualité de la médecine somatique aiguë, que seuls les hôpitaux disposant d'unités de soins de pédiatrie explicites, aux côtés des hôpitaux pédiatriques, avaient l'obligation de mettre en œuvre le plan de mesure spécifique aux enfants. Sont donc comprises sous cette appellation toutes les unités de soins prenant exclusivement en charge des enfants et adolescent-e-s jusqu'à 16 ans, et disposant du personnel qualifié et de l'infrastructure requis pour ce public.

L'ANQ a mandaté, dans le contexte de la deuxième mesure nationale de la prévalence escarres enfants dans le domaine de la médecine somatique aiguë des hôpitaux suisses, la Haute école spécialisée bernoise (BFH) pour gérer les mesures et l'exploitation nationale des données pour l'année 2014.

Lors de cette deuxième mesure nationale de la prévalence des escarres chez les enfants, les problématiques suivantes se trouvaient au premier plan :

- Quel est le taux de prévalence des escarres acquises durant l'hospitalisation (= nosocomiales) de catégorie 1 – 4 chez les enfants dans les hôpitaux suisses (médecine somatique aiguë) ?
- Quel est le taux de prévalence des escarres acquises durant l'hospitalisation (= nosocomiales) de catégorie 2 – 4 chez les enfants dans les hôpitaux suisses (médecine somatique aiguë) ?
- De quelle façon peut-on décrire les indicateurs de structure et de processus liés à l'indicateur « Escarres enfants » ?

Les instruments utilisés pour la mesure depuis 2011 s'appuient sur les mesures réalisées périodiquement depuis plusieurs années aux Pays-Bas ainsi que sur le plan international, à savoir l'« International Prevalence Measurement of Care Problems » (LPZ International) de l'Université de Maastricht. Tout comme la mesure chez les adultes, la mesure de la prévalence des escarres chez les enfants a été effectuée à l'aide de la méthode « International Prevalence Measurement of Care Problems » (LPZ International) de l'Université de Maastricht aux Pays-Bas. À la demande de l'ANQ, la BFH a développé le module « Escarres enfants » pour la Suisse en allemand, français et italien, lors de la mesure 2013.

Après une formation complète des collaborateur-trice-s des hôpitaux et des cliniques participant-e-s, les données ont été collectées le jour fixé, à savoir le mardi 11 novembre 2014. Tous les enfants et adolescent-e-s âgé-e-s entre 0 et 16 ans et hospitalisé-e-s le jour de la mesure dans une unité de soins de pédiatrie « explicite » d'un hôpital pour adultes ou dans une clinique pédiatrique ont été inclus-e-s dans la mesure.

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.

Pour l'année de mesure 2014, le questionnaire Escarres enfants a inclus une question supplémentaire concernant le nombre d'installations médicales présentes.

En ce qui concerne le contrôle des données au niveau des institutions, un procédé destiné à contrôler la plausibilité lors des mesures a été mis en œuvre depuis l'année 2014 pour les mesures LPZ Maas-tricht.

Deux membres du personnel soignant par unité de soins étaient chargés de collecter les données pour la mesure de la prévalence ponctuelle. Celle-ci incluait les données des patient-e-s, hôpitaux et unités de soins au niveau de la qualité (via les structures en place), processus et résultats. Les enfants et adolescent-e-s, leurs parents ou leurs représentant-e-s ont donné leur consentement oral à la participation.

Afin de pouvoir analyser la problématique de la non-participation, des données plus précises sur les enfants et adolescent-e-s ne participant pas à la mesure ont été collectées par la BFH (en parallèle à la mesure LPZ). Elles étaient demandées dans le cadre d'une enquête en ligne volontaire et ont été recueillies sous forme agrégée en termes de nombre, de sexe et de tranche d'âge (par type d'unité de soins) des non-participants.

Les analyses descriptives ont été effectuées avec IBM SPSS statistics Version 22. 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 deux types d'hôpitaux d'après la typologie hospitalière de l'OFS. Il s'agit des groupes : « hôpitaux universitaires/pédiatriques » et « hôpitaux centraux/soins de base ». En matière d'ajustement au risque, les résultats ont été représentés sous forme de prévalence des escarres standardisée avec un funnel plot (graphique en entonnoir). Dans ce contexte, on fait le rapport entre les prévalences observées et les prévalences attendues par hôpital. L'analyse multivariée a été réalisée à l'aide du logiciel d'analyse STATA 13.1. Lors de l'application de la régression logistique aux escarres de catégorie 2 – 4, un procédé différent a dû être employé pour des raisons de méthodologie. À la place du procédé « Maximum Likelihood » habituel, c'est le procédé nommé « Penalized Log Likelihood » de Firth qui a été utilisé.

Résultats

35 cliniques pédiatriques spécialisées et hôpitaux spécialisés en soins aigus disposant d'unités de soins pédiatriques « explicites » ont participé à la mesure 2014. Au moment de la mesure, 948 enfants et adolescent-e-s étaient hospitalisé-e-s dans 106 unités de soins. Parmi ces derniers, 872 enfants et adolescent-e-s (82,2 %) âgés entre 0 et 16 ans (moyenne : 3,7 ans, médiane : 10,0 mois) ont participé à la mesure. 42,7 % des participant-e-s étaient des filles. La durée moyenne du séjour à la date de la mesure était de 19,5 jours. La durée d'hospitalisation la plus fréquente était de 0 à 7 jours. Près d'un cinquième des enfants et adolescent-e-s ont subi une intervention chirurgicale ou une anesthésie dans les deux semaines précédant la mesure. Près de 60 % des participant-e-s ne présentaient pas de risque d'escarre selon l'échelle de Braden ; d'après l'évaluation clinique subjective, 19,6 % n'étaient pas menacés.

Dans l'ensemble, au moins une escarre (catégorie 1 – 4) a été constatée chez 112 enfants et adolescent-e-s (14,4 %). La prévalence nosocomiale (catégorie 1 – 4) indique une valeur de 13,5 %. En excluant les escarres de catégorie 1, la prévalence globale est de 3,2 % et la prévalence des escarres nosocomiales de 3,0 %. Chez les enfants et adolescent-e-s présentant un risque d'escarre (échelle de Bra-

den ≤ 20), la prévalence globale était de 23,5 % (catégorie 1 – 4), la prévalence nosocomiale de catégorie 1 – 4 était de 22,9%. Si un enfant avait été évalué à risque selon l'évaluation clinique subjective des infirmiers/infirmières, la prévalence nosocomiale de catégorie 1 – 4 était de 21,5 %. Dans le cas des patient-e-s concerné-e-s pour lesquelles la présence d'installations médicales était indiquée, la prévalence globale était de 16,4 % (catégorie 1 – 4) et la prévalence nosocomiale de 15,8 % (catégorie 1 – 4).

Les taux de prévalence nosocomiale (catégorie 1 – 4) les plus élevés se retrouvent dans les unités de soins intensifs, de néonatalogie et les unités générales de soins pédiatriques (interdisciplinaires), en particulier dans le groupe de comparaison hôpitaux universitaires/pédiatriques. L'évaluation par groupe d'âge montre que les plus forts taux de prévalence incluant les escarres de catégorie 1 se situaient dans le groupe d'enfants d'un an ou moins.

Les informations portant sur le nombre et la localisation des escarres étaient disponibles pour 112 enfants et adolescent-e-s, avec un total de 169 escarres. La majorité des patient-e-s concerné-e-s ne présentaient qu'une seule escarre. Chez les autres enfants et adolescent-e-s concerné-e-s, entre deux et cinq lésions ont été indiquées. Les localisations les plus fréquentes se trouvaient dans la catégorie « Autres », suivies du nez et des chevilles.

L'inspection régulière de la peau, le matériel protectif et/ou les techniques de fixation des installations médicales, ainsi que l'encouragement ciblé à bouger/la mobilisation étaient les mesures de prévention les plus souvent citées. Elles étaient suivies par les catégories Prévention et correction des déficits nutritionnels et/ou liquidiens, Repositionnement des électrodes et capteurs de monitoring, ainsi que Repositionnement en étant couché-e.

Les moyens auxiliaires tels que des coussins ou des matelas ou surmatelas de prévention des escarres (dynamiques) ont été peu utilisés en comparaison. Pour le traitement des plaies, différentes stratégies ont été utilisées dans les différentes catégories d'escarres.

La comparaison des hôpitaux ajustée au risque a donné des résultats homogènes dans l'ensemble. 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 était exclue. En ce qui concerne les variables prédictives des escarres de catégorie 1 – 4, les aspects suivants ont été relevés comme pertinents : présence d'installations médicales, immobilité complète, âge inférieur à un an et durée d'hospitalisation supérieure à 28 jours.

Les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques ainsi que l'évaluation clinique subjective du risque se sont également révélées comme étant des variables prédictives fortes. En excluant l'escarre de catégorie 1, la structure du risque était modifiée. Le (jeune) âge ne jouait plus aucun rôle, contrairement à la présence d'installations médicales, à l'immobilité complète et aux durées d'hospitalisation supérieures à 7 jours. Les interventions chirurgicales également, tout comme la perception sensorielle absente/limitée, augmentent le risque de contracter une escarre.

Discussion

Avec la participation de 35 cliniques pédiatriques spécialisées et hôpitaux spécialisés dans les soins somatiques aigus disposant d'unités de soins pédiatriques intégrées, des établissements issus de tous les cantons ayant un mandat de prestation dans le domaine des enfants et adolescent-e-s étaient représentés. La mesure de la prévalence des escarres chez les enfants présente un fort taux de participation de 82,2 %. Par rapport à l'année précédente, ce taux est légèrement inférieur de 1,5 %.

La part importante (51,9 %) d'enfants du groupe d'âge d'un an ou moins, les données de l'âge moyen ainsi que la répartition de l'âge dans le groupe d'âge 0 - 1 an, correspondent aux relevés précédents en Suisse, ainsi qu'à la littérature spécialisée internationale. La durée moyenne d'hospitalisation est plus longue dans cette mesure que dans les statistiques de l'OFS ou de l'Obsan. Lorsque l'on oppose les groupes d'âge au sein des groupes de comparaison, des différences minimales sont détectables. Dans l'ensemble, on remarque que le groupe d'âge de moins d'un an représente la majorité, à la fois dans l'échantillon global et dans les groupes de comparaison. Ce résultat concorde avec la mesure de l'Office fédéral de la statistique, dans laquelle les enfants d'un an et moins étaient les plus fréquemment hospitalisés.

Dans l'analyse descriptive des enfants et adolescent-e-s présentant une escarre nosocomiale, ceux-ci sont en moyenne un peu plus souvent des garçons (56,2 %) et par rapport à l'âge médian de 2 mois, ils ont en moyenne 17,4 mois de moins par comparaison avec l'échantillon global. Dans les groupes de diagnostic des enfants et adolescent-e-s ayant contracté une escarre nosocomiale (catégorie 1 – 4), les catégories « Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale » ainsi que « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » étaient au premier plan. Le groupe de diagnostic Maladies de l'appareil respiratoire arrive en deuxième place, suivi des Malformations congénitales. Les patient-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'analyse des résultats ajustés au risque, comme le risque d'escarre de catégorie 1 – 4 était supérieur chez les enfants de moins d'un an, l'âge s'est également avéré être une variable prédictive significative. En ce qui concerne les diagnostics, les facteurs influençant sur l'état de santé se sont avérés des variables prédictives particulièrement pertinentes. Sur ce point, les facteurs de risque de cette mesure présentent une certaine similitude avec ceux des deux seules études suisses menées jusqu'à présent par Schlüer (2009; 2012). Il en va de même pour la pertinence de la présence d'installations médicales, qui apparaît comme facteur de risque pour la première fois lors de la mesure 2014. Certaines dimensions de l'échelle de Braden se sont également montrées pertinentes, et plus particulièrement lorsque la catégorie 1 était incluse. Ces dimensions étaient celle de la mobilité, de la nutrition, ainsi que celle de la friction et du cisaillement. Il est également apparu que l'évaluation clinique subjective de l'équipe de soins en charge de la mesure présentait un pouvoir prédictif des escarres de catégorie 1 – 4 particulièrement bon.

Les taux globaux de prévalence nosocomiale des escarres de catégorie 1 – 4 sont de 13,5 % (intervalle de confiance de 95 % : 11,1-15,9) ou 3,0 % (intervalle de confiance de 95 % : 1,8-4,2) pour la catégorie 2 – 4. En 2013, la prévalence nosocomiale des escarres de catégorie 1 – 4 était 1,6 % plus élevée (15,1 ; intervalle de confiance de 95 % : 12,5-17,7) et pour la catégorie 2 – 4 0,5 % plus faible (2,5 ; intervalle de confiance de 95 % : 1,4 -3,6). Les résultats des deux groupes de comparaison en matière de prévalence nosocomiale sont répartis de manière différente. Dans le groupe hôpitaux universitaires/pédiatriques, ils sont environ deux (catégorie 1 – 4) à quatre fois (catégorie 2 – 4) plus élevés. Le fait que, dans ce contexte, plus d'enfants de moins d'un an, d'enfants dans un état critique ou gravement malades sont soignés joue certainement un rôle. Par comparaison avec l'année précédente, la prévalence globale d'escarres a chuté de 2,0 %. Par rapport aux prévalences publiées à l'international, avec une fourchette entre 1,6 % et 33,7 % (Vangeloooven et al., 2014), les données suisses se situent dans les valeurs moyennes. Avec un pourcentage de 40,4 % des enfants et adolescents ayant contracté une escarre nosocomiale de catégorie 1 – 4 dans des unités de soins intensifs (augmentation de 10,1 %), de 17,4 % en soins continus et de 16,2 % en néonatalogie, ces unités de soins sont les plus touchées par

ce phénomène. Contrairement aux adultes, de très faibles différences ont été constatées entre la prévalence globale et la prévalence nosocomiale. La part élevée d'escarres de catégorie 1 ainsi que la part élevée de personnes présentant une escarre nosocomiale des catégories 1 – 4 en soins intensifs, en néonatalogie et en soins continus correspondent aux données (inter)nationales.

Les taux de prévalence nosocomiale des escarres de catégorie 2 – 4, avec 3,0 % (2013 : 2,5 %), étaient supérieurs. La majorité des cas d'escarres nosocomiales de catégorie 2 – 4 concernait des enfants hospitalisés dans le groupe de comparaison hôpitaux universitaires/pédiatriques. Il est possible que dans ce contexte, en accord avec le mandat de prestation, plus d'enfants gravement malades soient soignés, en particulier en soins intensifs. Par manque de valeurs comparatives, toute affirmation quant à la prévalence nosocomiale des catégories 2 – 4 ne peut avoir qu'une portée limitée.

Par comparaison avec l'échantillon global, les enfants concernés présentant une escarre disposaient de plus d'installations médicales en moyenne. Dans l'analyse ajustée au risque également, les installations médicales sont ressorties comme particulièrement pertinentes, et surtout en ce qui concerne les catégories 2 – 4.

La prévalence globale pour les enfants et adolescent-e-s présentant un risque d'escarre selon l'échelle de Braden était, avec une valeur de 23,5 %, plus élevée de 1,5 % que l'année précédente ; elle était cependant plus faible que lors des mesures suisses antérieures de 2006 et 2009 ayant relevé des valeurs de 35,0 % et 49,0 %.

Les localisations des escarres montrent que les endroits « classiques » chez les adultes (sacrum, tubérosité ischiatique, talon) sont plus rares, en particulier chez les petits enfants. La répartition des localisations ainsi que des catégories 2 – 4 chez les enfants plus âgés correspond 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 dans le groupe hôpitaux centraux/soins de base. Le nez, la cheville et le visage (sans le nez) sont quant à eux plus fréquents dans le groupe de comparaison hôpitaux universitaires/pédiatriques. Ce phénomène peut être lié aux nombres de cas plus faibles et à la population de patient-e-s spécifique ou encore à une utilisation différente des installations médicales.

Lors de l'analyse des indicateurs de processus, le tableau dressé est semblable à celui de l'année précédente. On peut noter le recours aussi bien à des mesures de prévention générales (inspection régulière de la peau, encouragement ciblé à bouger/mobilisation) qu'à des mesures de prévention spécifiques aux enfants (matériel protectif et/ou techniques de fixation pour les installations médicales). En ce qui concerne la fréquence d'utilisation, il n'y a pratiquement aucune différence entre les enfants présentant un risque d'escarre et les enfants avec escarre. On peut donc se demander si l'utilisation des mesures de prévention doit être intensifiée et différenciée du point de vue de la fréquence. Tout comme l'année dernière, et à l'exclusion des matelas viscoélastiques et en mousse polyuréthane, peu d'autres moyens auxiliaires de prévention tels que les coussins et les matelas de prévention des escarres (dynamiques) ont été utilisés. En ce qui concerne le traitement des plaies également, on a pu relever dans cette mesure des résultats semblables aussi bien à ceux de l'année précédente qu'à ceux des publications. Les méthodes de traitement des plaies ne semblent pas toujours adaptées.

Lors de l'analyse des indicateurs de structure, la situation se montre similaire à celle de l'année précédente. Les indicateurs de structure au niveau des hôpitaux 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 certainement plus difficile de mettre à disposition des ressources spécifiques au même titre que dans les cliniques spécialisées.

En comparant les résultats des hôpitaux ajustés au risque, on remarque tout particulièrement la différence entre les résultats de l'analyse des escarres de catégorie 1 – 4 et ceux des escarres de catégorie 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 était exclue. 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.

La prévalence relativement faible des escarres de catégorie 2 – 4 dans cette mesure n'est pas sans poser problème d'un point de vue méthodologique et statistique. Comme les résultats ne se rapportent qu'à 23 enfants concernés, les constellations de risques de ces enfants sont dans une très large mesure aléatoires, tout comme on peut également le voir dans la structure modifiée des variables prédictives sélectionnées par rapport à celles de 2013. Seules les mesures à venir pourront indiquer à quel point l'identification d'une constellation de risques sûre sera possible.

Conclusions et recommandations

Le taux de participation de 80 % vient étayer la valeur significative de la mesure. Il conviendrait de viser à maintenir cette forte participation.

En comparaison des résultats internationaux et de ceux de la première mesure, les taux de prévalence permettent de conclure à une bonne qualité des soins dans le domaine des indicateurs sensibles des soins Escarres chez les enfants et les adolescent-e-s. Cependant, des thèmes montrant des potentiels d'optimisation ont pu être identifiés. Par rapport à la mesure chez les adultes, il existe un potentiel de développement des indicateurs de structure et de processus.

La thématique des installations médicales gagne en pertinence avec les résultats de cette mesure. Des potentiels d'amélioration en relation avec les taux de prévalence ont été démontrés dans la présente mesure, et tout particulièrement dans le domaine de 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 peuvent être nettement réduits à l'aide d'une approche mutli-interventionnelle et d'optimisations au niveau des structures et du processus. Les forts taux d'escarres nosocomiales de catégorie 1 – 4 constatés en majeure partie dans les unités de soins intensifs et de néonatalogie concordent avec les données internationales. Une étude portant sur la qualité de 2014 démontre que la mise en œuvre d'une directive au niveau de l'hôpital/des unités de soins, illustrée par les meilleures pratiques, peut entraîner une nette diminution des lésions cutanées pouvant être évitées dans ce contexte.

Jusqu'à présent, cependant, pratiquement aucune directive ou aucun standard spécifique (international) n'a été développé sur le thème de l'escarre et de la prévention des escarres chez les enfants et adolescent-e-s. À l'heure actuelle, ces circonstances compliquent la préparation d'éléments structurels adéquats au niveau des hôpitaux. L'année passée, une initiative pour le développement d'un standard national a été lancée en Suisse au niveau national. Dans le cadre de la publication des premières données nationales sur la prévalence des escarres chez les enfants et adolescent-e-s, des stratégies pour

l'amélioration de la qualité ont été présentées aux côtés des résultats de la mesure 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.

La sensibilisation aux indicateurs à mesurer ainsi que l'utilisation ciblée du traitement et des mesures préventives peuvent être favorisées par la publication de données. Les résultats présentés par groupe de comparaison permettent aux responsables des hôpitaux de comparer les résultats de leur établissement à ceux du groupe de comparaison auquel ils appartiennent. Le benchmarking doit permettre d'évaluer les indicateurs de structure, de processus et des résultats des institutions, et doit montrer, le cas échéant, un potentiel d'optimisation.

Même si les données de la mesure nationale de la prévalence sont en premier lieu collectées afin de pouvoir comparer les résultats au niveau des hôpitaux, de plus en plus de publications internationales font état d'interventions en matière de qualité qui se concentrent sur le développement de la qualité orienté sur les données au niveau des unités de soins. Les interventions au niveau des unités de soins pourraient se focaliser sur les différentes populations à risque spécifiques et ainsi mener à la mise en œuvre d'interventions/mesures préventives spécifiques. Une série de mesures combinées d'amélioration (« care bundles ») sont fréquemment mises en œuvre, souvent accompagnées de mesures de soutien telles que le coaching des collaborateur-trice-s, des procédures d'audit, la désignation d'interlocuteur-trice-s spécifiques selon les domaines au sein de l'équipe soignante, la formation continue, la participation à la récolte des données récoltées et le feedback sur les données/résultats.

La contribution de cette mesure escarres enfants peut notamment être vue sous l'angle des champs d'action trois (garantir et renforcer la qualité des soins) et quatre (garantir la transparence, améliorer le pilotage et la coordination) des priorités en matière de politique de santé du Conseil fédéral « Santé 2020 ». La mesure nationale de la prévalence Escarres enfants contribue à un élargissement et à une amélioration de la base de données relative à la qualité des soins dans un domaine disposant de peu de données au niveau national et crée une transparence en ce qu'elle est accessible au public.

Liste des abréviations

AA	Assurance accidents
AI	Assurance invalidité
AM	Assurance militaire
ANP	Advanced Nurse Practice (Pratique Infirmière Avancée, PIA)
ANQ	Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
ADL	Activités de la vie quotidienne (activities of daily living)
BFH	Berner Fachhochschule ou Haute école spécialisée bernoise, domaine Santé, Département Recherche appliquée et développement, prestations de service
BMI	Body Mass Index (Indice de Masse Corporelle, IMC)
Cat.	Catégorie
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Chir.	Chirurgie
dr	droit
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
ga	gauche
Gén.	Général-e/généraux
H+	Les hôpitaux suisses
HEdS-FR	Haute école de santé Fribourg
IC	Intervalle de confiance
IMC	Indice de masse corporelle (Body Mass Index, BMI)
Indiv.	Individualisé-e
Install. méd.	Installations médicales
J.	Jour
LPZ	« Prevalentiemetingen Zorgprobleme », désigné sur le plan international par le terme « International Prevalence Measurement of Care Problems, LPZ International »
Mal.	Maladie

MdC	Mesures de contention
Med.	Médecine
Min.	Minutes
Moy.	Moyen-ne
NICU	Unités de soins intensifs en néonatalogie
Nosoc.	Nosocomial-e
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OR	Odds ratio (rapport des cotes)
Pat.	Patient-e-s
PIA	Pratique Infirmière Avancée (Advanced Nurse Practice, ANP)
PICU	Unités de soins intensifs pédiatriques
Doc. soins	Documentation des soins
Prév.	Prévention, préventif
Santésuisse	Association faîtière des assureurs suisses de la branche de l'assurance-maladie
SC	Soins continus
SD	Standard deviation (écart-type)
Soins cont. chir. card.	Soins continus de la chirurgie cardiaque
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Syst.	Système
TIQ	Taux interquartile

1. Introduction

L'« Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques » (ANQ)¹ coordonne et met en œuvre des mesures pour le développement de la qualité à l'échelle nationale.

1.1 Contexte

L'ANQ, les organisations faitières H+, CDS, Santésuisse et les compagnies d'assurance helvétiques (AA, AI, AM) ont signé le contrat national de qualité le 18 mai 2011. Dans ce contexte, les parties contractantes s'occupent du financement et de la mise en œuvre des mesures de la qualité conformément aux instructions (soit le plan de mesure) de l'ANQ pour les hôpitaux qui ont signé le contrat qualité.

Depuis 2013, les enfants et adolescent-e-s hospitalisé-e-s dans les unités de soins aigus stationnaires sont inclus dans les mesures. À partir de 2013, le plan de mesure spécifique aux enfants comprend entre autres aussi la mesure de la prévalence des escarres.

Pour la mesure de la prévalence des escarres et l'enquête auprès des parents, le comité directeur de l'ANQ a décidé, sur recommandation du Comité de qualité de la médecine somatique aiguë, que seuls les hôpitaux disposant d'unités de soins de pédiatrie explicites, aux côtés des hôpitaux pédiatriques, avaient l'obligation de mettre en œuvre le plan de mesure spécifique aux enfants. Sont donc comprises sous cette appellation toutes les unités de soins prenant exclusivement en charge des enfants et adolescent-e-s jusqu'à 16 ans, et disposant du personnel qualifié et de l'infrastructure requis pour ce public.

L'ANQ a mandaté, dans le contexte de la mesure nationale de la prévalence escarres enfants dans le domaine de la médecine somatique aiguë des hôpitaux suisses, la Haute école spécialisée bernoise (BFH) pour gérer les mesures et l'exploitation nationale des données pour l'année 2014. 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).

La mesure nationale de la prévalence escarres enfants de 2014 a relevé pour la deuxième fois dans toute la Suisse la prévalence globale ainsi que la prévalence nosocomiale des escarres chez les enfants et adolescent-e-s hospitalisé-e-s (groupe d'âge de 0 à 16 ans). Il est possible d'avoir des résultats par hôpital et sur le plan national.

Dans le présent rapport comparatif national de la mesure de 2014, l'analyse des données du module Escarres enfant est présentée au niveau national. L'analyse des données du cycle de mesure 2014 chez les adultes fait l'objet d'un rapport à part (Vangeloooven, Schwarze, et al., 2015).

Par rapport au rapport de l'année précédente, quelques différences minimales sont à noter. Afin d'améliorer la lisibilité, le rapport a, entre autres, été condensé. Certains résultats (indicateurs de processus et de structure) ne sont décrits que sous forme de résumé dans le texte. Les tableaux correspondants ont été déplacés en annexe. La terminologie a elle aussi subi de légères modifications. Ainsi le terme Escarres de catégorie 2 – 4 remplace le terme Escarres hors catégorie 1.

¹ La liste des abréviations se trouve en début de rapport.

1.2 Définition des termes

1.2.1 Mesure de la prévalence

Le but d'une mesure de la prévalence est de déterminer le taux de propriétés spécifiques en se référant à une population (Dassen, Tannen, & Lahmann, 2006; Gordis, 2009). La mesure nationale de la prévalence des escarres chez les enfants prend la forme d'une mesure de la prévalence ponctuelle. On détermine ainsi le taux de patient-e-s concerné-e-s par les escarres au moment de la mesure (Gordis, 2009). Les mesures de la prévalence constituent une base importante pour effectuer des comparaisons avec des meilleures pratiques d'organisations (benchmarking) et ainsi pour améliorer la qualité dans les domaines de la prévention et des soins. L'utilisation d'outils uniformes reconnus à l'échelle internationale et la collaboration avec des partenaires européens permettent d'établir des comparaisons internationales ainsi que de mettre en place un développement de la qualité des soins orienté sur les ressources, et ce, également dans le domaine de la prise en charge hospitalière des enfants et adolescent-e-s.

La mesure nationale de la prévalence permet de calculer les taux de prévalence globaux et les taux de prévalence nosocomiaux (escarres acquises à l'hôpital). Les taux de prévalence globaux donnent des informations sur la prévalence générale des indicateurs de mesure, c'est à dire indépendamment de la survenue d'un événement avant ou après l'entrée à l'hôpital. Les données relatives à la prévalence nosocomiale se rapportent exclusivement aux événements qui se sont produits pendant le séjour dans l'hôpital concerné. Par conséquent, ces taux de prévalence nosocomiaux donnent des indications en rapport avec les complications potentielles évitables (« adverse events »), par exemple les escarres survenant au cours de l'hospitalisation (White, McGillis Hall, & Lalonde, 2011).

Le tableau 1 présente le calcul du taux de prévalence global des escarres de catégorie 1 – 4. Le nombre d'enfants et d'adolescent-e-s participant-e-s souffrant d'une escarre de catégorie 1 – 4 est divisé par le nombre total d'enfants et d'adolescent-e-s participant-e-s, puis multiplié par 100. Par exemple, si 5 patient-e-s sur un total de 100 sont concerné-e-s par une escarre, la prévalence est de : $5/100 \times 100 = 5 \%$.

Tableau 1: calcul de la prévalence des escarres de (en %) au moment de la mesure

$\frac{\text{Nombre d'enfants et d'adolescent-e-s participant-e-s avec escarre (catégorie 1 – 4)}}{\text{Nombre total d'enfants et d'adolescent-e-s participant-e-s}} \times 100$

Pour le calcul des taux de prévalence des escarres nosocomiales de catégorie 1 – 4 et de catégorie 2 – 4, on utilise la même formule, en intégrant les enfants et adolescent-e-s souffrant d'escarres nosocomiales dans le dénominateur.

Deux calculs ont été faits pour déterminer les taux de prévalence de l'escarre : un calcul faisant intervenir la catégorie 1 et un autre ne la faisant pas intervenir. Cette double analyse est justifiée par le fait qu'il est relativement difficile de détecter une escarre de catégorie 1 (Halfens, Bours, & Van Ast, 2001). Une bonne prévention permet généralement d'éviter des lésions cutanées. C'est pourquoi les escarres de catégorie 2 – 4 acquises à l'hôpital font l'objet d'une analyse distincte.

1.2.2 Escarres

Le terme « Escarre » est employé conformément à la définition internationale dans la récolte de données LPZ (European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009). Dans le questionnaire LPZ, le terme « Catégorie » est systématiquement utilisé, également préféré par l'Association Suisse pour les soins de plaies (SAfW) (Von Siebenthal & Baum, 2012). Cette définition s'applique autant dans le domaine des adultes que dans celui des enfants et adolescent-e-s.

Selon la définition internationale du NPUAP-EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009) est considérée comme escarre « une lésion ischémique localisée au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents, située en général sur une saillie osseuse. Elle est le résultat d'un phénomène de pression, ou de pression associée à du cisaillement. Un certain nombre de facteurs favorisants ou imbriqués dans la survenue d'escarre y sont associés : leur implication doit être encore élucidée. »

Le NPUAP/EPUAP (2009) utilise une classification en 4 catégories qui décrivent le degré de gravité de l'escarre, allant d'une lésion superficielle de la peau jusqu'à des dommages aux tissus graves. La catégorie 1 est désignée comme « érythème persistant ou qui ne blanchit pas ». La catégorie 2 montre une « atteinte partielle » de la peau. La catégorie 3 est utilisée en présence d'une « perte complète de tissu cutané ». La catégorie 4 correspond à une « perte tissulaire complète ».

Des renseignements détaillés et des ressources permettant de spécifier les définitions, d'évaluer le risque, de classer l'escarre et de répondre au questionnaire figurent dans le manuel suisse de la mesure nationale de la prévalence chutes et escarres 2014.

2 Buts visés, problématiques et méthodologie

L'ANQ a mandaté, dans le contexte de la mesure nationale de la prévalence escarres enfants dans le domaine de la médecine somatique aiguë des hôpitaux suisses, la Haute école spécialisée bernoise (BFH) pour gérer les mesures et l'exploitation nationale des données pour l'année 2014.

2.1 Buts visés et problématique

Intervenant après la mesure de la prévalence de 2013, la mesure de 2014 représente la deuxième mesure nationale de la prévalence des escarres chez les enfants. 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 les indicateurs de qualité au plan de la structure et au plan du processus. En outre, il devrait être possible de dresser une comparaison de ces indicateurs de la qualité entre différentes institutions.

L'escarre est un indicateur de résultat sensible des soins chez les adultes. Les nouveau-nés, les adolescent-e-s et les enfants sont souvent exclu-e-s des études concernant des escarres (Kottner, Wilborn, & Dassen, 2010; Schlüer, Schols, & Halfens, 2013).

Lors de cette deuxième mesure nationale de la prévalence des escarres chez les enfants, les problématiques suivantes se trouvaient au premier plan :

- Quel est le taux de prévalence des escarres acquises durant l'hospitalisation (= nosocomiales) de catégorie 1 – 4 chez les enfants dans les hôpitaux suisses (médecine somatique aiguë) ?
- Quel est le taux de prévalence des escarres acquises durant l'hospitalisation (= nosocomiales) de catégorie 2 – 4 chez les enfants dans les hôpitaux suisses (médecine somatique aiguë) ?
- De quelle façon peut-on décrire les indicateurs de structure et de processus liés à l'indicateur « Escarres enfants » ?

Comme complément à ces problématiques, les taux de prévalence globaux (précédant et durant l'hospitalisation) des escarres sont décrits de manière détaillée dans le chapitre des résultats descriptifs ; on y retrouve donc les événements survenus avant l'entrée à l'hôpital.

2.2 Méthode

Tout comme la mesure chez les adultes, la mesure de la prévalence des escarres chez les enfants a été effectuée à l'aide de la méthode « International Prevalence Measurement of Care Problems » (LPZ International) de l'Université de Maastricht aux Pays-Bas. À la demande de l'ANQ, la BFH a développé le module « Escarres enfants » pour la Suisse en allemand, français et italien, lors de la mesure 2013.

Après une formation complète des collaborateur-trice-s des hôpitaux et des cliniques participant-e-s, les données ont été collectées le jour fixé, à savoir le mardi 11 novembre 2014. Tous les enfants et adolescent-e-s âgé-e-s entre 0 et 16 ans et hospitalisé-e-s le jour de la mesure dans une unité de soins de pédiatrie « explicite » d'un hôpital pour adultes ou dans une clinique pédiatrique ont été inclus-e-s dans la mesure. 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.

Deux membres du personnel soignant par unité de soins étaient chargés de collecter les données pour la mesure de la prévalence ponctuelle. Celle-ci incluait les données des patient-e-s, hôpitaux et unités

de soins au niveau des indicateurs de la structure, du processus et des résultats. Les enfants et adolescent-e-s, leurs parents ou leurs représentant-e-s ont donné leur consentement oral à la participation.

Pour l'année de mesure 2014, le questionnaire Escarres enfants a inclus une question supplémentaire concernant le nombre d'installations médicales présentes.

Afin de pouvoir analyser la problématique de la non-participation, des données plus précises sur les enfants et adolescent-e-s ne participant pas à la mesure ont été collectées par la BFH (en parallèle à la mesure LPZ). Elles étaient demandées dans le cadre d'une enquête en ligne volontaire et ont été recueillies sous forme agrégée en termes de nombre, de sexe et de tranche d'âge (par type d'unité de soins) des non-participants.

Les analyses descriptives ont été effectuées avec SPSS Version 22. 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 deux types d'hôpitaux d'après la typologie hospitalière de l'OFS. Il s'agit des groupes : « hôpitaux universitaires/pédiatriques » et « hôpitaux centraux/soins de base ». En matière d'ajustement au risque, les résultats ont été représentés sous forme de prévalence des escarres standardisée avec un funnel plot (graphique en entonnoir). Dans ce contexte, on fait le rapport entre les prévalences observées et les prévalences attendues par hôpital. L'analyse multivariée a été réalisée à l'aide du logiciel d'analyse Stata 13.1.

Lors de l'application de la régression logistique aux escarres de catégorie 2 – 4, un procédé différent a dû être employé. Au lieu du procédé « Maximum Likelihood » habituel, le procédé nommé « Penalized Log Likelihood » de Firth a été utilisé (Firth, 1993). La raison ayant motivé cette décision est un problème de calcul. L'une des variables, qui se présentait comme particulièrement pertinente, menait à une divergence presque complète après analyse descriptive. Ceci peut être le cas lorsqu'une variable prédictive (ici, les « installations médicales ») peut prédire quasiment complètement la variable dépendante (escarres). Dans un tel cas, le logiciel de statistique ne peut pas prendre cette variable prédictive correctement en compte dans le modèle et, comme avec STATA, l'élimine du modèle. La non prise en compte d'une variable prédictive particulièrement pertinente peut toutefois avantager ou défavoriser les hôpitaux rapportant de très nombreuses ou de peu nombreuses caractéristiques de cette variable de façon irrecevable. Le procédé de Firth permet de contourner cette difficulté et est conseillé dans les publications comme alternative standard en présence de la problématique de divergence dans les procédés de régression (Heinze, 2006; Heinze & Schemper, 2002).

Des informations plus détaillées sur les méthodes de mesures LPZ ainsi que sur l'analyse des données peuvent être consultées dans le Concept d'évaluation de la Mesure nationale de la prévalence chutes, escarres et escarres enfants (Vangeloooven, Richter, & Hahn, 2015).

3 Résultats de l'analyse descriptive pour les enfants

Ce chapitre décrit l'ensemble des données recueillies. Il présente les résultats pour l'hôpital, l'unité de soins et le/la patient-e à des fins d'analyse descriptive.

Au niveau de l'hôpital, les données ont été collectées conformément à la typologie des hôpitaux définie par l'Office fédéral de la statistique (2006). Les données des cliniques pédiatriques universitaires et/ou spécialisées ont été enregistrées dans la mesure 2014 et selon la statistique de l'OFS sous Hôpitaux universitaires (K111) ou Cliniques spécialisées (Cliniques spécialisées en pédiatrie K233). Cette définition dépendait du fait que la clinique pédiatrique était ou non un établissement indépendant ou faisait partie d'une clinique universitaire. Les données des unités de soins pédiatriques des hôpitaux centraux (prise en charge centralisée, K112) et de soins de base (K121 – 123) représentent principalement les données des unités de soins pédiatriques intégrées dans les hôpitaux de soins aigus.

Au vu de la faible quantité de données et de la population hétérogène, le rapport comparatif des hôpitaux a de nouveau, et en accord avec l'ANQ, été réalisé selon deux groupes de comparaison. Ces groupes incluaient deux types d'hôpitaux chacun. Les données relatives aux enfants dans les hôpitaux universitaires de Berne, Genève et Lausanne ainsi que les cliniques pédiatriques de Bâle, Zurich et St. Gall figurent dans le groupe « Hôpitaux universitaires/pédiatriques ». Étant donné qu'il existe peu de données des soins de base/(autres) cliniques spécialisées (n = 29) et que cette population présente probablement une grande similitude avec les enfants hospitalisés dans les hôpitaux régionaux (hôpitaux centraux), ces données sont compilées dans le groupe « hôpitaux centraux/soins de base ». Pour des raisons de lisibilité, on parlera de groupes de comparaison dans le texte suivant.

Huit cas relevant de la pédiatrie ont été collectés par erreur dans un questionnaire pour adultes, car un type d'unité de soins erroné (adultes) avait été indiqué par les hôpitaux participants dans le programme de saisie. En raison d'une récolte de données incomplète, ces cas ont malheureusement dû être exclus de l'analyse. Quelques cas (n = 4) ont également dû être exclus lors de différentes analyses pour des raisons de plausibilité. Dans les tableaux et les graphiques, les totaux des pourcentages ne donnent pas toujours exactement 100 %. Il s'agit de différences minimales apparaissant lorsque les nombres sont arrondis.

3.1 Hôpitaux participants

Au total, 35 hôpitaux et sites hospitaliers ont participé à la deuxième mesure nationale de la prévalence escarres enfants.

Le jour de la mesure, 948 enfants et adolescent-e-s de 0 à 16 ans étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux participants, dont 779 (taux de participation = 82,2 %) ont participé à la mesure. Avec 80,2 % (hôpitaux universitaires/pédiatriques) et 85,2 % (hôpitaux centraux/soins de base), la participation dans les deux groupes de comparaison était relativement équilibrée.

Les raisons de la non-participation étaient complexes. La catégorie de réponse « Autre raison » (36,7 %) a été la plus fréquemment indiquée. Le refus de participer (37,3 %) était la deuxième raison la plus fréquente dans tous les types d'hôpitaux (voir tableau 2). La catégorie « non accessible » signifie que les patient-e-s étaient absent-e-s au moment de la mesure, p. ex. en raison d'un examen.

12 hôpitaux et sites hospitaliers (taux de participation de 34,3 %) ont participé à l'enquête facultative de la BFH sur la non-participation. Les données des personnes participantes (LPZ = 799) et non participantes (LPZ, n = 169 ; BFH, n = 101) ne présentent que de légères différences en termes de groupes

d'âge, de sexe, de raison de la non-participation et de type d'unité de soins.

Ainsi, la part des enfants de moins d'un an était un peu plus importante chez les participants que chez les non-participants (LPZ, 52 %, BFH, 41,6 %).

Pour 21 enfants/adolescent-e-s, l'enquête de la BFH a permis de connaître un peu plus précisément le motif de refus. Pour neuf d'entre eux, la non-accessibilité des parents était indiquée comme raison du refus, pour six d'entre eux, il s'agissait d'une question de langue, et pour cinq autres, le refus venait des parents. Un enfant est sorti au moment de la mesure.

Des informations plus détaillées sont fournies en annexe dans le tableau 18.

Tableau 2: hôpitaux, enfants et adolescent-e-s participant-e-s et motifs de non-participation

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux
	n (%)	n (%)	n (%)
Sites/groupes hospitaliers			
2014	7 (20.0)	28 (80.0)	35 (100)
2013	6 (17.1)	29 (82.9)	35 (100)
Enfants et adolescents			
2014	577 (60.9)	371 (39.1)	948 (100)
2013	533 (61.1)	339 (31.9)	872 (100)
Participation			
2014	463 (80.2)	316 (85.2)	779 (82.2)
2013	452 (84.8)	278 (82.0)	730 (83.7)
Raisons de non-participation			
	n (%)	n (%)	n (%)
Refus de participer			
2014	36 (31.6)	27 (49.1)	63 (37.3)
2013	44 (54.3)	27 (44.3)	71 (50.0)
Non accessible			
2014	26 (22.8)	3 (5.5)	29 (17.2)
2013	14 (17.3)	10 (16.4)	24 (16.9)
État cognitif trop mauvais			
2014	0 (0.0)	1 (1.8)	1 (0.6)
2013	3 (3.7)	0 (0.0)	3 (2.1)
État comateux ou état critique			
2014	10 (8.8)	4 (7.3)	14 (8.3)
2013	4 (4.9)	2 (3.3)	6 (4.2)
Phase terminale			
2014	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2013	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (0.7)
Autre raison			
2014	42 (36.8)	20 (36.4)	62 (36.7)
2013	15 (18.5)	22 (36.1)	37 (26.1)

Le tableau 3 montre combien d'hôpitaux, par groupe de comparaison et par canton, et combien d'enfants et d'adolescent-e-s par canton ont participé à la mesure. Le taux de participation moyen pour tous les cantons s'élève à 82,2 %. Les taux de participation étaient élevés dans chaque canton, avec des valeurs se situant entre 80,8 % et 100 %. Les exceptions étaient le canton de Fribourg (71,4 %), Zu-

rich (74,1 %), Neuchâtel (69,2 %) et Thurgovie (61,9 %), où la participation à la mesure était, en comparaison, nettement plus faible. Cependant, mis à part le canton de Zurich, les nombres de cas dans tous ces cantons étaient également bas.

Tableau 3 : hôpitaux, enfants et adolescent-e-s participant-e-s par canton

Canton	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux	Nombre des patient-e-s hospitalisé-e-s	Participation des patient-e-s %
AG					
2014	0	2	2	60	86.7
2013	0	2	2	39	86.7
BE					
2014	1	1	2	105	86.7
2013	1	3	4	117	92.3
BL					
2014	0	1	1	1	100
2013	-	-	-	-	-
BS					
2014	1	0	1	76	84.2
2013	1	0	1	47	85.1
FR					
2014	0	1	1	7	71.4
2013	0	1	1	17	82.4
GE					
2014	1	2	3	90	88.9
2013	1	1	2	99	83.8
GR					
2014	0	1	1	24	83.3
2013	0	1	1	21	90.5
JU					
2014	0	1	1	4	100
2013	0	1	1	1	100
LU					
2014	0	1	1	80	91.3
2013	0	1	1	75	80.0
NE					
2014	0	1	1	13	69.2
2013	0	1	1	14	85.7
SG					
2014	1	0	1	48	85.4
2013	1	0	1	49	95.9
TG					
2014	0	1	1	21	61.9
2013	0	1	1	19	47.4
TI					
2014	0	4	4	26	80.8
2013	0	4	4	18	61.1
VD					
2014	1	6	7	126	82.5
2013	1	6	7	135	83.7

Canton	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux	Nombre des patient-e-s hospitalisé-e-s	Participation des patient-e-s %
VS					
2014	0	2	2	12	100
2013	0	2	2	10	90.0
ZH					
2014	2	4	6	255	74.1
2013	1	5	6	205	80.5
Total					
2014	7	28	35	948	82.2
2013	6	29	35	872	83.7
Total %					
2014	20.0	80.0	100	100	82.2
2013	16.3	83.7	100	100	83.7

Si le taux de participation est analysé au niveau des hôpitaux, la fourchette de ces taux se situe entre 61,9 % et 100 %. Les taux de participation de chaque hôpital et clinique participant-e figurent en annexe (voir

tableau 33).

Le tableau 4 indique combien d'unités de soins par groupe de comparaison ont participé à la mesure. De plus, il permet de voir la part d'enfants et d'adolescent-e-s participant-e-s par type d'unité de soins. Au total, 106 unités de soins ont participé à la mesure. Les unités de soins les plus représentées étaient les unités générales de soins pédiatriques (interdisciplinaires) avec 31 unités (29,2 %), suivies des unités de soins de néonatalogie avec 27 unités (25,5 %).

Tableau 4 : types d'unités de soins selon le type d'hôpital

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux
Type d'unité de soins	n (%)	n (%)	n (%)
Chirurgie pédiatrique n unités de soins n patient-e-s	12 (20.7) 108 (23.3)	3 (6.3) 28 (9.0)	15 (14.2) 136 (17.5)
Médecine pédiatrique n unités de soins n patient-e-s	16 (27.6) 115 (24.8)	3 (6.3) 23 (7.4)	19 (17.9) 138 (17.8)
Unité générale de soins pédiatrique (interdisciplinaire) n unités de soins n patient-e-s	7 (12.1) 55 (11.9)	24 (50.0) 159 (51.0)	31 (29.2) 214 (27.6)
Soins intensifs en pédiatrie n unités de soins n patient-e-s	8 (13.8) 44 (9.5)	2 (4.2) 8 (2.6)	10 (9.4) 52 (6.7)
Soins continus en pédiatrie n unités de soins n patient-e-s	2 (3.4) 12 (2.6)	2 (4.2) 11 (3.5)	4 (3.8) 23 (3.0)
Néonatalogie n unités de soins n patient-e-s	13 (22.4) 129 (27.9)	14 (29.2) 83 (26.6)	27 (25.5) 212 (27.4)
Total n unités de soins n patient-e-s	58 (100) 463 (100)	48 (100) 312 (100)	106 (100) 775* (100)

*Le type d'unité de soins n'a pas été pris en compte pour 4 cas non plausibles.

3.2 Enfants et adolescent-e-s participant-e-s

Parmi les enfants et adolescent-e-s hospitalisé-e-s le jour de la mesure, 82,2 % (n =779) y ont participé. Les caractéristiques de cet échantillon vont à présent être décrites en termes d'âge, de durée d'hospitalisation jusqu'au jour de la mesure, d'intervention chirurgicale et de présence d'installations médicales.

3.2.1 Caractéristiques des participant-e-s

Parmi les participant-e-s à la mesure, les garçons représentaient 57,3 % et les filles 42,7 %. La répartition des sexes ne montre que de faibles différences au sein des deux groupes de comparaison.

Les enfants et adolescent-e-s participant-e-s (de 0 à 16 ans) avaient un âge moyen de 3,7 ans avec une valeur médiane de 10,0 mois. L'échantillon présente donc une distribution asymétrique, dans laquelle la moitié au moins des participant-e-s est âgée- de moins d'un an. Au sein du groupe d'âge 0 – 1 an,

l'âge moyen était de 1,7 mois avec un écart-type de 2,8 mois. La médiane au sein de ce sous-groupe est inférieure à un mois.

Lorsque l'on oppose les groupes d'âge au sein des groupes de comparaison, seules des différences minimales sont détectables. Le groupe d'âge de moins d'un an représente la majorité, à la fois dans l'échantillon global et dans les groupes de comparaison.

Il est visible à la lecture du tableau 5 que le groupe de participant-e-s le plus important était hospitalisé en néonatalogie pour les hôpitaux universitaires/pédiatriques et en médecine pédiatrique pour le groupe hôpitaux centraux/soins de base.

Tableau 5 : totaux par groupe d'âge des enfants et adolescent-e-s et répartition par type d'unité de soins*

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques				Hôpitaux centraux/ soins de base				Total hôpitaux			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Groupes d'âge	≤1 an	> 1-4 ans	> 4-8 ans	>8-16 ans	≤1 an	> 1-4 ans	>4-8 ans	>8-16 ans	≤1 an	> 1-4 ans	>4-8 ans	>8-16 ans
Total	241 (52.1)	63 (13.6)	46 (9.9)	113 (24.4)	164 (51.9)	44 (13.9)	32 (10.1)	76 (24.1)	405 (52.3)	106 (13.7)	77 (9.9)	187 (24.1)
Groupes d'âge par type d'unité	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Chirurgie pédiatrique	18 (3.9)	24 (5.2)	15 (3.2)	51 (11.0)	10 (3.2)	6 (1.9)	6 (1.9)	6 (1.9)	28 (3.6)	30 (3.9)	21 (2.7)	57 (7.4)
Médecine pédiatrique	38 (8.2)	25 (5.4)	13 (2.8)	39 (8.4)	10 (3.2)	1 (0.3)	1 (0.3)	11 (3.5)	48 (6.2)	26 (3.4)	14 (1.8)	50 (6.5)
Unité générale de soins pédiatrique (interdisciplinaire)	17 (3.7)	6 (1.3)	11 (2.4)	21 (4.5)	44 (14.1)	35 (11.2)	24 (7.7)	56 (17.9)	61 (7.9)	41 (5.3)	35 (4.5)	77 (9.9)
Soins intensifs en pédiatrie	33 (7.1)	5 (1.1)	6 (1.3)	0 (0.0)	7 (2.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	40 (5.2)	5 (0.6)	6 (0.8)	1 (0.1)
Soins continus en pédiatrie	6 (1.3)	3 (0.6)	1 (0.2)	2 (0.4)	10 (3.2)	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (2.1)	4 (0.5)	1 (0.1)	2 (0.3)
Néonatalogie	129 (27.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	83 (26.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	212 (27.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

*Le type d'unité de soins n'a pas été pris en compte pour 4 cas non plausibles.

La durée d'hospitalisation indiquée a été contrôlée au cours de la phase d'ajustement des données par la BFH pour détecter les réponses non plausibles. Si une durée d'hospitalisation supérieure à 200 jours était indiquée, il était demandé aux coordinatrices ou aux coordinateurs des hôpitaux de contrôler, et le cas échéant, d'apurer les données.

La durée de l'hospitalisation jusqu'au moment de la mesure était mentionnée pour tous/toutes les participant-e-s. La médiane est de 6 jours. La durée moyenne de l'hospitalisation est de 19,5 jours, avec un minimum de 0 jour et un maximum de 400. L'écart type est de +/- 41,1 jours.

La plupart des enfants étaient hospitalisés depuis 7 jours ou moins au moment de la mesure. Dans le groupe hôpitaux universitaires/pédiatriques, une durée d'hospitalisation se situant entre 8 et 14 jours a été indiquée dans 14,9 % des cas (n = 69) jusqu'au moment de la mesure. Dans le groupe des hôpitaux centraux/soins de base, cela concernait 11,1 % des cas.

Au vu de la forte asymétrie observée dans la répartition de la durée d'hospitalisation des enfants et adolescent-e-s, une analyse complémentaire relative aux valeurs aberrantes a été réalisée. Pour ce faire, en application de la formule : « 0,75 quartile + (1,5*TIQ) », toutes les données dépassant cette

marque étaient retirées. Une fois ces valeurs extrêmes éliminées, la durée moyenne d'hospitalisation était de 9,1 jours et la médiane de 5 jours, avec une durée minimale de 0 et une durée maximale de 44 jours sur un échantillon de n = 698.

20,8 % des enfants et adolescent-e-s participant-e-s (n = 779) avaient subi une intervention chirurgicale dans les deux dernières semaines précédant la mesure. Dans le groupe des hôpitaux universitaires/pédiatriques, proportionnellement plus d'enfants étaient opérés que dans le groupe des hôpitaux centraux/soins de base (26,1 % contre 13,0 %). Chez 81,4 % des enfants et adolescent-e-s au total, il a été indiqué que des installations médicales étaient présentes (voir tableau 6). D'après le dossier d'informations/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.

Tableau 6 : installations médicales

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpital
Total	463 (100)	316 (100)	779 (100)
Installations médicales*	n (%)	n (%)	n (%)
Oui	392 (84.7)	242 (76.6)	634 (81.4)
Non	71 (15.3)	74 (23.4)	145 (18.6)
Nombre d'installations médicales	n (%)	n (%)	n (%)
1	132 (33.7)	100 (41.3)	232 (36.6)
2 - 3	158 (40.3)	105 (43.4)	263 (41.5)
≥ 4	102 (26.0)	37 (15.3)	139 (21.9)

Pour 157 des 162 enfants opérés (96,9 %), des données concernant la durée de l'opération ont pu être recueillies. La durée moyenne des opérations effectuées était de 137,6 minutes (minimum 9 minutes et maximum 592,0 minutes, avec un écart-type de +/- 112,3 minutes).

Au total, 178 (22,3 %) enfants et adolescent-e-s ont subi une anesthésie ; la durée d'anesthésie était indiquée pour tous. En moyenne, celles-ci avaient duré 1 213,3 minutes (minimum 12 minutes et maximum 61 320 minutes, avec un écart-type de +/- 5 873,2 minutes). En s'appuyant sur la médiane de 150 minutes, on peut constater que la moitié des anesthésies étaient nettement plus courtes que la moyenne. Les données relatives à la durée d'anesthésie incluent à la fois celles utilisées dans le cadre d'une opération et celles utilisées dans le cadre d'un examen. Tous les types d'anesthésies ont été inclus. Pour les enfants encore sous anesthésie, la durée jusqu'au moment de la mesure a été indiquée.

Au vu de la forte asymétrie observée dans la répartition de la durée d'anesthésie des enfants et adolescent-e-s, une analyse complémentaire relative aux valeurs aberrantes a été réalisée selon la formule « 0,75 quartile + (1,5*TIQ) ». Une fois les valeurs extrêmes éliminées, la durée moyenne d'anesthésie était de 116,3 minutes et la médiane de 143 minutes, avec une durée minimale de 12 et une durée maximale de 553 minutes sur un échantillon de n = 163. L'écart-type était de +/- 113,2 minutes.

Le tableau 7 liste les diagnostics médicaux indiqués comme pertinents chez les enfants et adolescent-e-s dans les deux groupes de comparaison. Plusieurs réponses étaient possibles. Depuis 2013, les catégories principales de la CIM sont utilisées dans les questionnaires LPZ. Les catégories CIM « Certaines

affections dont l'origine se situe dans la période périnatale » et « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » sont inclus depuis la mesure 2014 dans les listes de diagnostics LPZ.

Au premier plan, et aux côtés de la catégorie « Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale » (28,0 %), on trouve les catégories « Maladies de l'appareil respiratoire » (19,8 %) ainsi que « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (10,0 %). On remarque que les diagnostics sont répartis de façon très hétérogène au sein des groupes de comparaison. Par exemple, le diagnostic « Grossesse, accouchement et puerpéralité » apparaît uniquement dans le groupe Hôpitaux centraux/soins de base. Les « Maladies de l'appareil circulatoire » sont plus fréquentes dans le groupe Hôpitaux universitaires/pédiatriques. En moyenne, 1,4 diagnostic a été indiqué par participant-e.

Tableau 7 : diagnostics médicaux par groupe de comparaison

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux
Diagnostiques médicaux *	n (%)	n (%)	n (%)
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	119 (25.7)	99 (31.3)	218 (28.0)
Maladies de l'appareil respiratoire	86 (18.6)	68 (21.5)	154 (19.8)
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	48 (10.4)	30 (9.5)	78 (10.0)
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	59 (12.7)	15 (4.7)	74 (9.5)
Maladies de l'appareil digestif	50 (10.8)	23 (7.3)	73 (9.4)
Maladies infectieuses et parasitaires	33 (7.1)	26 (8.2)	59 (7.6)
Lésions traumatiques et autres conséquences de causes externes	33 (7.1)	22 (7.0)	55 (7.1)
Maladies de l'appareil circulatoire	42 (9.1)	2 (0.6)	44 (5.6)
Maladies du système nerveux	37 (8.0)	7 (2.2)	44 (5.6)
Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	32 (6.9)	8 (2.5)	40 (5.1)
Maladies de l'appareil génito-urinaire	17 (3.7)	16 (5.1)	33 (4.2)
Troubles mentaux et du comportement	10 (2.2)	18 (5.7)	28 (3.6)
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	23 (5.0)	5 (1.6)	28 (3.6)
Grossesse, accouchement et puerpéralité	0 (0.0)	20 (6.3)	20 (2.6)
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (Diabète mellitus exclu)	15 (3.2)	4 (1.3)	19 (2.4)

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux
Diagnostiques médicaux *	n (%)	n (%)	n (%)
Tumeurs	13 (2.8)	5 (1.6)	18 (2.3)
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	11 (2.4)	5 (1.6)	16 (2.1)
Symptômes, signes et résul- tats anormaux d'examen- s cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	8 (1.7)	7 (2.2)	15 (1.9)
Causes externes de morbi- dité	11 (2.4)	0 (0.0)	11 (1.4)
Diabète mellitus	5 (1.1)	3 (0.9)	8 (1.0)
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	2 (0.4)	5 (1.6)	7 (0.9)
Maladies de l'œil et de ses annexes	4 (0.9)	1 (0.3)	5 (0.6)
Overdoses, abus/dépen- dance des/aux psychotropes	0 (0.0)	5 (1.6)	5 (0.6)
Lésions médullaires/paraplé- gie	1 (0.2)	1 (0.3)	2 (0.3)
AVC/hémiplégie	2 (0.4)	0 (0.0)	2 (0.3)
Nombre de diagnostics (moyenne) par enfant	1.4	1.3	1.4
Total enfants	463 (100)	316 (100)	779 (100)

*Plusieurs mentions

Le tableau 19 (voir en annexe) présente l'IMC des enfants et adolescent-e-s participant-e-s avec es-
carre par groupe de comparaison. Au sein des catégories d'âge, l'IMC est distribué de façon similaire
entre les catégories de comparaison. La valeur moyenne et la médiane ne montrent que de faibles dif-
férences. Cette observation va dans le sens d'une distribution plutôt symétrique des données.

3.3 Résultats pour l'indicateur « Escarres »

Ce chapitre décrit les résultats de l'indicateur Escarres ainsi que les caractéristiques des enfants et adolescent-e-s participant-e-s avec escarre et escarre nosocomiale. La prévalence des escarres est rendue sous forme de prévalence globale, prévalence nosocomiale ainsi que prévalence des participant-e-s à risque. De plus, la prévalence pour les enfants disposant d'installations médicales a été calculée. À la fin du chapitre, les résultats des caractéristiques des escarres (catégorie, localisation, etc.), les mesures préventives, le traitement ainsi que les indicateurs de structure des escarres sont représentés.

3.3.1 Caractéristiques des patient-e-s souffrant d'escarres

Dans l'ensemble, des escarres de catégorie 1 – 4 ont été constatées chez 112 (14,4 %) des 779 participant-e-s. Le tableau 8 présente les caractéristiques des enfants et adolescent-e-s concerné-e-s des deux groupes de comparaison. Environ autant de garçons que de filles sont concernés. L'âge moyen des enfants présentant des escarres est de 2,6 ans. On peut y voir que 63,4 % des enfants ayant contracté une escarre sont âgés d'un an et moins. Parmi les enfants concernés présentant une escarre, un tiers avait subi une anesthésie dans les deux semaines précédant la mesure et un quart avait été opéré dans le même intervalle.

De plus, des installations médicales étaient présentes pour 92,9 % des enfants et adolescent-e-s présentant des escarres. Là aussi, les enfants jusqu'à un an sont plus souvent concernés. Parmi les participant-e-s du groupe de comparaison Hôpitaux universitaires/pédiatriques pour lesquels la présence d'installations médicales avait été signalée, ces dernières étaient en moyenne plus nombreuses (2,3 par enfant) que dans le groupe de comparaison Hôpitaux centraux/soins de base (1,6 par enfant).

35 enfants et adolescent-e-s présentant des escarres de catégorie 1 – 4 avaient subi une anesthésie dans les 4 semaines précédentes. La durée moyenne des anesthésies était de 4 777,9 minutes pour tous les hôpitaux, avec une médiane située à 236 minutes.

Au vu de la forte asymétrie observée dans la durée d'anesthésie des enfants et adolescent-e-s, une analyse complémentaire relative aux valeurs aberrantes a été réalisée. Pour ce faire, en application de la formule : « 0,75 quartile + (1,5*TIQ) », toutes les données dépassant cette marque étaient exclues. Une fois ces valeurs extrêmes éliminées, la durée moyenne d'anesthésie était de 213,4 minutes et la médiane de 210 minutes, avec une durée minimale de 12 et une durée maximale de 500 minutes sur un échantillon de $n = 27$.

Tableau 8 : description de tous les enfants et adolescent-e-s avec une escarre de catégorie 1 – 4 selon le type d'hôpital

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques (n=463)	Hôpitaux centraux/ soins de base (n=316)	Total hôpitaux (n=779)
Nombre des affecté-e-s	n (%)	n (%)	n (%)
Total avec escarre	88 (19.0)	24 (7.6)	112 (14.4)
Enfants et adolescent-e-s avec escarre	n (%)	n (%)	n (%)
Sexe féminin	38 (43.2)	11 (45.8)	49 (43.8)
Âge moyen (SD)	2.5 (4.1)	3.0 (5.3)	2.6 (4.4)
Médiane	2 mois	1 mois	2 mois
Par groupe d'âge	n (%)	n (%)	n (%)
≤1 an	55 (62.5)	16 (66.7)	71 (63.4)
>1-4 ans	10 (11.4)	3 (12.5)	13 (11.6)
>4-8 ans	12 (13.6)	0 (0.0)	12 (10.7)
>8-16 ans	11 (12.5)	5 (20.8)	16 (14.3)
Intervention chirurgicale dans les dernières 2 semaines (oui)	28 (31.8)	4 (16.7)	32 (28.6)
Anesthésie dans les dernières 2 semaines	32 (36.4)	3 (12.5)	35 (31.3)
Durée moyenne de l'anesthésie en minutes (SD)	5204.3 (13120.1)	230.3 (101.7)	4777.9 (12607.4)
Médiane de la durée de l'anesthésie	238.0	195.0	236.0
Risque d'escarre selon éva- luation clinique subjective (oui)	74 (84.1)	16 (66.7)	90 (80.4)
Nombre total des installa- tions médicales (oui)	82 (93.2)	22 (91.7)	104 (92.9)
Moyenne installations médi- cales (SD)	2.3 (0.8)	1.6 (0.7)	2.2 (0.8)
Nombre des installations médicales (oui) par groupe d'âge	n (%)	n (%)	n (%)
≤1 an	51 (62.2)	16 (72.7)	67 (64.4)
2-4 ans	8 (9.8)	3 (13.6)	11 (10.6)
5-8 ans	12 (14.6)	0 (0.0)	12 (11.5)
9-16 ans	11 (13.4)	3 (13.6)	14 (13.5)

3.3.2 Risque d'escarre

Le tableau 9 illustre la répartition du risque d'escarre pour les participant-e-s par groupes de comparaison et selon l'échelle de Braden. Comme l'évaluation du risque d'escarres a été réalisée à l'aide de l'échelle de Braden, une échelle conçue pour les adultes, l'échelle de risque se présente de la même manière que pour les adultes : plus le résultat global est bas, plus le risque est élevé. Les enfants et adolescent-e-s sont réparti-e-s dans trois groupes : enfants à risque élevé (échelle de Braden : < 15 points), à risque faible (échelle de Braden : 15 – 20 points) et enfants qui ne présentent aucun risque (échelle de Braden : > 20 points).

Dans l'ensemble, dans les deux groupes de comparaison, près de 60 % des enfants et adolescent-e-s ne présentent pas de risque d'escarre selon l'échelle de Braden. La part d'enfants présentant un risque faible est presque deux fois plus grande dans le groupe des hôpitaux universitaires/pédiatriques que dans les hôpitaux centraux/soins de base. Chez les enfants et adolescent-e-s présentant un risque élevé, il n'existe pas de différence entre les groupes.

La partie inférieure du tableau 9 indique l'évaluation du risque d'escarre par groupe d'âge. Le risque se répartit de façon hétérogène dans les différents groupes d'âge et les groupes de comparaison.

Tableau 9 : risque d'escarre par catégorie de risque de l'échelle de Braden pour tous les enfants et adolescent-e-s

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques (n=463)				Hôpitaux centraux/ soins de base (n=316)				Total hôpitaux (n=779)			
Groupe de risque	n (%)				n (%)				n (%)			
Risque élevé	37 (8.0)				22 (7.0)				59 (7.6)			
Risque faible	186 (40.2)				82 (25.9)				268 (34.4)			
Pas de risque	240 (51.8)				212 (67.1)				452 (58.0)			
Risque d'escarre par groupe d'âge	≤1 an	>1-4 ans	>4-8 ans	>8-16 ans	≤1 an	>1-4 ans	>4-8 ans	>8-16 ans	≤1 an	>1-4 ans	>4-8 ans	>8-16 ans
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Risque élevé	12 (5.0)	5 (7.9)	8 (17.4)	12 (10.6)	17 (10.4)	1 (2.3)	2 (6.3)	2 (2.6)	29 (7.2)	6 (5.6)	10 (12.8)	14 (7.4)
Risque faible	111 (46.1)	26 (41.3)	17 (37.0)	32 (28.3)	51 (31.1)	14 (31.8)	4 (12.5)	13 (17.1)	162 (40.0)	40 (37.4)	21 (26.9)	45 (23.8)
Pas de risque	118 (49.0)	32 (50.8)	21 (45.7)	69 (61.1)	96 (58.5)	29 (65.9)	26 (81.3)	61 (80.3)	214 (52.8)	61 (57.0)	47 (60.3)	130 (68.8)
Total	241 (100)	63 (100)	46 (100)	113 (100)	164 (100)	44 (100)	32 (100)	76 (100)	405 (100)	107 (100)	78 (100)	189 (100)

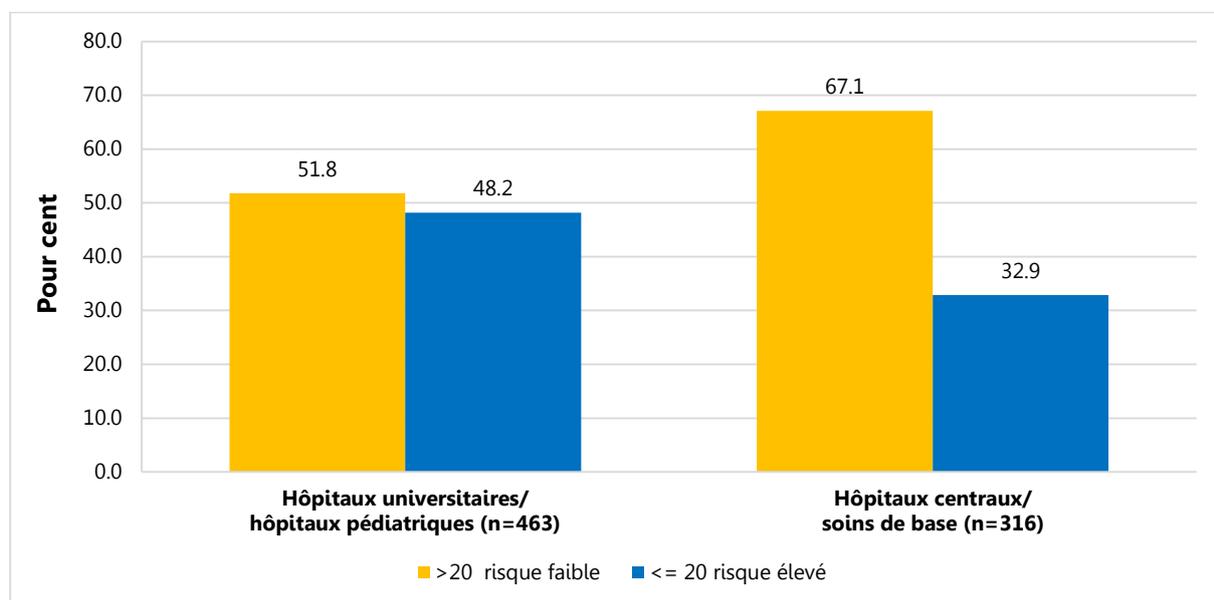
De plus, les infirmiers/ères de l'équipe de mesure ont évalué, par le biais d'une évaluation clinique subjective, si l'enfant ou l'adolescent-e, indépendamment de l'évaluation objective avec l'échelle de Braden, avait été évalué comme présentant un risque d'escarre (tableau 10). Dans l'ensemble, un peu plus de la moitié des enfants et adolescent-e-s ont été évalués comme présentant un risque subjectif par l'équipe de mesure. Ici aussi, il s'avère que sur tous les types d'hôpitaux, les enfants jusqu'à un an sont considérés comme présentant un risque.

Tableau 10 : risque d'escarre d'après l'évaluation subjective de l'infirmier-ère

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques (n=463)	Hôpitaux centraux/ soins de base (n=316)	Total hôpital (n=779)
Risque d'escarre selon évaluation clinique subjective	n (%)	n (%)	n (%)
oui	269 (58.1)	140 (44.3)	409 (52.5)
Risque d'escarre par groupes d'âge (oui)	n (%)	n (%)	n (%)
≤1 an	158 (58.7)	109 (77.9)	267 (65.3)
>1-4 ans	28 (10.4)	14 (10.0)	42 (10.3)
>4-8 ans	30 (11.2)	5 (3.6)	35 (8.6)
>8-16 ans	53 (19.7)	12 (8.6)	65 (15.9)

Le risque d'escarre estimé sur la base de l'échelle de Braden présente une fourchette de 8 à 23 points. La figure 1 indique le risque d'escarre selon la répartition LPZ pour les groupes de comparaison. Les enfants et adolescent-e-s ont été divisé-e-s en deux groupes selon le résultat total obtenu sur l'échelle de Braden. LPZ définit un score Braden ≤ 20 en tant que risque élevé d'escarre et un score > 20 en tant que risque faible d'escarre (Halfens, Van Achterberg, & Bal, 2000). D'après cette répartition, une grande majorité des participant-e-s du groupe Hôpitaux universitaires/pédiatriques présentait un risque élevé. Dans le groupe de comparaison des hôpitaux centraux/soins de base, ce degré de risque concernait 32,9 % des enfants et adolescent-e-s.

Figure 1 : risque d'escarre selon la répartition LPZ pour tous les enfants et adolescent-e-s



Le tableau 11 présente les différentes formes de prévalence, les valeurs totales des types de prévalence par groupe de comparaison figurant dans la partie supérieure du tableau. Les formes de prévalence sont représentées par groupe d'âge dans la deuxième partie du tableau.

La prévalence globale des escarres de catégorie 1 – 4 est de 14,4 %, tandis que la prévalence des escarres nosocomiales de catégorie 1 – 4 est de 13,5 %. Si les escarres de catégorie 1 sont exclues des calculs, les taux de prévalence chutent considérablement. La prévalence globale est alors de 3,2 % et la prévalence des escarres nosocomiales de 3,0 %.

Chez les enfants et adolescent-e-s présentant un risque d'escarre selon l'échelle de Braden, la prévalence globale est de 23,5 % (catégorie 1 – 4), la prévalence nosocomiale de catégorie 1 – 4 est de 22,9 %. Pour les enfants et adolescent-e-s chez qui des installations médicales étaient indiquées, la prévalence globale est de 16,4 % (catégorie 1 – 4) et la prévalence nosocomiale est de 15,8 %.

Dans l'ensemble, les chiffres de la prévalence dans le groupe des hôpitaux universitaires/pédiatriques sont nettement plus élevés que dans le groupe des hôpitaux centraux/soins de base pour tous les types de prévalence représentés.

Dans l'évaluation par groupe d'âge de tous les enfants et adolescent-e-s, les taux de prévalence incluant les escarres de catégorie 1 les plus élevés se retrouvent dans le groupe des enfants d'un an ou moins et dans celui des 5 à 8 ans. Une sous-analyse des enfants de moins d'un an a montré que la moitié des nourrissons concernés ont jusqu'à un mois (prévalence globale et nosocomiale de catégorie 1 – 4). Pour la catégorie 2 – 4 aussi (prévalence globale et nosocomiale), la part des nourrissons jusqu'à un mois est de 50 %.

Dans le groupe des patient-e-s à risque, les taux de prévalence sont également plus élevés dans les autres groupes d'âge, en particulier dans le groupe des hôpitaux universitaires/pédiatriques. Pour les types de prévalence excluant les escarres de catégorie 1, les taux de prévalence sont plus hétérogènes sur tous les groupes d'âge. Les taux de prévalence chez les enfants et adolescent-e-s avec installations médicales sont également distribués de façon hétérogène. Les taux les plus élevés se retrouvent ici dans les groupes d'âge des enfants de moins de un an et de cinq à huit ans.

Tableau 11 : différents types de prévalence des escarres

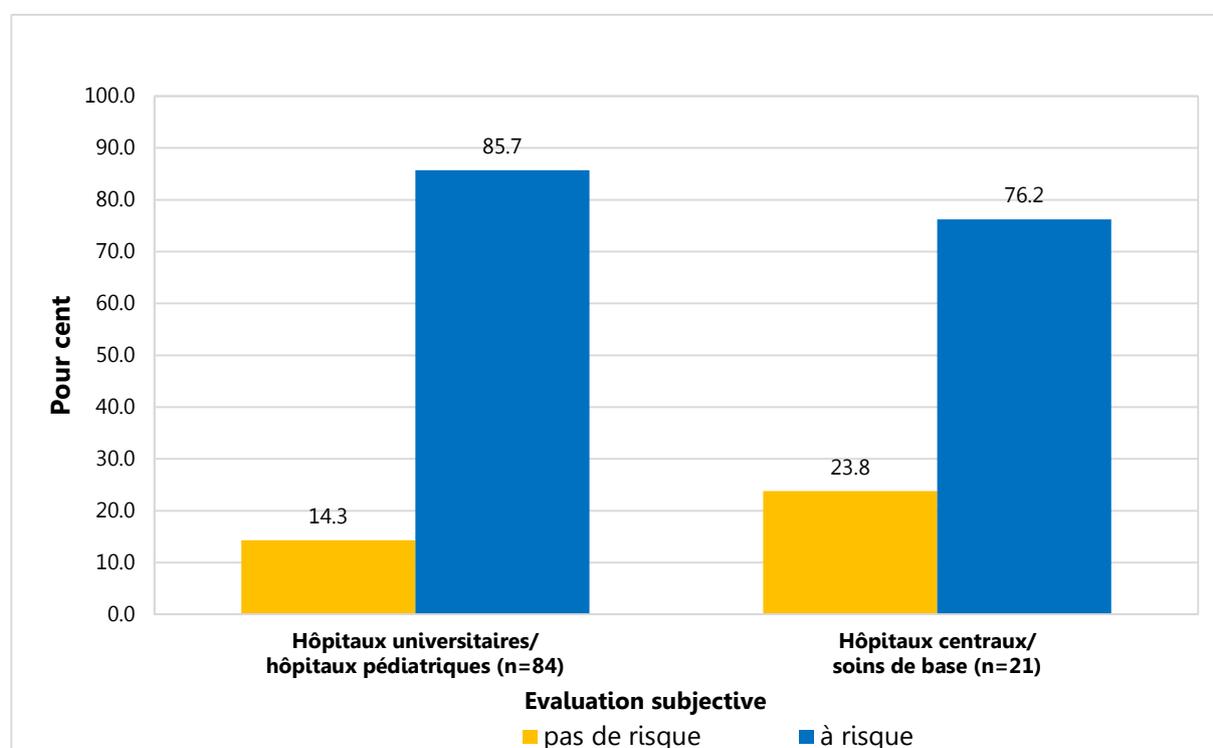
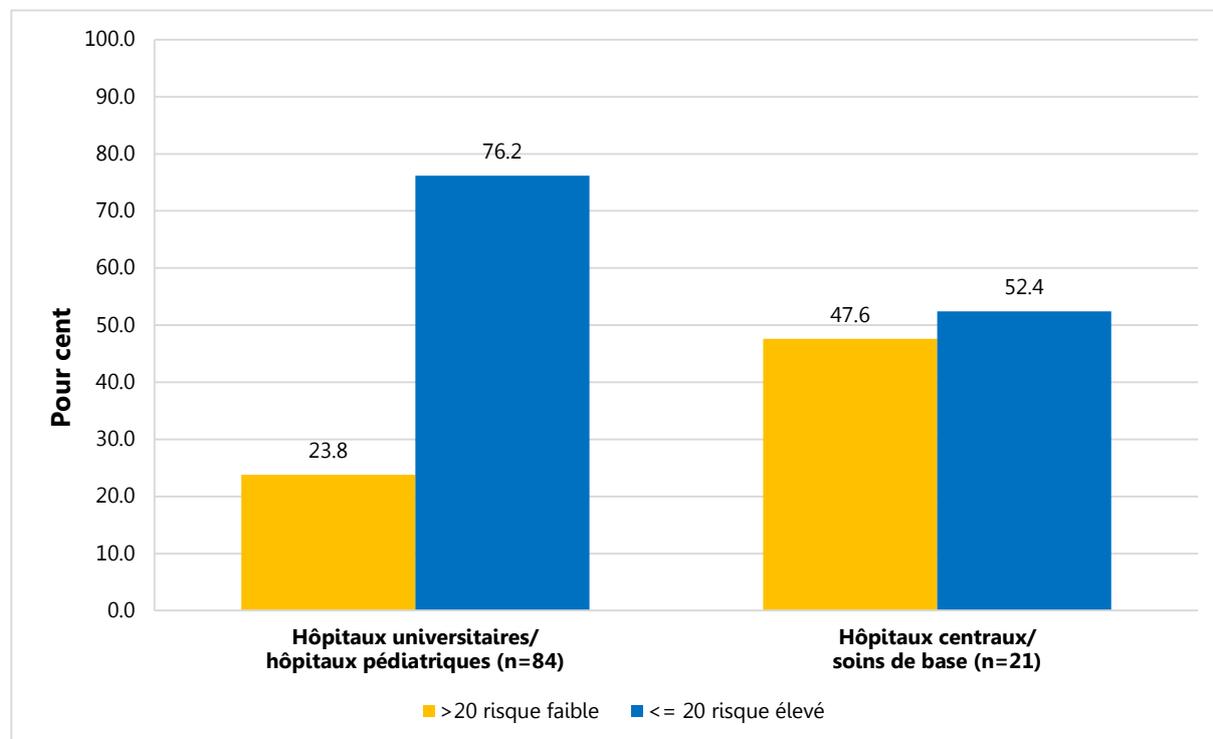
	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques (n=463)	Hôpitaux centraux/ soins de base (n=316)	Total hôpitaux (n=779)
Type de prévalence	n (%)	n (%)	n (%)
Prévalence totale 2014 2013	88 (19.0) 93 (20.6)	24 (7.6) 27 (9.7)	112 (14.4) 120 (16.4)
Prévalence catégorie 2 – 4 2014 2013	20 (4.3) 21 (4.6)	5 (1.6) 1 (0.4)	25 (3.2) 22 (3.0)
Prévalence nosocomiale catégories 1 – 4 2014 2013	84 (18.1) 85 (18.8)	21 (6.6) 25 (9.0)	105 (13.5) 110 (15.1)
Prévalence nosocomiale catégorie 2 – 4 2014 2013	19 (4.1) 17 (3.8)	4 (1.3) 1 (0.4)	23 (3.0) 18 (2.5)
Prévalence totale pour enfants à risque des escarres* (n=327) catégories 1 – 4 2014 2013	66 (29.6) 51 (27.4)	11 (10.6) 15 (13.2)	77 (23.5) 66 (22.0)
Prévalence enfants à risque* (n=327) catégorie 2 – 4 2014 2013	16 (7.2) 14 (7.5)	1 (1.0) 1 (0.9)	17 (5.2) 15 (5.0)
Prévalence nosocomiale enfants à risque* (n=327) catégorie 1 – 4 2014 2013	64 (28.7) 43 (23.1)	11 (10.6) 14 (12.3)	75 (22.9) 57 (19.0)
Prévalence nosocomiale enfants à risque* (n=327) catégorie 2 – 4 2014 2013	15 (6.7) 10 (5.4)	1 (1.0) 1 (0.9)	16 (4.9) 11 (3.7)
Prévalence totale (n=634) catégorie 1 – 4 Installations médicales (oui) 2014 2013	82 (20.9) 86 (24.3)	22 (9.1) 23 (11.0)	104 (16.4) 109 (19.3)
Prévalence nosocomiale (n=634) catégorie 1 – 4 Installations médicales (oui) 2014 2013	79 (20.2) 78 (22.0)	21 (8.7) 21 (10.0)	100 (15.8) 99 (17.6)
Prévalence nosocomiale catégorie 1 – 4 Evaluation subjective (oui) (n=409) 2014 2013	72 (26.8) 77 (28.4)	16 (11.4) 18 (15.5)	88 (21.5) 95 (24.5)

Prévalence par groupes d'âge	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques (n=463)				Hôpitaux centraux/ soins de base (n=316)				Total hôpitaux (n=779)			
	≤1 an	>1-4 ans	> 4-8 ans	>8-16 ans	≤1 an	>1-4 ans	>4-8 ans	>8-16 ans	≤1 an	>1-4 ans	>4-8 ans	>8-16 ans
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Prévalence totale	55 (22.8)	10 (15.9)	12 (26.1)	11 (9.7)	16 (9.8)	3 (6.8)	0 (0.0)	5 (6.6)	71 (17.5)	13 (12.1)	12 (15.4)	16 (8.5)
Prévalence catégorie 2 – 4	12 (5.0)	1 (1.6)	3 (6.5)	4 (3.5)	2 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (3.9)	14 (3.5)	1 (0.9)	3 (3.8)	7 (3.7)
Prévalence nosocomiale catégories 1 – 4	55 (22.8)	8 (12.7)	11 (23.9)	10 (8.8)	16 (9.8)	2 (4.5)	0 (0.0)	3 (3.9)	71 (17.5)	10 (9.3)	11 (14.1)	13 (6.9)
Prévalence nosocomiale catégorie 2 – 4	12 (5.0)	1 (1.6)	3 (6.5)	3 (2.7)	2 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (2.6)	14 (3.5)	1 (0.9)	3 (3.8)	5 (2.6)
Prévalence totale pour enfants à risque des escarres	44 (35.8)	4 (12.9)	10 (40.0)	8 (18.2)	10 (14.7)	1 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	54 (28.3)	5 (10.9)	10 (32.3)	8 (13.6)
Prévalence catégorie 2 – 4 enfants à risque	10 (8.1)	0 (0.0)	3 (12.0)	3 (6.8)	1 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (5.8)	0 (0.0)	3 (9.7)	3 (5.1)
Prévalence nosocomiale catégorie 1 – 4 enfants à risque	44 (35.8)	3 (9.7)	10 (40.0)	7 (15.9)	10 (14.7)	1 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	54 (28.3)	4 (8.7)	10 (32.3)	7 (11.9)
Prévalence nosocomiale catégorie 2 – 4 enfants à risque	10 (8.1)	0 (0.0)	3 (12.0)	2 (4.5)	1 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (5.8)	0 (0.0)	3 (9.7)	2 (3.4)
Prévalence nosocomiale catégorie 1 – 4 Evaluation subjective (oui)	50 (31.6)	3 (10.7)	10 (33.3)	9 (17.0)	13 (11.9)	1 (7.1)	0 (0.0)	2 (16.7)	63 (23.6)	4 (9.5)	10 (28.6)	11 (16.9)
Prévalence totale catégorie 1 – 4 Installations médicales (oui)	51 (23.4)	8 (15.4)	12 (29.3)	11 (13.6)	16 (11.0)	3 (9.1)	0 (0.0)	3 (7.7)	67 (18.5)	11 (12.9)	12 (18.2)	14 (11.7)
Prévalence nosocomiale catégorie 1 – 4 Installations médicales (oui)	51 (23.4)	7 (13.5)	11 (26.8)	10 (12.3)	16 (11.0)	2 (6.1)	0 (0.0)	3 (7.7)	67 (18.5)	9 (10.6)	11 (16.7)	13 (10.8)

*Selon l'échelle de Braden

La figure 2 montre le nombre et la répartition en pourcentage des participant-e-s présentant une escarre nosocomiale de catégorie 1 – 4 par catégorie de risque. Elle indique le risque d'escarre selon la répartition du risque LPZ ainsi que selon l'évaluation subjective des infirmiers/ères par type d'hôpital. Selon la répartition LPZ, les enfants et adolescent-e-s ayant contracté une escarre nosocomiale de catégorie 1 – 4 des deux groupes de comparaison présentaient pour moitié (hôpitaux centraux/soins de base) et à 75 % (hôpitaux universitaires/pédiatriques) un risque élevé. En revanche, sur la base de l'évaluation subjective clinique des infirmiers/ères, ce sont au total 83,8 % des personnes concernées présentant une escarre nosocomiale de catégorie 1 – 4 qui sont considérées comme présentant un risque.

Figure 2 : enfants et adolescent-e-s* avec escarre nosocomiale de catégorie 1 – 4 selon le risque d'après la répartition LPZ et d'après l'évaluation subjective clinique des infirmiers/ères



*n = nombre d'enfants et d'adolescent-e-s concernés avec une escarre nosocomiale de catégorie 1 – 4 par groupe de comparaison

Dans le tableau 12 sont représentées les valeurs relatives aux enfants et adolescent-e-s présentant une escarre de catégorie 1 – 4, répartis selon l'estimation des risques à l'aide de l'échelle de Braden. Les participant-e-s sont répartis en trois groupes : enfants et adolescent-e-s à risque élevé (score Braden : < 15 points), à faible risque (score Braden : 15 – 20 points) et participant-e-s ne présentant aucun risque (score Braden : > 20 points). Chez les enfants et adolescent-e-s présentant une escarre de catégorie 1 ou 2 comme catégorie d'escarre la plus élevée, aucune différence majeure en proportion n'est visible entre les deux groupes de comparaison, à l'exception toutefois de la sous-catégorie 1, faible risque, du groupe de comparaison hôpitaux universitaires/pédiatriques. Lorsqu'une escarre de catégorie 3 ou 4 a été indiquée, on s'aperçoit que la majorité des patient-e-s concerné-e-s étaient hospitalisé-e-s le jour de la mesure en hôpital universitaire/hôpital pédiatrique.

Tableau 12: catégorie d'escarre la plus élevée indiquée selon le risque d'escarre d'après Braden

		Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux*
Escarres	Enfants et adolescent- e-s à risque	n (%)	n (%)	n (%)
Pas d'escarre	Pas de risque	218 (47.1)	199 (63.2)	417 (53.6)
	Risque faible	134 (28.9)	72 (22.9)	206 (26.5)
	Risque élevé	23 (5.0)	21 (6.7)	44 (5.7)
Catégorie 1	Pas de risque	18 (3.9)	9 (2.9)	27 (3.5)
	Risque faible	42 (9.1)	8 (2.5)	50 (6.4)
	Risque élevé	8 (1.7)	1 (0.3)	9 (1.2)
Catégorie 2	Pas de risque	4 (0.9)	4 (1.3)	8 (1.0)
	Risque faible	7 (1.5)	0 (0.0)	7 (0.9)
	Risque élevé	5 (1.1)	0 (0.0)	5 (0.6)
Catégorie 3	Pas de risque	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	Risque faible	1 (0.2)	1 (0.3)	2 (0.3)
	Risque élevé	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.1)
Catégorie 4	Pas de risque	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	Risque faible	2 (0.4)	0 (0.0)	2 (0.3)
	Risque élevé	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	Total	463 (100)	315 (100)	778 (100)

*Pour 1 patient-e, il n'y a aucune donnée sur la catégorie d'escarre la plus élevée donnée

Le tableau 13 présente les taux de prévalence nosocomiale d'escarres de catégories 1 – 4 par type d'unité de soins. La prévalence par type d'unité de soins a été calculée en définissant la part d'enfants et d'adolescent-e-s concerné-e-s par rapport au total des enfants et adolescent-e-s participant à la mesure. Par exemple, dans le groupe de comparaison des hôpitaux universitaires/pédiatriques, 108 enfants en unité de soins de chirurgie pédiatrique (voir tableau 4), dont 10 présentant une escarre de catégorie 1 – 4, participaient à la mesure. Il en résulte une prévalence de 9,3 % pour ce type d'unité de soins.

Dans l'ensemble, les taux de prévalence les plus élevés sont relevés dans les unités de soins intensifs, de néonatalogie et les unités générales de soins pédiatriques (interdisciplinaires) du groupe de comparaison des hôpitaux universitaires/pédiatriques. Dans ce groupe de comparaison, 43,2 % des enfants et adolescent-e-s en unité de soins intensifs, 24,0 % en néonatalogie et 20,0 % dans une unité générale de soins pédiatrique (interdisciplinaire) présentaient une escarre nosocomiale. La part d'escarres dans ces unités de soins représente légèrement plus de 50 % de tous les cas d'escarres de l'échantillon.

Tableau 13 : prévalence d'escarres nosocomiales des catégories 1 – 4 par unité de soins dans les différents types d'hôpitaux*

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques (n=463)	Hôpitaux centraux/ soins de base (n=312)	Total hôpitaux (n=775)
Type d'unité de soins	n (%)	n (%)	n (%)
Chirurgie pédiatrique 2014	10 (9.3)	3 (10.7)	13 (9.6)
2013	14 (13.1)	0 (0.0)	14 (9.4)
Médecine pédiatrique 2014	12 (10.4)	1 (4.3)	13 (9.4)
2013	9 (7.1)	0 (0.0)	9 (6.3)
Unité générale pédiatrique (interdisciplinaire) 2014	11 (20.0)	8 (5.0)	19 (8.9)
2013	15 (19.2)	14 (10.4)	29 (13.7)
Soins intensifs en pédiatrie 2014	19 (43.2)	2 (25.0)	21 (40.4)
2013	20 (35.1)	0 (0.0)	20 (30.3)
Soins continus en pédiatrie 2014	1 (8.3)	3 (27.3)	4 (17.4)
2013	1 (20.0)	1 (14.3)	2 (16.7)
Néonatalogie 2014	31 (24.0)	4 (4.8)	35 (16.5)
2013	26 (33.3)	10 (14.5)	36 (24.5)
Total 2014	84 (18.1)	21 (6.6)	105 (13.5)
2013	85 (18.8)	25 (9.0)	110 (15.1)

*Aucune information sur le type d'unité de soins n'a été fournie pour quatre enfants/adolescent-e-s des hôpitaux centraux/soins de base en 2014.

3.3.3 Caractéristiques des patient-e-s avec une escarre de catégorie 1 – 4

Dans l'ensemble, 105 (16,5 %) enfants et adolescent-e-s ont contracté une escarre de catégorie 1 – 4 en hôpital ; 43,8 % (n =46) d'entre eux étaient des filles. L'âge moyen était de 2,3 ans (minimum moins d'un mois, maximum 15 ans, médiane deux mois). Parmi les participant-e-s concernés présentant une escarre nosocomiale de catégorie 1 – 4, 11,4 % (n = 12) des filles et 17,1 % (n = 18) des garçons avaient été opérés au cours des deux semaines précédant la mesure. 12,4 % (n = 13) des filles et 19,0 % (n = 20) des garçons avec une escarre nosocomiale de catégorie 1 – 4 avaient subi une anesthésie au cours des deux semaines précédentes. Chez 95,2 % des enfants et adolescent-e-s concernés, il a été indiqué que des installations médicales étaient présentes. D'après l'évaluation subjective des infirmiers/ères dans les équipes de mesure, 83,8 % des enfants et adolescent-e-s ont été évalués comme présentant un risque d'escarre.

Le tableau 21 (voir en annexe) résume les diagnostics médicaux des enfants et adolescent-e-s participants présentant une escarre nosocomiale de catégorie 1 – 4 ; les résultats sont présentés par groupes de comparaison et au total. Plusieurs réponses étaient possibles. Les catégories de diagnostic « Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale » (22,9 %), « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (22,9 %), et « Maladies de l'appareil respiratoire » (17,1 %) étaient les plus souvent citées comme pertinentes.

3.3.4 Fréquence des escarres

Le tableau 14 montre les totaux des enfants et adolescent-e-s chez qui une escarre a été constatée, répartis par catégorie ainsi que par groupe de comparaison. On voit que l'escarre de catégorie 1 constitue l'affection la plus fréquente. Dans le groupe hôpitaux centraux/soins de base, seule une escarre de catégorie 3 a été constatée chez un enfant. Aucune escarre de catégorie 4 n'a été relevée. En revanche, dans le groupe des hôpitaux universitaires/pédiatriques, une escarre de catégorie 3 a été relevée chez deux participant-e-s, et une escarre de catégorie 4 également chez deux enfants.

Tableau 14 : nombre total d'escarres selon la catégorie d'escarre la plus élevée et le groupe de comparaison

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpital*
Escarres	n (%)	n (%)	n (%)
Catégorie 1	68 (77.3)	18 (78.3)	86 (77.5)
Catégorie 2	16 (18.2)	4 (17.4)	20 (18.0)
Catégorie 3	2 (2.3)	1 (4.3)	3 (2.7)
Catégorie 4	2 (2.3)	0 (0.0)	2 (1.8)
Total	88 (100)	23 (100)	111 (100)

*Pour 1 patient-e, aucune information n'était disponible sur la catégorie d'escarre la plus élevée.

Le tableau 15 montre le nombre total d'enfants et d'adolescents avec une escarre nosocomiale, répartis par catégorie d'escarre et par groupe de comparaison. Les résultats apparaissant dans le tableau 15 sont répartis de la même façon que les résultats du tableau 14. On voit ainsi que la majorité des escarres chez les enfants et adolescent-e-s sont acquises pendant l'hospitalisation.

Tableau 15 : escarres nosocomiales de catégories 1 – 4 selon la catégorie d'escarre la plus élevée et par groupe de comparaison

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux
Escarres	n (%)	n (%)*	n (%)*
Catégorie 1	65 (77.4)	16 (80.0)	81 (77.9)
Catégorie 2	15 (17.9)	3 (15.0)	18 (17.3)
Catégorie 3	2 (2.4)	1 (5.0)	3 (2.9)
Catégorie 4	2 (2.4)	0 (0.0)	2 (1.9)
Total	84 (100)	20 (100)	104 (100)*

*Pour une personne concernée, aucune information n'était disponible sur la catégorie d'escarre la plus élevée

Dans le tableau 22 (voir en annexe), on peut voir la localisation anatomique des escarres de catégorie 1 – 4 par type d'hôpital. Chez les 112 participants présentant une escarre, les informations sur les escarres renseignaient sur le nombre et la localisation anatomique. Au total, 169 escarres ont été recensées. Chez 66,0 % des enfants et adolescents, on a pu constater une seule escarre, et chez 19,6 % des participants, deux plaies ont été constatées. 8,9 % des enfants concernés présentaient 3 blessures. Chez quatre enfants, 4 escarres ont été constatées, et un enfant en présentait 5. Les localisations standardisées du questionnaire les plus souvent relevées étaient « Autres » (22,3 % à gauche, 23,2 % à droite), « Nez » (11,6 % à gauche, 20,5 % à droite), « Cheville » (8,9 % à gauche), « Talon » (8,9 % à droite) et « Visage » (sans nez; 8,0 %).

Dans l'ensemble, la grande majorité des escarres (85,3 %) est survenue moins de deux semaines auparavant (voir tableau 23 en annexe). Les autres escarres étaient apparues entre 2 semaines et 3 mois avant. Les données concernent la période allant jusqu'au jour de la mesure.

3.3.5 Mesures de prévention

Cette partie décrit les mesures de prévention appliquées (c'est-à-dire les mesures de prévention générales, les matelas ou surmatelas de prévention des escarres, les moyens auxiliaires pour la position assise) pour les enfants et adolescent-e-s à risque selon l'échelle de Braden et pour les participant-e-s avec des escarres.

Différentes autres mesures de prévention générale ont été prises pour les enfants et adolescent-e-s à risque. Le tableau 24 en annexe les résume. Plusieurs réponses pouvaient être données pour recenser les mesures préventives. En revanche, une seule réponse était possible dans les rubriques matelas/surmatelas, coussins et autre(s). Les réponses les plus fréquemment données étaient « Pas de matelas ou surmatelas de prévention » (52,6 %) et « Autre(s) » (19,9 %). L'inspection régulière de la peau (17,3 %), le matériel protectif et/ou techniques de fixation (12,8 %), l'encouragement ciblé à bouger/mobilisation (12,3 %) et le repositionnement en étant couché-e (11,4 %), étaient également fréquemment relevés.

Les résultats des deux groupes de comparaison avaient une distribution semblable.

À la question concernant les autres moyens auxiliaires, tels que les peaux de mouton ou la protection du coude, une plusieurs réponses pouvaient être indiquée. Pratiquement aucun autre moyen d'intervention n'a été utilisé hors des catégories de réponses standardisées. La catégorie Autres a été indiquée dans 18,9 % des cas, et aucun autre moyen auxiliaire n'a été utilisé dans 78,0 % des cas.

Les différents matelas de prévention des escarres utilisés chez les enfants et adolescent-e-s présentant un risque d'escarre sont résumés par groupe de comparaison (voir tableau 25 en annexe). Dans les cas où des matelas ou surmatelas de prévention des escarres étaient utilisés, les matelas en mousse polyuréthane (10,7 %) et les matelas en mousse visco-élastiques (10,4 %) étaient les types de matelas cités le plus souvent. Le classement comme patient-e à risque est basé sur l'évaluation selon l'échelle de Braden.

Le tableau 26 résume les mesures préventives pour la position assise chez les enfants à risque (voir annexe). Il en ressort que le plus souvent, aucun coussin de prévention des escarres n'a été utilisé en position assise ou que l'utilisation de coussins n'était pas appropriée. Parmi les réponses proposées, la réponse « non approprié » a souvent été sélectionnée, c'est à dire que les patient-e-s n'ont pas pu être mobilisé-e-s, par exemple en raison de leur âge.

Les mesures de prévention générales et les moyens auxiliaires utilisés chez les enfants et adolescent-e-s ayant des escarres sont résumés dans le tableau 27 (voir en annexe). Plusieurs réponses étaient possibles. 105 enfants et adolescent-e-s présentant un risque d'escarre ont bénéficié d'au moins une mesure de prévention le jour de la mesure. Parmi les interventions préventives, les catégories « Inspection régulière de la peau » (16,2 %), « Installation médicale : matériel protectif et/ou technique de fixation » (13,1 %), « Repositionnement électrodes et capteurs de monitoring » (11,6 %) et « Prévention et correction des déficits nutritionnels et/ou liquidiens » (10,7 %) se trouvaient au premier plan. Très peu d'autres moyens auxiliaires ont été utilisés, ou ont alors été classés sous « Autre(s) ».

Le tableau 28 en annexe résume les types de matelas ou surmatelas de prévention des escarres utilisés chez les enfants présentant une escarre le jour de la mesure. Dans les cas où des matelas et surmatelas soulageant la pression ont été utilisés, les matelas en mousse visco-élastique représentent la catégorie la plus fréquemment utilisée, en particulier dans le groupe de comparaison hôpitaux universitaires/pédiatriques.

Le tableau 29 (voir en annexe) indique les mesures préventives pour la position assise chez les enfants et adolescent-e-s avec escarre. On voit que le plus souvent chez les enfants concernés, aucun coussin de prévention des escarres n'a été utilisé en position assise ou que l'utilisation de coussins n'était pas appropriée. La réponse « non pertinent » signifie ici que les personnes concernées n'ont pas pu être mobilisées.

3.3.6 Traitement des escarres

Le tableau 30 (voir en annexe) représente les traitements de l'escarre en fonction des catégories 1 – 4. Dans les données sur le traitement des plaies, c'est méthode ou le produit utilisé touchant le fond de la plaie qui a été indiqué-e. Étant donné qu'une personne peut avoir plusieurs escarres, le nombre de plaies traitées peut être supérieur au nombre de patient-e-s concerné-e-s.

Le tableau 30 en annexe indique que des pansements sont également utilisés pour les escarres de catégorie 1. Pour l'escarre de catégorie 2, aucun pansement n'a été utilisé dans plus de la moitié des cas. Chez les trois patients concernés présentant une escarre de catégorie 3, les catégories « Autres traitements des plaies » et « Aucun » avaient été relevées. Dans l'un des deux cas d'escarres de catégorie 4 appartenant à la catégorie des hôpitaux universitaires/pédiatriques, aucun traitement n'a été utilisé. Dans l'autre cas, c'est un traitement autre qui a été utilisé.

3.3.7 Indicateurs de structure « Escarres »

Les indicateurs de structure ont été relevés au niveau des hôpitaux et au niveau des unités de soins (voir tableaux 31 et 32 en annexe).

Les résultats pour les indicateurs de structure des escarres au niveau de l'hôpital indiquent dans certains domaines une différence entre les groupes de comparaison au niveau de la disponibilité de ces indicateurs. Le plus souvent, les indicateurs disponibles prenaient la forme d'informations standardisées en cas de transfert, d'un standard pour la gestion du matériel de prévention et pour la prévention et le traitement des escarres. La présence d'une personne responsable de l'actualisation/la diffusion du standard a été indiquée un peu plus souvent que le standard de prévention et de traitement. Les brochures d'information pour les enfants concernés et leurs proches constituaient l'indicateur le moins souvent disponible (voir tableau 31 en annexe). On a pu constater des différences entre les groupes de comparaison pour les indicateurs Groupe multidisciplinaire spécialisé escarres, Formation continue escarres (2 dernières années) et la présence de standards de gestion du matériel de prévention.

Des différences ont aussi été remarquées entre les groupes de comparaison quant à la présence d'indicateurs de structure relatifs aux escarres au niveau des unités de soins (voir tableau 32 en annexe). Dans l'ensemble, 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. Selon les réponses fournies, les brochures d'information constituaient le matériel le moins disponible.

4 Résultats ajustés au risque

4.1 Escarres acquises à l'hôpital – catégories 1 – 4

Comme indiqué dans la méthode, les risques liés aux patient-e-s ont été déterminés à l'aide d'une régression logistique. Dans le tableau 16 suivant, on a représenté les variables sélectionnées selon le modèle :

Tableau 16 : variables du modèle de régression logistique et valeurs représentatives - escarres de catégories 1 – 4

	OR	Ecart type	Valeur p	OR - intervalle de confiance à 95%	
Age > 8J. - 16 ans	Référence				
Age > 4J. - 8 ans	1.08	0.54	0.865	0.40	2.89
Age > 1J. - 4 ans	0.85	0.41	0.749	0.33	2.21
Age ≤ 1 an	2.28	0.93	0.045	1.02	5.11
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 0-7 jours	Référence				
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 8-14 jours	1.58	0.55	0.190	0.80	3.12
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 15-28 jours	2.07	0.74	0.042	1.02	4.21
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 29 jours et plus	2.28	0.71	0.009	1.23	4.21
Indice de masse corporelle (pour chaque point)	0.95	0.34	0.173	0.88	1.02
Installations médicales (1/0)	3.28	1.63	0.017	1.23	8.70
Intervention chirurgicale (1/0)	1.91	0.55	0.026	1.07	3.38
Complètement immobile (1/0)	2.85	1.42	0.035	1.07	7.56
Nutrition probablement inadéquate/pauvre (1/0)	0.58	0.20	0.132	0.28	1.17
Problème friction et cisaillement au moins potentiel (Échelle de Braden) (1/0)	1.55	0.50	0.178	0.81	2.93
Risque d'escarres (Évaluation subjective) (1/0)	2.40	0.80	0.010	1.23	4.64
Maladies infectieuses et parasitaires (1/0)	2.27	0.90	0.038	1.04	4.94
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métab. (1/0)	2.44	1.49	0.141	0.74	8.08
Grossesse, accouchement et puerpéralité (1/0)	0.13	0.15	0.080	0.01	1.26
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (1/0)	0.35	0.12	0.003	0.18	0.69
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (1/0)	2.00	0.73	0.058	0.97	4.10

Les informations essentielles figurent dans la colonne intitulée OR. OR est l'abréviation du terme anglais « odds ratio ». Ce terme décrit la probabilité de survenue d'un événement précis (ici, une escarre) par rapport à sa non-survenue. D'après les données, un âge d'un an ou moins est lié à un risque d'escarre 2,3 fois plus élevé qu'un âge supérieur à 8 ans. Cette valeur est statistiquement significative d'après la valeur p, qui est inférieure à 0,05. La signification statistique est également indiquée par l'intervalle de confiance de 95 %, qui n'inclut pas la valeur 1,0. La durée d'hospitalisation jusqu'au jour de la mesure est également donnée par comparaison avec une valeur de référence. Les enfants hospitalisés depuis plus de 28 jours ont un risque de contracter une escarre tout juste 2,3 fois plus élevé que ceux qui sont hospitalisés depuis une semaine ou moins.

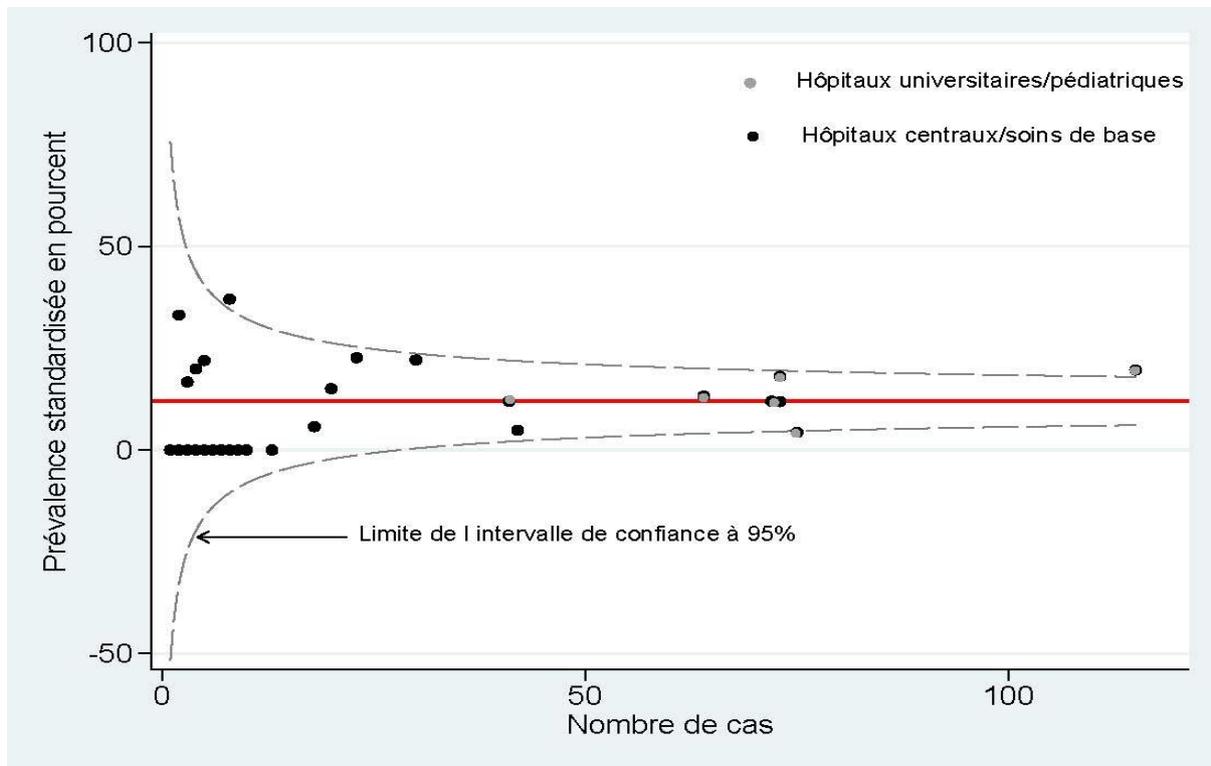
Il faut noter que les caractéristiques présentées au tableau 16 décrivent les risques d'escarre survenant indépendamment les uns des autres. Un autre facteur pertinent résulte de l'échelle de risque (échelle de Braden), à l'aide desquels les infirmiers/infirmières ont évalué certains risques comme étant présents ou non présents. D'après cette évaluation, un enfant complètement immobile présente un risque d'escarre presque 2,8 fois plus élevé. L'état de nutrition a été intégré à l'aide de deux variables dans le modèle (nutrition probablement inadéquate/pauvre et indice de masse corporelle enfant). Ces deux caractéristiques se sont par ailleurs révélées non significatives dans l'analyse finale. Il est très probable qu'étant étroitement associées, elles se soient bloquées mutuellement.

L'évaluation subjective clinique du risque d'escarre par l'infirmier-ère s'est avéré une variable prédictive forte. Cette évaluation a indiqué un risque plus de 2,4 fois supérieure, indépendamment de tous les autres facteurs. Une variable prédictive plus forte encore était la présence d'installations médicales. Celles-ci étaient liées à un risque tout juste 3,3 fois plus élevé. Un autre facteur de risque lié au séjour à l'hôpital était l'intervention chirurgicale. Les enfants ayant subi une opération présentaient un risque deux fois plus élevé de contracter une escarre que ceux qui n'avaient pas eu d'opération.

Enfin, deux diagnostics médicaux sont associés à un risque d'escarre de façon significative. Les maladies infectieuses et parasitaires allaient de pair avec un risque 2,3 fois plus élevé. Les maladies en lien avec la période périnatale, en revanche, présentaient un risque d'escarre nettement moindre. D'autres diagnostics n'étaient pas associés au risque d'escarre de façon significative.

Sur la base des facteurs de risque cités auparavant, un score de risque a été calculé pour chaque patient-e, additionné au nombre d'escarres attendu. Cette valeur a été mise en relation avec le nombre réel d'escarres et multipliée par la prévalence des escarres non ajustée dans l'échantillon global. Il s'agit de la prévalence standardisée, reportée sur l'axe Y dans la figure 3 suivante.

Figure 3 : graphique en entonnoir – taux de prévalence standardisés des escarres de catégories 1 – 4 pour tous les hôpitaux participants



Comment faut-il lire ce graphique ? Ici, chaque hôpital est représenté par une valeur de prévalence des escarres de catégorie 1 – 4 standardisée ; deux groupes sont présentés, chacun disposant de sa couleur : les hôpitaux universitaires/pédiatriques ainsi que les hôpitaux centraux/soins de base. La ligne tracée sur l'axe X représente la prévalence dans l'échantillon global (13,5 %). La plupart des hôpitaux se regroupent autour de cette valeur, c'est-à-dire que leur prévalence correspond globalement à l'échantillon global. Une série d'hôpitaux n'a signalé aucun cas d'escarre ; ceux-ci sont regroupés sur la ligne du zéro.

On y voit aussi deux lignes marquant l'incertitude statistique dans l'évaluation et représentant un entonnoir. Ces lignes représentent l'intervalle de confiance de 95 % (correspondant à un seuil de signification de 0,05). 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 sont liés à une plus grande incertitude en matière d'évaluation.

Comme on le voit facilement, deux hôpitaux sont en dehors de la limite de 95 %, ce qui signifie qu'ils présentent des valeurs aberrantes et que leur prévalence diverge statistiquement significativement vers le haut. 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 plus de trois cas d'escarres chez 8 patients, alors que seuls 1,09 étaient attendus. En d'autres termes : cet hôpital a signalé 2,7 fois plus d'escarres que le nombre attendu. Multiplié par le taux de prévalence de 13,5 %, cela donne une prévalence standardisée de 37 %.

4.2 Escarres acquises à l'hôpital – catégories 2 – 4

L'exclusion de la catégorie 1 augmente la certitude diagnostique quant à la présence d'une escarre. Cependant, elle modifie également considérablement la fréquence de survenue, étant donné que la prévalence est nettement inférieure et que ce sont d'autres facteurs de risque qui sont alors à l'origine des escarres, comme le montre l'expérience. Pour cette raison, une analyse séparée a été effectuée et a donné les facteurs de risque représentés dans le tableau 17.

Tableau 17 : variables du modèle de régression logistique et valeurs représentatives - escarres de catégories 2 – 4

	OR	Ecart type	Valeur p	OR - intervalle de confiance à 95%	
Age > 8J. - 16 ans	Référence				
Age > 4J. - 8 ans	0.53	0.41	0.425	0.11	2.47
Age > 1J. - 4 ans	0.25	0.24	0.160	0.21	1.71
Age ≤ 1 an	0.67	0.39	0.502	0.48	2.11
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 0-7 jours	Référence				
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 8-14 jours	4.83	2.94	0.010	1.46	15.95
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 15-28 jours	2.88	2.09	0.144	0.69	11.99
Durée de l'hospitalisation jusqu'à la mesure 29 jours et plus	3.56	2.09	0.032	1.12	11.30
Nutrition probablement inadéquate (1/0)	0.20	0.16	0.057	0.03	1.05
Complètement immobile (1/0)	8.17	5.67	0.002	2.09	31.89
Perception sensorielle absente/limitée (1/0)	3.58	1.97	0.021	1.21	10.55
Installations médicales (1/0)	8.29	12.03	0.145	0.44	142.47
Intervention chirurgicale (1/0)	4.77	2.33	0.001	1.83	12.42
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (1/0)	3.13	1.77	0.044	1.032	9.50

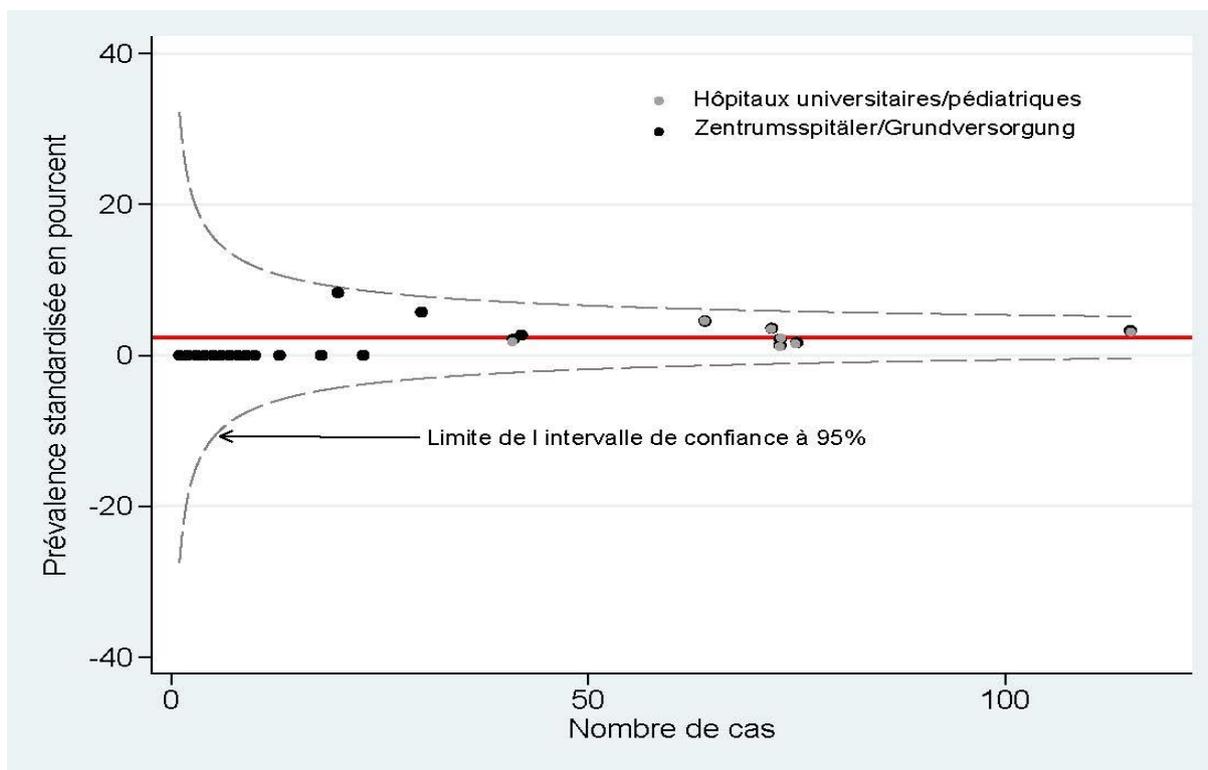
Comme prévu, l'analyse a donné une structure des facteurs de risque parfois modifiée par rapport aux catégories 1 – 4. Les plus importants facteurs de risque étaient les installations médicales et l'immobilité complète, tous deux représentant respectivement un facteur 8 dès lors qu'ils étaient présents. Aux côtés de ces facteurs d'influence prévisibles, la perception sensorielle absente/limitée (selon l'échelle de Braden) tenait une position remarquable, et ce avec un rapport de cotes de 3,5.

Après exclusion de la catégorie 1, l'âge jouait un rôle moins important dans la mesure où les groupes d'âge avaient certes été intégrés au modèle, mais s'étaient avérés non significatifs. En revanche, la durée d'hospitalisation reste pertinente. Que la durée soit comprise entre 8 et 14 jours ou qu'elle soit de 29 jours et plus, elle était associée à un risque d'escarre significatif nettement plus élevé.

Une intervention chirurgicale multiplie le risque par un facteur supérieur à 4. Il convient de noter qu'aucun des diagnostics « classiques » n'a été sélectionné dans le modèle, mais uniquement les « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » associés à un risque trois fois plus élevé.

Ces facteurs de risque ont servi de base pour recalculer le score de risque de chaque patient-e présentant des escarres de catégorie 2 – 4. Comme auparavant, les cas d'escarres attendus et observés par hôpital ont ensuite été mis en relation et marqués sur le graphique en entonnoir (voir figure 4).

Figure 4 : graphique en entonnoir – taux de prévalence standardisés des escarres de catégories 2 – 4. Figure pour tous les hôpitaux participants*.



Le résultat indique que tous les hôpitaux, que ce soit les hôpitaux universitaires/pédiatriques ou les hôpitaux centraux/soins de base, se situent dans l'intervalle de confiance de 95 %. Pour les cas d'escarres particulièrement graves à partir de la catégorie 2, aucun hôpital n'est donc hors norme en présentant une qualité de soins menacée dans ce domaine. Il faut noter que seuls 10 des 35 hôpitaux pris en compte ont signalé des escarres de catégorie 2 – 4. Les hôpitaux sans escarres s'alignent donc sur la ligne de zéro pour cent.

5 Discussion

Avec les présents résultats de cette mesure nationale 2014 de la prévalence des escarres chez enfants, c'est la deuxième fois que sont présentées au niveau national des données sur la prévalence de l'indicateur Escarres enfants sensible des soins. Il en ressort globalement que chez les enfants et adolescent-e-s, les escarres nosocomiales se manifestent le plus souvent dans la catégorie 1 et plus particulièrement chez les enfants de moins d'un an. Dans le groupe des patient-e-s à risque, les taux de prévalence sont également plus élevés dans d'autres groupes d'âge, en particulier dans le groupe des hôpitaux universitaires/pédiatriques pour le groupe d'âge des 4 à 8 ans. Les plus forts taux de prévalence d'escarres nosocomiales de catégorie 1 – 4 sont rapportés dans les unités de soins intensifs, de soins continus (SC) ainsi qu'en néonatalogie. Les escarres nosocomiales de catégorie 2 – 4 étaient plutôt rares et ont été constatées chez 23 enfants et adolescent-e-s. En majorité, les enfants concernés faisaient partie du groupe des hôpitaux universitaires/pédiatriques. Comparée au taux obtenu chez les adultes (1,8 %), la prévalence nosocomiale des escarres de catégorie 2 – 4 (3,0 %) est près de 1,7 fois plus élevée. Les valeurs comparatives internationales sont malheureusement peu nombreuses ; dans la discussion, les données sont donc comparées avec celles de la mesure 2013 et de la mesure chez les adultes, et si possible avec celles des études internationales.

5.1 Participant-e-s

35 cliniques pédiatriques spécialisées et hôpitaux spécialisés dans les soins somatiques aigus disposant d'unités de soins de pédiatrie ont participé à cette deuxième mesure nationale de la prévalence escarres enfants. On notera la participation d'hôpitaux disposant d'un mandat de prestations dans le domaine des enfants et adolescent-e-s issus de tous les cantons dotés de tels hôpitaux. On peut donc dire que les unités de soins participantes sont représentatives des unités de soins pédiatriques des hôpitaux en soins aigus de la Suisse. Cette forte participation s'explique par l'engagement à réaliser la mesure à travers un contrat de qualité national.

Par rapport à la mesure de la prévalence chez les adultes (taux de participation = 75,9 %), la mesure de la prévalence escarres enfants présente un taux de participation élevé de 82,2 %. Par rapport à l'année précédente, ce taux est légèrement inférieur de 1,5 %. Par rapport aux mesures de l'année 2006 où le taux de participation avait atteint 81,0 % et celui de 2009 où le taux était de 75,0 %, le taux de participation à cette mesure était un peu plus élevé (Schlüer et al., 2009; Schlüer, et al., 2012), une déclaration de consentement écrit des parents et des enfants de plus de 10 ans étant nécessaire pour ces mesures. Parmi les raisons données à la non-participation à la mesure, un peu plus d'un tiers des réponses relevaient de la catégorie « Refus » ou « Autres ». Par rapport à l'année précédente, la part de la catégorie « Refus » a diminué de 12,7 % tandis que la part de la catégorie « Autres » a augmenté de 10,6 %. Le questionnaire d'évaluation de la mesure 2014 ainsi que les résultats qualitatifs de l'analyse des non-participants n'ont donné aucune indication claire quant aux raisons plus spécifiques de cette non-participation, et plus particulièrement pour la catégorie « Autres ».

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 lié à l'âge de l'échantillon. La comparaison des données sociodémographiques des enfants et adolescent-e-s participant à cette mesure avec la population des patient-e-s hospitalisé-e-s dans les hôpitaux suisses n'est donc possible que dans certaines conditions.

Lorsque l'on oppose les groupes d'âge au sein des groupes de comparaison, seules des différences minimales sont détectables. Dans l'ensemble, on remarque que le groupe d'âge de moins d'un an représente la majorité, 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'Office fédéral de la statistique (2014a) qui indiquent que les enfants d'un an ou moins sont les plus fréquemment hospitalisés. Schlüer et al (2012) avaient relevé un âge moyen de quatre ans et une médiane d'un an, des données comparables à celles de la présente mesure (moyenne 3,7 ans ; médiane de 10 mois). Les données du groupe d'âge 0-1 an, avec un âge moyen de 1,7 mois (médiane : 3 semaines) chez Schlüer et al (2012), contre un âge moyen de 1,7 mois et une médiane à moins d'un mois dans la présente mesure, correspondent également largement aux études nationales et internationales (McLane, Bookout, McCord, McCain, & Jefferson, 2004).

D'après les données sur les hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique, la durée d'hospitalisation des enfants du groupe d'âge 0-14 ans est en moyenne de 5,8 jours (Office fédéral de la statistique [OFS], 2015). Dans les indicateurs de santé, l'Obsan indique que la durée d'hospitalisation moyenne des enfants du groupe d'âge de 14 ans ou moins est de 4,57 jours (médiane 4,0 jours) (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan, 2012). Aucune affirmation ne peut être avancée pour les enfants plus âgés, car ces données figurent dans le groupe d'âge des 15 à 39 ans. Ces résultats sont comparables à la valeur médiane de 6 jours jusqu'au jour de la mesure. On pourra noter, d'une part, que la durée d'hospitalisation moyenne de la présente mesure (19,5 jours, en incluant les valeurs aberrantes) est considérablement plus élevée. D'autre part, on observe que la durée d'hospitalisation de 7 jours jusqu'à la mesure est la catégorie la plus souvent indiquée (56,9 %). Ces résultats peuvent être considérés comme un indice montrant que les hospitalisations de très longue durée peuvent entraîner une répartition asymétrique des données et influencent donc la valeur moyenne (augmentation de la valeur moyenne). Si l'on exclut les valeurs aberrantes de l'analyse, la durée d'hospitalisation jusqu'au jour de la mesure n'est plus que de 9,1 jours.

Les groupes de diagnostics les plus fréquents dans la mesure de la prévalence de cette année sont : « Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale », « Maladies de l'appareil respiratoire », ainsi que « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé ». La situation s'est donc modifiée par rapport à l'année dernière, où les groupes de diagnostics les plus représentés étaient « Grossesse, accouchement et puerpéralité », suivi de « Maladies de l'appareil respiratoire », et en troisième « Malformations congénitales, et anomalies chromosomiques ». Pour l'interprétation des résultats, il faut prendre en compte que les catégories de diagnostic « Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale » ainsi que « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » étaient de nouvelles venues dans la mesure 2014. L'année précédente, ces catégories étaient recensées sous « Grossesse, accouchement et puerpéralité (y compris les prématurés) » (des catégories non encore disponibles dans le questionnaire LPZ). Les groupes de diagnostic sont distribués de façon très hétérogène au sein des groupes de comparaison. Par exemple, le diagnostic « Grossesse, accouchement et puerpéralité » apparaît uniquement dans le groupe Hôpitaux centraux/soins de base. Les « Maladies de l'appareil circulatoire » sont plus fréquemment représentées dans le groupe Hôpitaux universitaires/pédiatriques. Cette situation est liée aux différentes populations ainsi qu'aux différents mandats de prestation des groupes de comparaison. Dans les statistiques de santé suisses de 2014 (Office fédéral de la statistique [OFS], 2014b), les groupes de diagnostic « Autre », « Blessures », « Intoxications » et « Maladies de l'appareil respiratoire » sont au premier rang dans le groupe d'âge de 0 à 24 ans pour 2012. Ainsi, seules les maladies des voies respiratoires concordent avec l'échantillon de ces mesures. Les groupes d'âge de la récolte de données de

l'OFS ne semblent comparables que dans une certaine mesure, et aucune information quant au contenu de la catégorie « Autres » n'est donnée.

5.2 Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital

5.2.1 Caractéristiques des patient-e-s souffrant d'escarres nosocomiales

Dans l'analyse descriptive des enfants et adolescent-e-s présentant une escarre nosocomiale, ceux-ci sont en moyenne un peu plus souvent des garçons (56, %) et par rapport à l'âge médian de 2 mois, ils ont en moyenne 17,4 mois de moins par comparaison avec 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 (McLane et al., 2004; Schlüer, 2013).

Dans la comparaison entre les diagnostics médicaux de l'ensemble des enfants et adolescent-e-s hospitalisés et ceux des patient-e-s présentant une escarre nosocomiale, on remarque que le même nombre de groupes de diagnostic était indiqué en moyenne (1,4) dans les deux groupes. Dans les groupes de diagnostic des enfants et adolescent-e-s ayant contracté une escarre nosocomiale (catégorie 1 – 4), les catégories « Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale » ainsi que « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » étaient au premier plan. Le groupe de diagnostic maladies de l'appareil respiratoire arrive en deuxième place, suivi des malformations congénitales. Une comparaison avec les chiffres de l'année dernière fait ressortir une augmentation des groupes de diagnostics (2013 : 1,2). Le groupe Grossesse, accouchement et puerpéralité (y compris prématurés) était en tête en 2013. Le groupe de diagnostic des malformations congénitales et anomalies chromosomiques se trouvait en deuxième place, suivi des maladies infectieuses/parasitaires. Placé au quatrième rang cette année, le groupe des maladies infectieuses/parasitaires est resté par rapport à l'année précédente. Les patient-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.

La fourchette de 8 à 23 points trouvée lors de l'évaluation selon l'échelle de Braden est comparable aux données de la littérature (9 – 23 points (Schlüer et al., 2013) ; 11 – 28 points [Braden Q], (Noonan, Quigley, & Curley, 2011)) ainsi qu'à celles de l'année dernière (9 – 23 points). Dans l'échantillon global, près de 58,0 % des enfants et adolescent-e-s ne présentaient aucun risque selon l'échelle de Braden (35,5 % chez Schlüer et al., 2009) . En revanche, d'après l'évaluation clinique subjective des infirmiers/infirmières de l'équipe de mesure, 47,5 % des participant-e-s de l'échantillon total ont été évalué-e-s comme n'étant pas à risque. Dans le groupe des enfants et adolescent-e-s concerné-e-s par une escarre nosocomiale, seuls 16,2 % étaient estimés non menacés. La part des participant-e-s identifié-e-s comme des patient-e-s à risque présentait un écart de 12,4 % (71,4 % avec l'échelle de Braden contre 83,8 % dans l'évaluation subjective des infirmier-ère-s).

Dans l'analyse des résultats ajustés au risque, comme le risque d'escarre de catégorie 1 – 4 était supérieur chez les enfants de moins d'un an, l'âge s'est également avéré une variable prédictive significative. En ce qui concerne les diagnostics, les facteurs influençant sur l'état de santé se sont avérés des variables prédictives particulièrement pertinentes. Contrairement à la dernière mesure de 2013, aucun autre diagnostic n'a été sélectionné dans le modèle. Sur ce point, les facteurs de risque de cette mesure présentent une certaine similitude avec ceux des deux seules études suisses menées jusqu'à présent par Schlüer (2009; 2012). De même pour la pertinence de la présence d'installations médicales, apparaissant comme facteur de risque pour la première fois lors de la mesure 2014. On ne sait pas encore clairement quelles autres conclusions peuvent en être tirées pour la pratique. Les faibles nombres

de cas ne permettent pas de formuler des affirmations claires, ce qui se reflète également à travers la fluctuation des indicateurs de risques entre les mesures. Il n'est pas encore certain que les mesures à venir ces prochaines années permettront de broser un tableau plus précis.

Même si dans cette mesure, la valeur cumulative de l'échelle de Braden n'a pas pu être utilisée de manière globale pour des raisons méthodologiques, certaines dimensions se sont avérées pertinentes, en particulier en incluant la catégorie 1. Ces dimensions étaient celle de la mobilité, de la nutrition, ainsi que celle de la friction et du cisaillement. Il est également apparu que l'évaluation clinique subjective de l'équipe de soins chargée des mesures présentait un pouvoir prédictif des escarres de catégorie 1 – 4 particulièrement bon.

5.2.2 Taux de prévalence des escarres survenues à l'hôpital

Les taux de prévalence nosocomiale des escarres de catégorie 1 – 4 sont de 13,5 % (intervalle de confiance de 95 % : 11,1-15,9) ou 3,0 % (intervalle de confiance de 95 % : 1,8-4,2) pour la catégorie 2 – 4. En 2013, la prévalence nosocomiale des escarres de catégorie 1 – 4 était 1,6 % plus élevée (15,1 ; intervalle de confiance de 95 % : 12,5-17,7) et pour la catégorie 2 – 4 0,5 % plus faible (2,5 ; intervalle de confiance de 95 % : 1,4 -3,6). Les résultats des deux groupes de comparaison en matière de prévalence nosocomiale sont répartis de manière très différente dans les deux années de mesure. Dans le groupe hôpitaux universitaires/pédiatriques, ils sont environ deux (catégorie 1 – 4) à quatre fois (catégorie 2 – 4) plus élevés. Le fait que, dans ce contexte, plus d'enfants de moins d'un an, d'enfants dans un état critique ou gravement malades sont soignés joue certainement un rôle.

Comme l'année passée, la catégorie 1 des escarres nosocomiales est la plus fréquente, avec une part de 77,9 %. On trouve des parts plus élevées, notamment de 84,0 %, 83,0 % ou 80,0 %, chez Schlüer et al (2009; 2012; 2014), mais également 76,2 % (Groeneveld et al., 2004), 77,5 % (Suddaby, Barnett, & Facticeau, 2005) et 61,0 % (McLane et al., 2004). Quant à la part d'escarres nosocomiales de catégorie 1, elle est de 56,9 % chez les adultes (mesure 2014). Dans certaines publications, on différencie les escarres des autres lésions cutanées, dues par exemple aux installations médicales, à l'humidité, etc. (McLane et al., 2004; Noonan, Quigley, & Curley, 2006; Suddaby et al., 2005)

Par comparaison avec le rapport de l'année précédente, la prévalence globale totale d'escarres a chuté de 2,0 % (2014 : 14,4 % ; 2013 : 16,4 %). Par rapport aux prévalences publiées à l'international, avec une fourchette entre 1,6 % et 33,7 % (Vangeloooven et al., 2014), les données suisses se situent dans les valeurs moyennes. Avec des taux d'enfants et adolescents ayant contracté une escarre nosocomiale de catégorie 1 – 4 de 40,4 % dans des unités de soins intensifs (augmentation de 10,1 %), de 17,4 % en soins continus (augmentation de 0,7 %) et de 16,2 % en néonatalogie (diminution de 8,3 % par rapport à 2013), ces unités de soins sont les plus touchées par ce phénomène.

Par rapport à l'année précédente, le taux de prévalence globale a chuté de 2,0 % (de 16,4 % à 14,4 %). Même si les relevés de prévalence précédents en Suisse ne sont pas parfaitement comparables à cette mesure (en raison d'une population différente, d'échantillons plus petits), les mesures de 2013 et 2014 indiquent également des prévalences inférieures pour les catégories 1 – 4. Par rapport aux mesures réalisées en Suisse en 2006 (Schlüer et al., 2009) et 2009 (Schlüer et al., 2012), les taux de prévalence, et en particulier dans la catégorie 1 – 4, ont diminué de 13,3 % en 2006 et de 20,6 % en 2009. On peut probablement parler d'un effet de sensibilisation.

Comme dans la mesure de l'année précédente, et contrairement à ce que l'on trouve chez les adultes, seules des différences minimales ont été constatées chez les enfants et adolescent-e-s entre les taux de prévalence globale (2014 : 14,4 % ; 2013 : 16,4 %) et les taux de prévalence nosocomiale (catégorie 1 –

4) (2014 : 13,5 % ; 2013 : 15,1 %). Conformément à la littérature (Dixon & Ratliff, 2005; Schlüer et al., 2009; Schlüer et al., 2012), ceci pourrait indiquer que la majorité des escarres survient en hôpital pour cette population. Concrètement, 93,8 % des escarres sont survenues en hôpital dans cette mesure.

Les taux de prévalence nosocomiale des escarres de catégorie 2 – 4, avec 3,0 % (2013 : 2,5 %), était supérieur. La majorité des cas d'escarres nosocomiales de catégorie 2 – 4 concernait des enfants hospitalisés dans le groupe de comparaison hôpitaux universitaires/pédiatriques. Il est possible que dans ce contexte, en accord avec le mandat de prestation, plus d'enfants gravement malades soient soignés, en particulier en soins intensifs. Ce taux diffère légèrement de la prévalence nosocomiale de catégorie 2 – 4 (1,8 %) chez les adultes (mesure 2014). Par manque de valeurs comparatives, toute affirmation quant à la prévalence nosocomiale des catégories 2 – 4 ne peut avoir qu'une portée limitée. Seuls les auteurs McLane et al. (2004) ont calculé une prévalence nosocomiale de 2,7 %, comparable à la prévalence de cette mesure. Comparé à celui de l'année 2013, le taux de prévalence nosocomiale de catégorie 2 – 4 a augmenté de 0,5 %.

Au total, chez 92,9 % des enfants et adolescent-e-s présentant une escarre de catégorie 1 – 4, en moyenne 2,2 installations médicales avaient été utilisées (échantillon global 81,4 %). Une escarre nosocomiale de catégorie 1 – 4 a été constatée chez 15,8 % des enfants et adolescent-e-s pour qui l'utilisation d'installations médicales a été indiquée. Par comparaison avec la mesure de l'année précédente, ce chiffre représente une légère augmentation de 1,8 %. Le nombre d'installations médicales faisait pour la première fois l'objet d'un relevé dans la mesure de 2014. Il s'est avéré que les enfants concernés par une escarre disposaient en moyenne de plus d'installations médicales que l'échantillon global (moyenne de 2,2 contre 1,2). En outre, les types d'installations médicales ont également été recueillis dans cette mesure. On ne peut conclure à des causalités en raison de la transversalité de la mesure concernant les installations médicales. L'une des explications subjectives possibles à la pertinence des installations médicales pourrait être que de nombreux traitements « plus simples » sont actuellement réalisés en ambulatoire. Il en ressort que les enfants hospitalisés sont en règle générale très malades et doivent donc subir des traitements invasifs. Bien entendu, dans l'analyse ajustée au risque, les installations médicales sont ressorties comme particulièrement pertinentes, et surtout en ce qui concerne les catégories 2 à -4. L'importance de l'installation médicale pour le risque d'escarre chez les enfants est cependant également citée plusieurs fois dans la littérature spécialisée (voir par exemple Kottner et al., 2010; Murray, Noonan, Quigley, & Curley, 2013; Schlüer et al., 2012; Schlüer et al., 2014).

Avec une valeur de 23,5 %, la prévalence globale pour les enfants et adolescent-e-s présentant un risque d'escarre selon l'échelle de Braden était aussi supérieure de 1,5 % à l'année précédente ; elle était cependant plus faible que lors des récoltes de 2006 et 2009 ayant relevé des valeurs de 35,0 % et 49,0 % (Schlüer et al., 2009). Il est possible que la population des mesures de 2013 et 2014 soit un peu plus hétérogène et que la part de patient-e-s à risque ne soit pas comparable aux mesures de 2006 et 2009, car un plus grand nombre d'hôpitaux de soins de base et toutes les régions linguistiques ont été intégrés à la mesure. Si l'on compare la mesure 2014 à la mesure 2013, on remarque que la part des patient-e-s à risque de cette mesure 2014 est 1,5 % plus élevée.

La prévalence nosocomiale d'escarres chez les enfants et adolescent-e-s présentant un risque d'escarres selon Braden est plus faible de 0,6 % (escarres de catégories 1 – 4) et plus élevée de 1,9 % (escarres de catégories 2 – 4) que la prévalence dans l'échantillon global. Par comparaison avec l'année précédente, les taux de prévalence nosocomiale des escarres chez les enfants et adolescent-e-s présentant un risque d'escarre selon l'échelle de Braden sont inférieurs de 3,9 % (escarres de catégorie 1 –

4) et de 1,2 % (escarres de catégorie 2 – 4). L'une des raisons pourrait être que les infirmiers et infirmières font preuve d'une plus grande attention envers les patient-e-s à risque. La prévalence nosocomiale (catégorie 1 – 4) chez les enfants disposant d'installations médicales est inférieure de 0,6 % à l'échantillon global. En prenant en compte le risque selon l'évaluation clinique subjective des infirmières et infirmiers, une différence marginale en rapport avec l'échantillon global peut être constatée. La prévalence nosocomiale des catégories 1 – 4 est alors supérieure de 1,4 % à l'échantillon global.

Les chevilles, les talons et le nez ainsi que la catégorie Autre ont été indiqués comme les localisations les plus fréquentes d'escarres. Par rapport à l'année dernière, on note ici un léger décalage, puisque le métatarse, le nez ainsi que la catégorie Autres étaient les localisations les plus relevées pour les escarres en 2013. Ces résultats montrent que les localisations anatomiques « classiques » fréquentes chez les adultes, telles que le sacrum ou la tubérosité ischiatique, sont plus rares chez les enfants. Dans la comparaison nationale des groupes, on remarque que certaines localisations telles que le métatarse et le talon apparaissent nettement plus fréquemment dans le groupe des hôpitaux centraux/soins de base. Le nez, la cheville et le visage (sans le nez) sont quant à eux plus fréquents dans cette mesure dans le groupe de comparaison des hôpitaux universitaires/pédiatriques. Ce phénomène peut être lié aux nombres de cas plus faibles et à la population de patient-e-s spécifique ou encore à une utilisation différente des installations médicales. En ce qui concerne la distribution des localisations, on trouve des résultats similaires dans la littérature (Kottner et al., 2010; McLane et al., 2004; Schlüer et al., 2013).

5.3 Indicateurs de structure et de processus Escarre

Lors de l'analyse des indicateurs de processus, le tableau dressé est semblable à celui de l'année précédente. On peut noter le recours aussi bien à des mesures de prévention générales (inspection régulière de la peau, encouragement ciblé à bouger/mobilisation) qu'à des mesures de prévention spécifiques aux enfants (matériel protectif et/ou techniques de fixation pour les installations médicales). En ce qui concerne la fréquence d'utilisation, il n'y a pratiquement aucune différence entre les enfants présentant un risque d'escarre et les enfants avec escarre. On peut donc se demander si l'utilisation des mesures de prévention doit être intensifiée et différenciée du point de vue de la fréquence. Si l'on tient compte du fait que plus de 90 % des personnes concernées présentant une escarre disposent d'installations médicales, l'utilisation de matériel protectif/de techniques de fixation dans 12,8 % et le repositionnement des électrodes/capteurs de surveillance dans 11,6 % des cas concernés paraissent faibles.

Tout comme l'année dernière, et à l'exclusion des matelas viscoélastiques et en mousse polyuréthane, peu d'autres moyens auxiliaires de prévention tels que les coussins et les matelas de prévention des escarres (dynamiques) ont été utilisés. Là aussi, la catégorie « Autres » a souvent été relevée. Ceci peut être dû au fait qu'il y a peu de matériaux de prévention spécifiques aux enfants, et en particulier pour les enfants de moins d'un an. De plus, il est important de tenir compte du fait que le risque d'escarre, en particulier chez les jeunes enfants, peut plus rarement être influencé par des moyens auxiliaires pour soulager la pression en position allongée ou assise (matelas, surmatelas, coussins, etc.), car d'autres parties du corps sont souvent en danger (nez, pied, etc.). En outre, on sait que les interventions dites « classiques » chez les adultes ne peuvent souvent tout simplement pas être transposées telles quelles chez les enfants (surtout pas chez les bébés). Les moyens auxiliaires utilisés chez les adultes ne sont pas toujours adaptés aux enfants et peuvent même être contre-productifs. L'utilisation de matelas à pression alternée peut, en particulier chez les jeunes enfants et les nouveau-nés, se révéler plus préjudiciable que bénéfique (McCord, McElvain, Sachdeva, Schwartz, & Jefferson, 2004). Du

point de vue scientifique et des spécialistes, l'on peut se demander dans quelle mesure les escarres contractées du fait de mesures « classiques » de contention peuvent être comparées à celles provoquées par les installations médicales (Murray et al., 2013). Dans leur revue de la littérature portant sur les installations médicales, (Murray et al., 2013) constatent que les mécanismes de formation ainsi que la classification des lésions de la peau sont identiques dans les deux cas ; l'évaluation du risque et les méthodes de prévention sont cependant fondamentalement différentes.

En ce qui concerne le traitement des plaies également, on a pu relever dans cette mesure des résultats semblables aussi bien à ceux de l'année précédente qu'à ceux des publications, que ce soit chez les adultes (Barbut et al., 2006) ou chez les enfants (Schlüer et al., 2013). Les méthodes de traitement des plaies ne semblent pas toujours adaptées. Pour les escarres des catégories 2, 3 et 4, il a par exemple été indiqué que les pansements ne sont pas utilisés. Contrairement à ce qui se passe chez les adultes, il apparaît bien souvent qu'aucun pansement n'a été utilisé pour la catégorie 1. On peut imaginer que la raison peut en être la rareté des cas dans lesquels les pansements peuvent être utilisés sur les escarres nasales. La peau étant intacte dans les cas d'escarres de catégorie 1, les directives internationales recommandent le soulagement immédiat de la pression et le soin de la peau comme premières mesures (Defloor et al., 2004; European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009; Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland, 2011). Chez les enfants disposant d'installations médicales, le mode de traitement de la plaie prend souvent la forme d'un matériel protectif destiné à éviter l'aggravation d'une lésion existante (Schlüer et al., 2013).

Lors de l'analyse des indicateurs de structure, la situation se montre similaire à celle de l'année précédente. Les indicateurs de structures au niveau des hôpitaux 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 certainement plus difficile de mettre à disposition des ressources spécifiques au même titre que dans les cliniques spécialisées.

5.4 Comparaison des hôpitaux ajustée au risque

Lorsque l'on compare les hôpitaux dans des conditions ajustées au risque, on remarque tout particulièrement la différence entre les résultats de l'analyse des escarres de catégorie 1 – 4 et ceux des escarres de catégorie 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 était exclue. Les escarres à partir de la catégorie 2 ont une pertinence toute particulière en matière de santé. On peut donc en conclure que la qualité des soins est très bonne en matière d'escarres, car aucun écart significatif n'a été constaté pour les escarres d'un stade avancé. Les résultats de la catégorie 1 – 4 peuvent aussi être interprétés comme étant révélateurs d'une grande qualité de soins en la matière ; en effet les doutes, même faibles, sont visiblement déjà reconnus, classés comme tels et des mesures sont introduites. Des recherches comparables utilisant une méthode semblable n'ont pas encore été publiées, il est donc impossible d'effectuer une comparaison avec des résultats d'autres études.

5.5 Limites, appréciation critique

Cette mesure constitue la deuxième mesure sur l'ensemble de la Suisse. D'après l'expérience des partenaires internationaux LPZ, les mesures multiples peuvent avoir une influence positive sur la qualité des données, notamment en raison de la routine croissante au cours de la récolte des données.

Comme chaque année, des formations identiques ont été proposées en 2014 par la BFH et ses partenaires de coopération aux personnes chargées de la coordination dans les hôpitaux, et ce dans les trois langues du pays, afin d'améliorer la qualité des données. Depuis la mesure 2014, la participation à ces réunions de formation n'était plus rendue obligatoire de la part de l'ANQ pour ces coordinatrices et coordonnateurs. La participation aux réunions de formation était vivement recommandée pour les nouvelles coordinatrices et nouveaux coordinateurs des hôpitaux, ainsi que pour les responsables ID qui réalisaient pour la première fois la mesure. En 2014, les réunions de formation se présentaient pour la première fois sous forme de modules individuels auxquels les personnes chargées de la coordination dans les hôpitaux pouvaient assister selon leur choix. Pour garantir la transmission des informations relatives aux adaptations méthodologiques, les personnes qui n'avaient encore assisté à aucune de ces réunions de formation ont été informées par des lettres d'information électroniques.

Tout le contenu des documents de formation des équipes en charge de la mesure avait été prescrit et structuré, et le dossier d'informations/manuel avait été soigneusement rédigé. La veille et le jour même de la mesure, un service d'assistance téléphonique en allemand, français et italien était disponible.

La qualité des données mesurées est facilitée par la saisie directe en ligne, une méthode permettant aux infirmiers et infirmières dans les équipes en charge de la mesure de gagner du temps. Suite à la mise en place de l'importation automatique des données de routine du système d'informations cliniques lors de l'année de mesure 2013, la qualité des données s'est encore améliorée grâce au nouveau procédé de contrôle de la plausibilité des données.

Par rapport aux données reposant sur les indications du dossier patient ou les données de routine, la fiabilité des résultats a été renforcée par la collecte de données cliniques au lit du patient, réalisée par des personnes ressource formées. Au moins une sous-estimation de la problématique est généralement constatée pour les données du dossier patient et les données de routine. Ce phénomène est confirmé par exemple par l'évaluation réalisée dans le cadre d'un programme de prévention sur les « adverse events » Chutes et escarres (van Gaal et al., 2011). Lors d'une comparaison directe des données administratives et cliniques, des différences nettes ont été constatées entre les taux de prévalence nosocomiale des escarres de catégorie 2 – 4 (Meddings, Reichert, Hofer, & McMahon, 2013). L'utilisation de données administratives a provoqué des erreurs d'évaluation (sur- et sous-estimations) de la prévalence des escarres et du niveau de performance de plusieurs hôpitaux. Les auteurs en ont donc conclu que les données administratives n'étaient pas adaptées aux évaluations comparatives des hôpitaux. En effet, si ces types de données sont utilisés, les hôpitaux ayant une documentation de meilleure qualité peuvent être « sanctionnés ».

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. Globalement, dans la mesure 2014 également, l'institut d'analyse BFH et la mesure ont été évalués positivement par les participants à l'évaluation.

La prévalence relativement faible des escarres chez les enfants dans cette deuxième mesure de la prévalence n'est pas sans poser problème d'un point de vue méthodique et statistique. Les conclusions tirées dans ce rapport, en particulier en ce qui concerne les escarres hors catégorie 1, reposent sur un sous-groupe de 23 enfants et adolescent-e-s sur un total de 779 participant-e-s traité-e-s. Les constellations des risques de ces patient-e-s sont bien sûr fortement aléatoires, comme le montre également la structure des facteurs modifiée par rapport à celles de 2013. Ce n'est que dans les années à venir



que les mesures suivantes pourront indiquer à quel point l'identification d'une constellation de risques sûre sera possible.

6 Conclusions et recommandations

Ci-après sont formulées des conclusions et recommandations relatives à la participation à la mesure, à la prévalence des escarres nosocomiales chez les enfants et adolescent-e-s ainsi qu'au développement de la qualité et à la mesure en général. La discussion permet de dresser un état des lieux plus poussé au niveau national, tant en matière de survenance que de prévention et de traitement des escarres nosocomiales chez les enfants et adolescent-e-s.

6.1 Participation à la mesure

Le taux de participation de 80 % vient étayer la valeur significative de la mesure. Il conviendrait de viser à maintenir cette forte participation. Comme l'analyse des non-participants de la BFH sur deux années consécutives n'a apporté que très peu d'éléments nouveaux à propos de la non-participation, il est recommandé de ne plus la réaliser.

6.2 Prévalence nosocomiale des escarres

En comparaison des résultats internationaux et de ceux de la première mesure, les taux de prévalence permettent de conclure à une bonne qualité des soins dans le domaine des indicateurs sensibles des soins Escarres chez les enfants et les adolescents. Cependant, des thèmes montrant des potentiels d'optimisation ont pu être identifiés.

La thématique des installations médicales gagne en pertinence avec les résultats de cette mesure, tant au sein des résultats descriptifs que de ceux ajustés au risque. Des potentiels d'amélioration en relation avec les taux de prévalence ont été démontrés, dans la présente mesure, et tout particulièrement dans le domaine de 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 peuvent être nettement réduits à l'aide d'une approche mutli-interventionnelle et d'optimisations au niveau des structures et du processus (Acorda, 2015). Des masques de respiration et des coussins et matelas plus respectueux de la peau ont ainsi pu être mis en place au niveau des structures. Au niveau du processus, par exemple, des interventions telles que l'inspection régulière de la peau, la documentation de l'état de la peau et la surveillance systématique de la mise en place des changements de pratique ont été ancrées.

Les forts taux d'escarres nosocomiales de catégorie 1 – 4 constatés en majeure partie dans les unités de soins intensifs et de néonatalogie concordent avec les données internationales. Ceci peut être justifié, entre autres, par l'état spécial de la peau (fragile) des prématurés (Körner, Dinten-Schmid, Stoffel, Hirter, & Käppeli, 2009). Dans ce contexte, Kiss & Heiler (2014) démontrent que la mise en œuvre d'une directive au niveau de l'hôpital/des unités de soins, illustrée par les meilleures pratiques, peut entraîner une nette diminution des lésions cutanées pouvant être évitées dans ce contexte. Jusqu'à présent, cependant, pratiquement aucune directive ou aucun standard spécifique (international) n'a été développé sur le thème de l'escarre et de la prévention des escarres chez les enfants et adolescent-e-s (Schlüer et al., 2014). Les premiers pas dans cette direction ont été réalisés au niveau international. Les lignes directrices NICE (National Institute for Health Care Excellence, England, 2014) mises à jour comprennent à présent également des conclusions en matière de prévention et de traitement des escarres chez les enfants et adolescent-e-s. Les lignes directrices du NPUAP-EPUAP actualisées intègrent également de nouvelles recommandations pour des populations spécifiques telles que les enfants et les adolescent-e-s (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2014).

À l'heure actuelle, ces circonstances compliquent la préparation d'éléments structurels adéquats au niveau des hôpitaux. Au vu des ressources limitées, du champ pratique relativement réduit ainsi que des unités de soins de pédiatrie intégrées dans les hôpitaux de soins aigus, le développement d'un standard national a été lancé au niveau national en Suisse. La publication de ce standard national est prévue pour l'automne 2015 (communication personnelle avec Dr. A.B. Schlüer de l'Université pédiatrique universitaire de Zurich).

Dans le cadre de la publication des premières données nationales sur la prévalence des escarres chez les enfants et adolescent-e-s, des stratégies pour l'amélioration de la qualité, également en rapport avec les installations médicales, ont été présentées aux côtés des résultats de la mesure lors d'une manifestation spécialisée à l'initiative de l'ANQ. Les documents y afférents, dans lesquels figurent notamment des suggestions concrètes quant à l'utilisation du matériel de fixation et du matériel protectif (Schlüer, 2015), sont à la disposition des hôpitaux sur le site Internet de l'ANQ.

En matière de traitement des plaies, on note également le problème de l'absence quasi totale de produits répondant aux exigences spécifiques de la peau des enfants (en particulier des nourrissons). Il existe donc dans ce domaine un potentiel de développement de produits de traitement des plaies en coopération avec les expert-e-s du secteur des enfants et des adolescent-e-s. La même recommandation peut également être formulée à l'encontre des matelas et surmatelas (dynamiques et/ou statiques) de soulagement de la pression spécifiques aux enfants.

Des réunions de formations peuvent contribuer à la mise en place et à la consolidation des compétences cliniques nécessaires. Les thèmes suivants sont considérés comme importants compte tenu des résultats : l'évaluation du risque, les mesures de prévention visant au soulagement de la pression (inspection de la peau, changement de position, techniques de fixation et matériel protectif en cas d'utilisation d'installations médicales). La connaissance des facteurs de risque issue de l'analyse ajustée au risque de cette mesure peut être exploitée à des fins de sensibilisation dans la pratique. Ces résultats permettent de montrer que les jeunes enfants placés en néonatalogie ou en soins intensifs présentent le risque d'être admis pour une hospitalisation prolongée et de souffrir de graves maladies. Il faut également noter que chez les enfants âgés de plus de huit ans, les facteurs de risque au sens classique, c'est à dire ceux pris en compte chez les adultes, jouent un rôle.

Tout comme l'année précédente, et 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 clinique réalisée par les infirmiers-ère-s est supérieure à celle de l'échelle de Braden ou d'une autre échelle d'évaluation du risque. Les développements récents de l'évaluation du risque chez les adultes peuvent aussi, le cas échéant, être transférés chez les enfants et adolescent-e-s. Se présentent notamment comme possibilités intéressantes le développement d'un nouveau cadre conceptuel d'évaluation du risque sur la base d'une revue systématique de littérature suivie d'une consultation par des expert-e-s (Coleman et al., 2013; Coleman, Nelson, et al., 2014), ainsi que la construction d'une nouvelle approche de dépistage et d'évaluation encore approfondie du risque (Coleman, Nixon, et al., 2014).

6.3 Autres recommandations sur le développement de la qualité et la mesure de la prévalence

La sensibilisation aux indicateurs à mesurer ainsi que l'utilisation ciblée du traitement et des mesures préventives peuvent être favorisées par la publication de données (Gunningberg, Donaldson, Aydin, & Idvall, 2011; Power et al., 2014). De même, réitérer les mesures et publier des données de qualité contribue notablement à améliorer les processus de développement de la qualité dans les établissements (Fung, Lim, Mattke, Damberg, & Shekelle, 2008; Ketelaar et al., 2011; Totten et al., 2012). Ainsi, optimiser les structures et processus peut contribuer à améliorer la pratique clinique (Gunningberg et al., 2011; McBride & Richardson, 2015).

Les résultats présentés par groupe de comparaison (hôpitaux universitaires/pédiatriques et hôpitaux centraux/soins de base) permettent aux responsables des hôpitaux de comparer les résultats de leur établissement à ceux du groupe de comparaison auquel ils appartiennent. Le benchmarking doit permettre d'évaluer les indicateurs de structure, de processus et des résultats des institutions, et doit montrer, le cas échéant, un potentiel d'optimisation. Cela se fait dans l'objectif d'améliorer les résultats ou la qualité des soins prodigués aux patient-e-s (Amlung, Miller, & Bosley, 2001; Lovaglio, 2012; Stotts, Brown, Donaldson, Aydin, & Fridman, 2013).

Par rapport à la mesure chez les adultes, il existe un potentiel de développement des indicateurs de structure et de processus. Au niveau des structures, les brochures d'information pour les parents/le ou la représentant-e des enfants présentant un risque d'escarre peuvent favoriser l'information et l'inclusion active des proches et si possible, de la personne directement concernée. Du point de vue des soins, des directives ou des standards spécifiques ainsi que des personnes ressource spécialistes des escarres pourraient contribuer à l'utilisation systématique et ciblée d'une évaluation du risque et d'éventuelles interventions préventives requises en cas de risque d'escarre ou de présence d'escarre, de sorte que cette utilisation ne soit pas due au hasard. Établir une comparaison avec les analyses des processus internes peut constituer une première étape d'évaluation des résultats de benchmarking (analyses des cas d'enfants et adolescent-e-s concerné-e-s). Cela permet une comparaison concrète de la situation idéale/réelle avec le niveau de qualité défini à l'interne et cette comparaison apporte une bonne valeur ajoutée pour des processus de développement de la qualité à l'interne.

En ce sens, la mesure nationale de la prévalence Escarres enfants et la publication des données des hôpitaux peuvent offrir la possibilité de repenser certains domaines ou de les développer davantage. Ceci pourrait se faire en comparant les taux de prévalence de domaines pratiques semblables. Concrètement, la publication des résultats relatifs aux interventions (non) appliquées ou aux structures (non) disponibles peut aussi inciter à la réflexion dans les hôpitaux et les cercles spécialisés plus larges en Suisse. Par exemple, le besoin avéré en matériel spécifique aux enfants destiné à soulager la pression et à traiter les plaies ainsi que le matériel protectif/les techniques de fixation peuvent stimuler les développements et des tests adaptés sur le terrain.

Même si les données de la mesure nationale de la prévalence sont en premier lieu collectées afin de pouvoir comparer les résultats au niveau des hôpitaux, de plus en plus de publications internationales font état d'interventions en matière de qualité qui se concentrent sur le développement de la qualité orienté sur les données au niveau des unités de soins. Les interventions au niveau des unités de soins pourraient se focaliser sur les différentes populations à risque et ainsi mettre en œuvre des interventions/mesures préventives spécifiques au niveau de la structure. Une série de mesures combinées d'amélioration (« care bundles ») sont fréquemment mises en œuvre, souvent accompagnées de me-

sures de soutien telles que le coaching des collaborateur-trice-s, des procédures d'audit, la désignation d'interlocuteur-trice-s spécifiques selon les domaines au sein de l'équipe soignante, la formation continue, la participation à la récolte des données récoltées et le feedback sur les données/résultats. Les deux publications mentionnées au point 6.2 proposent de bons exemples à ce sujet (Acorda, 2015; Kiss & Heiler, 2014).

La contribution de cette mesure des escarres chez les enfants peut notamment être vue sous l'angle des champs d'action trois (Garantir et renforcer la qualité des soins) et quatre (Créer la transparence, améliorer le pilotage et la coordination) des priorités en matière de politique de santé du Conseil fédéral « Santé 2020 » (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2013). L'enregistrement systématique et unifié des données de la mesure nationale de la prévalence Escarres enfants contribue à élargir et améliorer la base de données relative à la qualité des soins au niveau national et crée une transparence en ce sens qu'elle est accessible au public.

Bibliographie

- Acorda, D. E. (2015). Nursing and Respiratory Collaboration Prevents BiPAP-Related Pressure Ulcers. *Journal of Pediatric Nursing, 30*(4), 620-623. doi: 10.1016/j.pedn.2015.04.001
- Amlung, S. R., Miller, W. L., & Bosley, L. M. (2001). The 1999 National Pressure Ulcer Prevalence Survey: a benchmarking approach. *Advances in skin and wound care, 14*(6), 297-301.
- Barbut, F., Parzybut, B., Boelle, P. Y., Neyme, D., Farid, R., Kosmann, M. J., & Luquel, L. (2006). [Pressure sores in a university hospital]. *La Presse médicale, 35*(5 Pt 1), 769-778. doi: S0755-4982(06)74688-7 [pii]
- Coleman, S., Gorecki, C., Nelson, E. A., Closs, S. J., Defloor, T., Halfens, R. J. G., . . . Nixon, J. (2013). Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 50*(7), 974-1003. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.019>
- Coleman, S., Nelson, E. A., Keen, J., Wilson, L., McGinnis, E., Dealey, C., . . . Nixon, J. (2014). Developing a pressure ulcer risk factor minimum data set and risk assessment framework. *Journal of advanced nursing, n/a-n/a*. doi: 10.1111/jan.12444
- Coleman, S., Nixon, J., Keen, J., Wilson, L., McGinnis, E., Dealey, C., . . . Nelson, E. A. (2014). A new pressure ulcer conceptual framework. *Journal of advanced nursing, n/a-n/a*. doi: 10.1111/jan.12405
- Dassen, T., Tannen, A., & Lahmann, N. (2006). Pressure ulcer, the scale of the problem. In M. Romanelli (Ed.), *Science and Praxis of pressure ulcer management* London: Springer.
- Defloor, T., Herremans, A., Grypdonck, M., De Schuijmer, J., Paquay, L., Schoonhoven, L., . . . Weststraete, J. (2004). Recommandation belge pour la prévention des escarres (Vol. 2). Bruxelles: Santé publique, Sécurité de la Cheine Alimentaire et Environnement.
- Dixon, M., & Ratliff, C. (2005). Pediatric pressure ulcer prevalence--one hospital's experience. *Ostomy/wound management, 51*(6), 44-46.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). Prévention des escarres. Guide de référence abrégé développé par EPUAP et NPUAP. Washinton DC: National Pressure Ulcer Advisory Pannel.
- Firth, D. (1993). Bias reduction of maximum likelihood estimates. *Biometrika, 80*(1), 27-38.
- Fung, C. H., Lim, Y. W., Mattke, S., Damberg, C., & Shekelle, P. G. (2008). Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of internal medicine, 148*(2), 111-123.
- Gordis, L. (2009). *Epidemiology* (4th ed.). Philadelphia: Saunders.
- Groeneveld, A., Anderson, M., Allen, S., Bressmer, S., Golberg, M., Magee, B., . . . Young, S. (2004). The prevalence of pressure ulcers in a tertiary care pediatric and adult hospital. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing, 31*(3), 108-120; quiz 121-102. doi: 00152192-200405000-00004 [pii]
- Gunningberg, L., Donaldson, N., Aydin, C., & Idvall, E. (2011). Exploring variation in pressure ulcer prevalence in Sweden and the USA: benchmarking in action. *Journal of Evaluation in Clinical Practice. doi: 10.1111/j.1365-2753.2011.01702.x*
- Halfens, R. J. G., Bours, G. J., & Van Ast, W. (2001). Relevance of the diagnosis 'stage 1 pressure ulcer': an empirical study of the clinical course of stage 1 ulcers in acute care and long-term care hospital populations. *Journal of Clinical nursing, 10*(6), 748-757.
- Halfens, R. J. G., Van Achterberg, T., & Bal, R. M. (2000). Validity and reliability of the braden scale and the influence of other risk factors: a multi-centre prospective study. *International Journal of Nursing Studies, 37*(4), 313-319.
- Heinze, G. (2006). A comparative investigation of methods for logistic regression with separated or nearly separated data. *Statistics in medicine, 25*(24), 4216-4226. doi: 10.1002/sim.2687
- Heinze, G., & Schemper, M. (2002). A solution to the problem of separation in logistic regression. *Statistics in medicine, 21*(16), 2409-2419. doi: 10.1002/sim.1047

- Ketelaar, N. A., Faber, M. J., Flottorp, S., Rygh, L. H., Deane, K. H., & Eccles, M. P. (2011). Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. *Cochrane database of systematic reviews*(11), CD004538. doi: 10.1002/14651858.CD004538.pub2
- Kiss, E. A., & Heiler, M. (2014). Pediatric skin integrity practice guideline for institutional use: a quality improvement project. *Journal of Pediatric Nursing, 29*(4), 362-367. doi: 10.1016/j.pedn.2014.01.012
- Körner, A., Dinten-Schmid, B., Stoffel, L., Hirter, K., & Käppeli, S. (2009). Hautpflege und Hautschutz beim unreifen Frühgeborenen. Eine systematische Literaturübersicht. *Pflege*(22), 266-276. doi: DOI 10.1024/1012-5302.22.4.266
- Kottner, J., Wilborn, D., & Dassen, T. (2010). Frequency of Pressure Ulcers in the Paediatric Population: A Literature Review and New Empirical Data. *International Journal of Nursing Studies, 47*, 1330-1340.
- Lovaglio, P. G. (2012). Benchmarking strategies for measuring the quality of healthcare: problems and prospects. *TheScientificWorldJournal, 2012*, 606154. doi: 10.1100/2012/606154
- McBride, J., & Richardson, A. (2015). A critical care network pressure ulcer prevention quality improvement project. *Nursing in critical care*. doi: 10.1111/nicc.12174
- McCord, S., McElvain, V., Sachdeva, R., Schwartz, P., & Jefferson, L. S. (2004). Risk Factors Associated With Pressure Ulcers in the Pediatric Intensive Care Unit. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 31*(4), 179-183.
- McLane, K. M., Bookout, K., McCord, S., McCain, J., & Jefferson, L. S. (2004). The 2003 national pediatric pressure ulcer and skin breakdown prevalence survey: a multisite study. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing, 31*(4), 168-178.
- Meddings, J. A., Reichert, H., Hofer, T., & McMahon, L. F., Jr. (2013). Hospital report cards for hospital-acquired pressure ulcers: how good are the grades? *Annals of internal medicine, 159*(8), 505-513. doi: 10.7326/0003-4819-159-8-201310150-00003
- Murray, J. S., Noonan, C., Quigley, S., & Curley, M. A. Q. (2013). Medical Device-Related Hospital-Acquired Pressure Ulcers in Children: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Nursing, 28*(6), 585-595. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2013.05.004>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, E. P. U. A. P. a. P. P. I. A. (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide (Englisch Version). In E. Haesler (Ed.). Osborne Park, Australia: Cambridge Media.
- NICE. (2014). Pressure ulcers: prevention and management of pressure ulcers *Update 2014* (Vol. NICE clinical guideline 179): National Institute for Health Care Excellence
- Noonan, C., Quigley, S., & Curley, M. A. Q. (2006). Skin Integrity in Hospitalized Infants and Children: A Prevalence Survey. *Journal of Pediatric Nursing, 21*(6), 445-453.
- Noonan, C., Quigley, S., & Curley, M. A. Q. (2011). Using the Braden Q Scale to Predict Pressure Ulcer Risk in Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing, 26*, 566-575.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2013). Santé2020. Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP), Unité de direction Politique de la santé.
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2006). Typologie des hôpitaux. Statistique des établissements de santé (soins intra-muros). Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, Section de la santé.
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2014a). Les enfants à l'hôpital. Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2014b). Statistiques de la santé 2014. Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2015). Hôpitaux - Indicateurs: Hospitalisations. Retrieved 11 Septembre, 2015, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/01/key/inanspruchnahme.html>
- Power, M., Fogarty, M., Madsen, J., Fenton, K., Stewart, K., Brotherton, A., . . . Provost, L. (2014). Learning from the design and development of the NHS Safety Thermometer. *Int J Qual Health Care, 26*(3), 287-297. doi: 10.1093/intqhc/mzu043
- Schlüer, A. B. (2013). *Pressure ulcers in pediatric patients: a challenge!* (Doctor), Maastricht University.

- Schlüer, A. B. (2015). *Les escarres chez les enfants – Pertinence clinique et recommandations pratiques*. Paper presented at the Symposium sur les escarres enfants de l'ANQ, Olten.
- Schlüer, A. B., Cignacco, E., Müller, M., & Halfens, R. J. G. (2009). The prevalence of pressure ulcers in four paediatric institutions. *Journal of Clinical Nursing, 18*(23), 3244-3252. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02951.x
- Schlüer, A. B., Halfens, R. J. G., & Schols, J. M. G. A. (2012). Pediatric pressure ulcer prevalence: a multicenter, cross-sectional, point prevalence study in Switzerland. *Ostomy/wound management, 58*(7), 18-31.
- Schlüer, A. B., Schols, J. M. G. A., & Halfens, R. J. G. (2013). Pressure ulcer treatment in pediatric patients. *Advances in Skin & Wound Care, 26*(11), 504-510. doi: 10.1097/01.ASW.0000433103.55891.af
- Schlüer, A. B., Schols, J. M. G. A., & Halfens, R. J. G. (2014). Risk and associated factors of pressure ulcers in hospitalized children over 1 year of age. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 19*(1), 80-89. doi: 10.1111/jspn.12055
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan. (2012). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium > Monitoring und Daten > Gesundheitsindikatoren > Inanspruchnahme > Aufenthaltsdauer in Akutspitälern > Aufenthaltsdauer in Akutspitälern. Retrieved Juni, 2014 from <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/04/01/blank/blank/blank/05/07.indicator.149038.html?open=149001,149003#149003>
- Stotts, N. A., Brown, D. S., Donaldson, N. E., Aydin, C., & Fridman, M. (2013). Eliminating Hospital-Acquired Pressure Ulcers: Within Our Reach. *Advances in Skin & Wound Care, 26*(1), 13-18. doi: Doi 10.1097/01.Asw.0000425935.94874.41
- Suddaby, E. C., Barnett, S., & Fecteau, L. (2005). Skin Breakdown in Acute Care Pediatrics. *Pediatric Nursing, 31*(2), 132-148.
- Totten, A. M., Wagner, J., Tiwari, A., O'Haire, C., Griffin, J., & Walker, M. (2012). 5. Public Reporting as a Quality Improvement Strategy. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- van Gaal, B. G., Schoonhoven, L., Mintjes, J. A., Borm, G. F., Koopmans, R. T., & van Achterberg, T. (2011). The SAFE or SORRY? programme. part II: effect on preventive care. *International Journal of Nursing Studies, 48*(9), 1049-1057. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.018
- Vangelooven, C., Richter, D., Conca, A., Kunz, S., Grossmann, N., Blaettler, T., & Hahn, S. (2014). Mesure nationale de la prévalence, Module escarres enfants: Rapport Comparatif National de la mesure 2013. Bern: Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), Haute école spécialisée bernoise (BFH), Section Santé, recherche appliquée et développement Soins.
- Vangelooven, C., Richter, D., & Hahn, S. (2015). Auswertungskonzept ANQ. Nationale Prävalenzmessung Sturz & Dekubitus Erwachsene und Dekubitus Kinder, ab 2013 (2.2 ed.). Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ; Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit, Abteilung angewandte Forschung und Entwicklung, Dienstleistung.
- Vangelooven, C., Schwarze, T., Richter, D., Liechti, N., Moser, R., Lapanik, Z., . . . Hahn, S. (2015). Mesure nationale de la prévalence des chutes et des escarres. Rapport Comparatif National sur la mesure 2014 - Adultes. Berne: Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ), Haute école spécialisée bernoise (BFH), Section Santé, recherche appliquée et développement Soins.
- Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland. (2011). Landelijke multidisciplinaire richtlijn Decubitus preventie en behandeling. Utrecht.
- Von Siebenthal, D., & Baum, S. (2012). Dekubitus: Epidemiologie, Definition und Prävention. *Wundmanagement, Supplement*(3), 20-27.
- White, P., McGillis Hall, L., & Lalonde, M. (2011). Adverse Patient Outcomes In D. M. Doran (Ed.), *Nursing Outcomes. The state of the science*. (second ed.). Sudbury MA: Jones & Bartlett Learning.

Liste des figures

Figure 1 : risque d'escarre selon la répartition LPZ pour tous les enfants et adolescent-e-s	31
Figure 2 : enfants et adolescent-e-s* avec escarre nosocomiale de catégorie 1 – 4 selon le risque d'après la répartition LPZ et d'après l'évaluation subjective clinique des infirmiers/ères	35
Figure 3 : graphique en entonnoir – taux de prévalence standardisés des escarres de catégories 1 – 4 pour tous les hôpitaux participants.....	44
Figure 4 : graphique en entonnoir – taux de prévalence standardisés des escarres de catégories 2 – 4. Figure pour tous les hôpitaux participants*.....	46

Liste des tableaux

Tableau 1: calcul de la prévalence des escarres de (en %) au moment de la mesure	16
Tableau 2: hôpitaux, enfants et adolescent-e-s participant-e-s et motifs de non-participation	21
Tableau 3: hôpitaux, enfants et adolescent-e-s participant-e-s par canton	22
Tableau 4: types d'unités de soins selon le type d'hôpital	23
Tableau 5: totaux par groupe d'âge des enfants et adolescent-e-s et répartition par type d'unité de soins*	24
Tableau 6: installations médicales	25
Tableau 7: diagnostics médicaux par groupe de comparaison	26
Tableau 8: description de tous les enfants et adolescent-e-s avec une escarre de catégorie 1 – 4 selon le type d'hôpital	29
Tableau 9: risque d'escarre par catégorie de risque de l'échelle de Braden pour tous les enfants et adolescent-e-s	30
Tableau 10: risque d'escarre d'après l'évaluation subjective de l'infirmier-ère	31
Tableau 11: différents types de prévalence des escarres	33
Tableau 12: catégorie d'escarre la plus élevée indiquée selon le risque d'escarre d'après Braden	36
Tableau 13: prévalence d'escarres nosocomiales des catégories 1 – 4 par unité de soins dans les différents types d'hôpitaux	37
Tableau 14: nombre total d'escarres selon la catégorie d'escarre la plus élevée et le groupe de comparaison	38
Tableau 15: escarres nosocomiales de catégories 1 – 4 selon la catégorie d'escarre la plus élevée et par groupe de comparaison	39
Tableau 16: variables du modèle de régression logistique et valeurs représentatives - escarres de catégories 1 – 4	42
Tableau 17: variables du modèle de régression logistique et valeurs représentatives - escarres de catégories 2 – 4	45
Tableau 18: comparaison des enfants et adolescent-e-s non participant-e-s en termes d'âge, de sexe, et de type d'unité de soins	66
Tableau 19: IMC par groupe d'âge et groupe de comparaison	67
Tableau 20: informations sur les escarres nosocomiales de catégories 2 – 4 selon le type d'unité de soins dans les groupes de comparaison	67
Tableau 21: diagnostics médicaux des enfants et adolescents avec une escarre nosocomiale de catégorie 1 – 4	68
Tableau 22: localisation des escarres de catégorie 1 – 4 sur le corps selon le type d'hôpital	69
Tableau 23: durée de l'escarre, catégories 1 – 4 selon le type d'hôpital	70
Tableau 24: mesures de prévention et moyens auxiliaires chez les enfants et adolescent-e-s ayant un risque d'escarre par type d'hôpital	70
Tableau 25: matelas/surmatelas des escarres comme mesure de prévention chez les enfants et adolescent-e-s ayant un risque d'escarre par type d'hôpital	71
Tableau 26: mesures de prévention en position assise chez les enfants et adolescent-e-s ayant un risque d'escarre par type d'hôpital	72
Tableau 27: mesures préventives générales et moyens auxiliaires chez les enfants et adolescent-e-s avec escarres par type d'hôpital	72
Tableau 28: matelas et surmatelas comme mesure préventive chez les enfants avec escarre par type d'hôpital	73
Tableau 29: mesures préventives en position assise chez les patient-e-s à risques avec escarre par type d'hôpital	74
Tableau 30: pansements pour escarres de catégorie 1 – 4 par type d'hôpital	74

Tableau 31 : indicateurs de structure pour les escarres des enfants et adolescent-e-s au niveau des hôpitaux selon le type d'hôpital.....	76
Tableau 32 : indicateurs de structure pour les escarres chez les enfants et adolescent-e-s au niveau des unités de soins selon le type d'hôpital.....	76
Tableau 33 : Taux de participation et taux de prévalence nosocomiale ajustée au risque	77

Annexe

Tableau 18: comparaison des enfants et adolescent-e-s non participant-e-s en termes d'âge, de sexe, et de type d'unité de soins

		Type d'unité de soins							
	Par groupe d'âge	Chirurgie pédiatrique n (%)	Médecine pédiatrique n (%)	Unité générale de soins pédiatrique n (%)	Soins intensifs en pédiatrique n (%)	Soins continus en pédiatrique n (%)	Néonatalogie n (%)	Total n (%)	
LPZ Participant-e-s	≤1 an	28 (3.6)	48 (6.2)	61 (7.8)	40 (5.1)	16 (2.1)	212 (27.2)	405 (52.0)	
	>1-4 ans	30 (3.9)	26 (3.3)	41 (5.3)	5 (0.6)	4 (0.5)	1 (0.1)	107 (13.7)	
	>4-8 ans	21 (2.7)	14 (1.8)	35 (4.5)	6 (0.8)	1 (0.1)	1 (0.1)	78 (10.0)	
	>8-16 ans	57 (7.3)	50 (6.4)	77 (9.9)	1 (0.1)	2 (0.3)	2 (0.3)	189 (24.3)	
	Total	136 (17.5)	138 (17.7)	214 (27.5)	52 (6.7)	23 (3.0)	216 (27.7)	779 (100)	
	Sexe								
	Filles	55 (7.1)	53 (6.8)	94 (12.1)	19 (2.4)	11 (1.4)	101 (13.0)	333 (42.7)	
	Garçons	81 (10.4)	85 (10.9)	120 (15.4)	33 (4.2)	12 (1.5)	115 (14.8)	446 (57.3)	
	Total	136 (17.5)	138 (17.7)	214 (27.5)	52 (6.7)	23 (3.0)	216 (27.7)	779 (100)	
LPZ non participant-e-s	Raisons non-participation								
	Patient-e non accessible	6 (3.6)	9 (5.3)	6 (3.6)	1 (0.6)	0 (0.0)	7 (4.1)	29 (17.2)	
	État comateux ou état critique	4 (2.4)	0 (0.0)	3 (1.8)	4 (2.4)	0 (0.0)	3 (1.8)	14 (8.3)	
	D'autres	8 (4.7)	0 (0.0)	16 (9.5)	5 (3.0)	2 (1.2)	21 (12.4)	62 (36.7)	
	État cognitif trop mauvais	0 (0.0)	10 (5.9)	1 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.6)	
	Refus de participation	15 (8.9)	9 (5.3)	30 (17.8)	0 (0.0)	1 (0.6)	8 (4.7)	63 (37.3)	
	Total	33 (19.5)	28 (16.6)	56 (33.1)	10 (5.9)	3 (1.8)	39 (23.1)	169 (100)	
BFH Non participant-e-s	Par groupe d'âge								
	≤1 an	6 (5.9)	8 (7.9)	7 (6.9)	1 (1.0)	0 (0.0)	20 (19.8)	42 (41.6)	
	>1-4 ans	6 (5.9)	1 (1.0)	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (7.9)	
	>4-8 ans	5 (5.0)	2 (2.0)	6 (5.9)	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (13.9)	
	>8-16 ans	10 (9.9)	9 (8.9)	16 (15.8)	1 (1.0)	1 (1.0)	0 (0.0)	37 (36.6)	
	Total	27 (26.7)	20 (19.8)	30 (29.7)	3 (3.0)	1 (1.0)	20 (19.8)	101 (100)	
	Sexe								
		Filles	11 (10.9)	11 (10.9)	18 (17.8)	1 (1.0)	1 (1.0)	7 (6.9)	49 (48.5)
		Garçons	16 (15.8)	9 (8.9)	12 (11.9)	2 (2.0)	0 (0.0)	13 (12.9)	52 (51.5)
		Total	27 (26.7)	20 (19.8)	30 (29.7)	3 (3.0)	1 (1.0)	20 (19.8)	101 (100)
	Raisons non-participation								
	Patient-e non accessible	6 (5.9)	2 (2.0)	10 (9.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (3.0)	21 (20.8)	
	État comateux ou état critique	3 (3.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	0 (0.0)	2 (2.0)	8 (7.9)	
	D'autres	3 (3.0)	11 (10.9)	3 (3.0)	1 (1.0)	0 (0.0)	12 (11.9)	30 (29.7)	
État cognitif trop mauvais	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)		
Refus de participation	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	0 (0.0)	1 (1.0)		
Phase terminale	15 (8.9)	6 (5.9)	15 (14.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (3.0)	40 (39.6)		
Total	29 (26.7)	20 (19.8)	30 (29.7)	3 (3.0)	1 (1.0)	20 (19.8)	101 (100)		
Info. compl. raisons non-participation									
	Langue	3 (14.3)	1 (4.8)	2 (9.5)	-	-	0 (0.0)	6 (28.6)	
	Démision	1 (4.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	-	0 (0.0)	1 (4.8)	
	Refus Proches	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (19.0)	-	-	1 (4.8)	5 (23.8)	
	Proches non joignables	0 (0.0)	3 (14.3)	2 (9.5)	-	-	4 (19.0)	9 (42.9)	
	Total	4 (19.0)	4 (19.0)	8 (38.1)	-	-	5 (23.8)	21 (100)	

Tableau 19 : IMC par groupe d'âge et groupe de comparaison

BMI	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques (n=463)				Hôpitaux centraux/ soins de base (n=316)				Total hôpital (n=779)			
	≤1 an	> 1-4 ans	> 4-8 ans	>8-16 ans	≤1 an	> 1-4 ans	>4-8 ans	>8-16 ans	≤1 an	> 1-4 ans	>4-8 ans	>8- 16 ans
Valeur moyenne	12.8	16.1	15.8	19.2	12.8	15.9	16.5	19.4	12.8	16.0	16.1	19.2
Médian	12.7	15.8	15.5	18.3	12.1	16.0	15.8	19.1	12.4	16.0	15.7	19.0
Ecart type	3.5	3.9	3.4	4.9	3.9	2.3	3.0	3.8	3.7	3.3	3.2	4.5
Total	241 (31.0)	63 (8.0)	46 (6.0)	113 (15.0)	164 (21.0)	44 (6.0)	32 (4.0)	76 (10.0)	405 (52.0)	107 (13.7)	78 (10.0)	189 (24.3)

Commentaire : pour des raisons de plausibilité, le poids et l'IMC n'ont pas été pris en compte pour un enfant

Tableau 20 : informations sur les escarres nosocomiales de catégories 2 – 4 selon le type d'unité de soins dans les groupes de comparaison

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques (n=463)	Hôpitaux centraux/ soins de base * (n=312)	Total hôpital (n=775)
Type d'unité de soins	n (%)	n (%)	n (%)
Chirurgie pédiatrique 2014 2013	2 (1.9) 4 (3.7)	1 (3.6) 0 (0.0)	3 (2.2) 4 (2.7)
Médecine pédiatrique 2014 2013	1 (0.9) 0 (0.0)	0 (0.0) 0 (0.0)	1 (0.7) 0 (0.0)
Unité générale de soins pé- diatrique (interdisciplinaire) 2014 2013	3 (5.5) 4 (5.1)	2 (1.3) 0 (0.0)	5 (2.3) 4 (1.9)
Soins intensifs 2014 2013	6 (13.6) 4 (7.0)	1 (12.5) 0 (0.0)	7 (13.5) 4 (6.1)
Soins continus en pédiatrie 2014 2013	0 (0.0) 1 (20.0)	0 (0.0) 1 (14.3)	0 (0.0) 2 (16.7)
Néonatalogie 2014 2013	7 (5.4) 4 (5.1)	0 (0.0) 0 (0.0)	7 (3.3) 4 (2.7)
Total 2014 2013	19 (4.1) 17 (3.8)	4 (1.3) 1 (0.4)	23 (3.0) 18 (2.5)

*Aucune information sur le type d'unité de soins n'a été fournie pour quatre enfants/adolescent-e-s des hôpitaux centraux/soins de base en 2014.

Tableau 21 : diagnostics médicaux des enfants et adolescents avec une escarre nosocomiale de catégorie 1 – 4

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques (n=463)	Hôpitaux centraux/ soins de base (n=316)	Total hôpitaux (n=730)
Diagnostics médicaux*	n (%)	n (%)	n (%)
Total escarres nosocomiales catégorie 1 – 4	84 (18.1)	21 (6.6)	105 (13.5)
Dont les maladies	n (%)	n (%)	n (%)
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	16 (19.0)	8 (38.1)	24 (22.9)
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	23 (27.4)	1 (4.8)	24 (22.9)
Maladies de l'appareil respiratoire	16 (19.0)	2 (9.5)	18 (17.1)
Malform. congénitales et anomalies chromosomiques	11 (13.1)	2 (9.5)	13 (12.4)
Maladies infectieuses et parasitaires	7 (8.3)	5 (23.8)	12 (11.4)
Maladies de l'appareil circulatoire	10 (11.9)	0 (0.0)	10 (9.5)
Maladies de l'appareil digestif	6 (7.1)	2 (9.5)	8 (7.6)
Lésions traumatiques et autres conséquences de causes externes	6 (7.1)	1 (4.8)	7 (6.7)
Maladies ostéo-artic., muscles et tissu conjonctif	4 (4.8)	2 (9.5)	6 (5.7)
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métab.	4 (4.8)	1 (4.8)	5 (4.8)
Maladies du système nerveux	5 (6.0)	0 (0.0)	5 (4.8)
Maladies de l'appareil génito-urinaire	2 (2.4)	2 (9.5)	4 (3.8)
Maladies de peau/tissu cellulaire sous-cutané	3 (3.6)	0 (0.0)	3 (2.9)
Maladies de peau/tissu cellulaire sous-cutané	3 (3.6)	0 (0.0)	3 (2.9)
Grossesse, accouchement et puerpéralité	0 (0.0)	1 (4.8)	1 (1.0)
Troubles mentaux et du comportement	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (1.0)
Symptômes et résultats anormaux (ex. clinique et labo) non classés	0 (0.0)	1 (4.8)	1 (1.0)
Maladies de l'œil et de ses annexes	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (1.0)
AVC/hémiplégie	1 (1.2)	0 (0.0)	1 (1.0)
Nombre de diagnostics (moyenne) par enfant	1.4	1.3	1.4
Total	84 (100)	21 (100)	105 (100)

* Plusieurs mentions

Tableau 22 : localisation des escarres de catégorie 1 – 4 sur le corps selon le type d'hôpital

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux
Total enfants et adolescent-e-s avec escarre	88 (100)	24 (100)	112 (100)
Localisation des parties du corps	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Occiput	2 (2.3)	0 (0.0)	2 (1.8)
Visage (sans nez)	9 (10.2)	0 (0.0)	9 (8.0)
Oreille ga (gauche)	2 (2.3)	0 (0.0)	2 (1.8)
Oreille dr (droit-e)	2 (2.3)	0 (0.0)	2 (1.8)
Nez ga	11 (12.5)	2 (8.3)	13 (11.6)
Nez dr	22 (25.0)	1 (4.2)	23 (20.5)
Dos de la main ga	2 (2.3)	2 (8.3)	4 (3.6)
Dos de la main dr	4 (4.5)	1 (4.2)	5 (4.5)
Sacrum	2 (2.3)	0 (0.0)	2 (1.8)
Tubérosité ischiatique ga	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Tubérosité ischiatique dr	1 (1.1)	0 (0.0)	1 (0.9)
Colonne vertébrale	5 (5.7)	0 (0.0)	5 (4.5)
Cheville ga	10 (11.4)	0 (0.0)	10 (8.9)
Cheville dr	6 (6.8)	0 (0.0)	6 (5.4)
Orteil ga	4 (4.5)	1 (4.2)	5 (4.5)
Orteil dr	1 (1.1)	0 (0.0)	1 (0.9)
Métatarse ga	1 (1.1)	6 (25.0)	7 (6.3)
Métatarse dr	3 (3.4)	1 (4.2)	4 (3.6)
Talon ga	4 (4.5)	4 (16.7)	8 (7.1)
Talon dr	6 (6.8)	4 (16.7)	10 (8.9)
Autre(s) ga	21 (23.9)	4 (16.7)	25 (22.3)
Autre(s) dr	21 (23.9)	5 (20.8)	26 (23.2)
Total lésions	139	31	170

*Les chiffres absolus et les pourcentages des localisations sur les parties du corps font référence au nombre d'escarres.

Tableau 23 : durée de l'escarre, catégories 1 – 4 selon le type d'hôpital

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux
Total enfants et adolescent-e-s avec escarre	88 (100)	24 (100)	112 (100)
Durée des escarres	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Escarres depuis =< 2 semaines	76 (86.4)	23 (95.8)	99 (85.3)
Escarres depuis > 2 semaines et =< 3 mois	16 (18.2)	1 (4.2)	17 (14.7)
Escarres depuis > 3 mois et =< 6 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Escarres depuis > 6 mois et =< 12 mois	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Escarres depuis > 1 année	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

*Les chiffres absolus relatifs à la durée de l'escarre font référence au nombre d'escarres. La valeur exprimée en pourcentage se réfère au nombre total d'enfants et d'adolescent-e-s avec une escarre.

Tableau 24 : mesures de prévention et moyens auxiliaires chez les enfants et adolescent-e-s ayant un risque d'escarre par type d'hôpital

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux
Enfants et adolescent-e-s à risque	186 (100)	110* (100)	296 (100)
Mesures de prévention	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Inspection régulière de la peau	212 (18.1)	94 (15.8)	306 (17.3)
Encouragement ciblé à bouger/mobilisation	138 (11.8)	79 (13.3)	217 (12.3)
Repositionnement en étant couché-e	140 (11.9)	62 (10.4)	202 (11.4)
Installations médicales : matériel protectif et/ou techniques de fixation	151 (12.9)	75 (12.6)	226 (12.8)
Repositionnement électrodes et capteurs de monitoring	129 (11.0)	76 (12.8)	205 (11.6)
Prévention/correction nutrition. ou liquid.	143 (12.2)	69 (11.6)	212 (12.0)
Repositionnement en étant assis-e	6 (0.5)	9 (1.5)	15 (0.8)
Enseignement prévention (enfants et proches)	37 (3.2)	43 (7.2)	80 (4.5)
Pommades ou crèmes pour la protection de la peau	82 (7.0)	44 (7.4)	126 (7.1)
Réduction de la pression sur emplacements corporels à risque	44 (3.8)	19 (3.2)	63 (3.6)
Réduction de la pression sur les talons	67 (5.7)	13 (2.2)	80 (4.5)

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux
Autre(s)	15 (1.3)	9 (1.5)	24 (1.4)
Impossibilité de repositionner l'enfant (EMCO etc.)	2 (0.2)	0 (0.0)	2 (0.1)
Aucun	6 (0.5)	2 (0.3)	8 (0.5)
Autres moyens auxiliaires	n (%)	n (%)	n (%)
Protection du coude	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Protection des talons	1 (0.4)	0 (0.0)	1 (0.3)
Peau de mouton naturelle	6 (2.7)	0 (0.0)	6 (1.8)
Peau de mouton synthétique	0 (0.0)	3 (2.9)	3 (0.9)
Autre(s)	45 (20.2)	17 (16.2)	62 (18.9)
Aucun	171 (76.7)	85 (81.0)	256 (78.0)

* Plusieurs mentions

Tableau 25 : matelas/surmatelas des escarres comme mesure de prévention chez les enfants et adolescent-e-s ayant un risque d'escarre par type d'hôpital

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux
Enfants et adolescent-e-s à risque	223 (100)	104 (100)	327 (100)
Matelas/surmatelas	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Matelas en mousse visco-élastique	29 (13.0)	5 (4.8)	34 (10.4)
Matelas en mousse polyuréthane	26 (11.7)	9 (8.7)	35 (10.7)
Matelas/surmatelas dynamique à pression alternée	2 (0.9)	15 (14.4)	17 (5.2)
Lit à air, lit sur coussin d'air	3 (1.3)	1 (1.0)	4 (1.2)
Autre(s)	43 (19.3)	22 (21.2)	65 (19.9)
Pas de matelas ou surmatelas de prévention	120 (53.8)	52 (50.0)	172 (52.6)

Tableau 26 : mesures de prévention en position assise chez les enfants et adolescent-e-s ayant un risque d'escarre par type d'hôpital

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux
Enfants et adolescent-e-s à risque	223 (100)	104 (100)	327 (100)
Coussin	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Coussin de gel	7 (3.1)	0 (0.0)	7 (2.1)
Coussin mousse	2 (0.9)	1 (1.0)	3 (0.9)
Autre(s)	19 (8.5)	1 (1.0)	20 (6.1)
Pas de coussin de prévention des escarres	92 (41.3)	56 (53.8)	148 (45.3)
Non pertinent (position assise pas possible)	103 (46.2)	46 (44.2)	149 (45.6)
Total	223 (100)	104 (100)	327 (100)

Tableau 27 : mesures préventives générales et moyens auxiliaires chez les enfants et adolescent-e-s avec escarres par type d'hôpital

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux
Enfants et adolescent-e-s avec des escarres	88 (100)	24 (100)	112 (100)
Mesures de prévention	n (%)	n (%)	n (%)
Repositionnement en étant couché-e	54 (10.7)	9 (6.9)	63 (9.9)
Repositionnement en étant assis-e	1 (0.2)	2 (1.5)	3 (0.5)
Encouragement ciblé à bouger/mobilisation	64 (12.7)	16 (12.2)	80 (12.6)
Prévention/correction nutrition. ou liquid.	57 (11.3)	11 (8.4)	68 (10.7)
Enseignement prévention (enfants et proches)	15 (3.0)	14 (10.7)	29 (4.6)
Inspection régulière de la peau	81 (16.0)	22 (16.8)	103 (16.2)
Installation médicale: matériel protectif. et/ou techn. fixation	67 (13.3)	16 (12.2)	83 (13.1)
Repositionnement électrodes et capteurs de monitoring	56 (11.1)	18 (13.7)	74 (11.6)
Réduc. pression sur les emplacements corp. à risque	25 (5.0)	2 (1.5)	27 (4.2)
Réduction de la pression sur les talons	30 (5.9)	3 (2.3)	33 (5.2)
Pommades ou crèmes pour la protection de la peau	45 (8.9)	13 (9.9)	58 (9.1)
Autre mesure	3 (0.6)	4 (3.1)	7 (1.1)

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux
Impossibilité de repositionner l'enfant (EMCO etc.)	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.2)
Aucun	6 (1.2)	1 (0.8)	7 (1.1)
Autres moyens auxiliaires de prévention	n (%)	n (%)	n (%)
Protection du coude	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Protection des talons	1 (1.1)	0 (0.0)	1 (0.9)
Peau de mouton naturelle	4 (4.5)	0 (0.0)	4 (3.6)
Peau de mouton synthétique	1 (1.1)	0 (0.0)	1 (0.9)
Autre(s)	15 (17.0)	4 (16.7)	19 (17.0)
Aucun	67 (76.1)	20 (83.3)	87 (77.7)

Tableau 28 : matelas et surmatelas comme mesure préventive chez les enfants avec escarre par type d'hôpital

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux
Enfants et adolescent-e-s avec des escarres	88 (100)	24 (100)	112 (100)
Matelas/surmatelas	n (%)	n (%)	n (%)
Matelas/surmatelas dynamique à pression alternée	1 (1.1)	1 (4.2)	2 (1.8)
Lit à air, lit sur coussin d'air	1 (1.1)	0 (0.0)	1 (0.9)
Matelas en mousse polyuréthane	6 (6.8)	1 (4.2)	7 (6.3)
Matelas en mousse visco-élastique	16 (18.2)	1 (4.2)	17 (15.2)
Autre(s)	26 (29.5)	4 (16.7)	30 (26.8)
Pas de matelas ou surmatelas de prévention	38 (43.2)	17 (70.8)	55 (49.1)

Tableau 29 : mesures préventives en position assise chez les patient-e-s à risques avec escarre par type d'hôpital

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux
Enfants et adolescent-e-s avec des escarres	88 (100)	24 (100)	112 (100)
Coussin	n (%)	n (%)	n (%)
Coussin de gel	2 (3.0)	0 (0.0)	2 (2.6)
Coussin d'air/coussin en co- quille d'œufs	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Coussin mousse	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Autre(s)	11 (16.7)	0 (0.0)	11 (14.3)
Pas de coussin de préven- tion des escarres	19 (28.8)	5 (45.5)	24 (31.2)
Non pertinent (position as- sise pas possible)	34 (51.5)	6 (54.5)	40 (51.9)

Tableau 30 : pansements pour escarres de catégorie 1 – 4 par type d'hôpital

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux
Total enfants et adolescent-e-s avec escarre catégorie 1	74 (100)	19 (100)	93 (100)
Matériel de pansement	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Alginates	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Pansement sec	2 (2.7)	0 (0.0)	2 (2.2)
Pansement humide	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Pansement transparent	1 (1.4)	0 (0.0)	1 (1.1)
Compresses pommadées et pommades antibactériennes	4 (5.4)	0 (0.0)	4 (4.3)
Pansements antibactériens	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Pansement imprégné gras	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Hydrocolloïdes	4 (5.4)	0 (0.0)	4 (4.3)
Pansement mousse	4 (5.4)	0 (0.0)	4 (4.3)
Hydrogel	1 (1.4)	0 (0.0)	1 (1.1)
Hydrofibre	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Thérapie par pression négative	0 (0.0)	1 (5.3)	1 (1.1)
Autres traitements des plaies	10 (13.5)	5 (26.3)	15 (16.1)
Aucun	89 (120.3)	17 (89.5)	106 (114.0)

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux
Total enfants et adolescent-e-s avec escarre catégorie 2	16 (100)	4 (100)	20 (100)
Matériel de pansement	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Pansement sec	1 (6.3)	0 (0.0)	1 (5.0)
Pansement imprégné gras	5 (31.3)	0 (0.0)	5 (25.0)
Hydrocolloïdes	3 (18.8)	1 (25.0)	4 (20.0)
Pansement transparent	1 (6.3)	0 (0.0)	1 (5.0)
Pansement mousse	1 (6.3)	0 (0.0)	1 (5.0)
Autres traitements des plaies	2 (12.5)	0 (0.0)	2 (10.0)
Aucun	6 (37.5)	6 (150.0)	12 (60.0)
Total enfants et adolescent-e-s avec escarre catégorie 3	2 (100)	1 (100)	3 (100)
Matériel de pansement	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Pansement transparent	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Pansement mousse	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Hydrofibre	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Autres traitements des plaies	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (33.3)
Aucun	1 (50.0)	1 (100)	2 (66.7)
Total enfants et adolescent-e-s avec escarre catégorie 4	2 (100)	0 (100)	2 (100)
Matériel de pansement	n (%)*	n (%)*	n (%)*
Autres traitements des plaies	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)
Aucun	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)

*Les chiffres absolus se réfèrent au total des escarres. La valeur exprimée en pourcentage se réfère au nombre total d'enfants et d'adolescent-e-s avec une escarre de catégorie 1 – 4.

Tableau 31 : indicateurs de structure pour les escarres des enfants et adolescent-e-s au niveau des hôpitaux selon le type d'hôpital

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux
Indicateurs de structure escarres	n (%)	n (%)	n (%)
Informations standardisées liés aux escarres en cas de transfert	6 (85.7)	21 (75.0)	27 (77.1)
Standard gestion du matériel de prévention au niveau hôpital/unité	5 (71.4)	16 (57.1)	21 (60.0)
Personne responsable de l'actualisation/la diffusion du standard	4 (57.1)	14 (50.0)	18 (51.4)
Standard prévention/traitement des escarres chez les enfants	4 (57.1)	13 (46.4)	17 (48.6)
Groupe multidisciplinaire spécialisé escarres chez les enfants	4 (57.1)	7 (25.0)	11 (31.4)
Formation continue escarres (2 dernières années + au moins 2h)	4 (57.1)	9 (32.1)	13 (37.1)
Brochure d'information	1 (14.3)	0 (0.0)	1 (2.9)
Total hôpitaux (sites hospitaliers)	7 (100)	28 (100)	35 (100)

Tableau 32 : indicateurs de structure pour les escarres chez les enfants et adolescent-e-s au niveau des unités de soins selon le type d'hôpital

	Hôpitaux universitaires/ hôpitaux pédiatriques	Hôpitaux centraux/ soins de base	Total hôpitaux
Indicateurs de structure escarres	n (%)	n (%)	n (%)
Disponibilité du matériel de prévention et traitement (24h)	57 (98.3)	47 (97.9)	104 (98.1)
Documentation des mesures de prévention/traitement	57 (98.3)	45 (93.8)	102 (96.2)
Information sur escarres chez l'enfant en cas de transfert	52 (89.7)	29 (60.4)	81 (76.4)
Saisie et documentation du risque d'escarres	33 (56.9)	30 (62.5)	63 (59.4)
Colloque multidisciplinaire traitant enfants à risque	36 (62.1)	24 (50.0)	60 (56.6)
Surveillance systématique de l'application du standard	36 (62.1)	28 (58.3)	64 (60.4)
Personne ressource dans domaine escarres enfants	39 (67.2)	20 (41.7)	59 (55.7)
Brochure d'information	1 (1.7)	0 (0.0)	1 (0.9)

Total unités de soins
58 (100)
48 (100)
106 (100)
Tableau 33 : Taux de participation et taux de prévalence nosocomiale ajustée au risque

Hôpital	Participation non	Participation oui	Escarre catégorie 1 – 4		Escarre catégorie 2 – 4	
			Nombre d'enfants et d'adolescent-e-s participant-e-s	Prévalence nosocomiale ajustée au risque	Nombre d'enfants et d'adolescent-e-s participant-e-s	Prévalence nosocomiale ajustée au risque
1	0 (0)	1 (100)	1	0	1	0
2	5 (10.6)	42 (89.4)	42	4.8	42	2.7
3	3 (23.1)	10 (76.9)	10	0	10	0
4	7 (8.8)	73 (91.3)	73	11.9	73	1.3
5	4 (30.8)	9 (69.2)	9	0	9	0
6	0 (0)	18 (100)	18	5.7	18	0
7	14 (16.1)	73 (83.9)	73	18.1	73	2.2
8	4 (16.7)	20 (83.3)	20	15.1	20	8.3
9	6 (16.7)	30 (83.3)	30	22.1	30	5.7
10	8 (38.1)	13 (61.9)	13	0	13	0
11	2 (28.6)	5 (71.4)	5	0	5	0
12	1 (14.3)	6 (85.7)	6	0	6	0
13	0 (0)	3 (100)	3	16.7	3	0
14	0 (0)	4 (100)	4	0	4	0
15	0 (0)	8 (100)	8	0	8	0
16	1 (33.3)	2 (66.7)	2	33.1	2	0
17	0 (0)	4 (100)	4	0	4	0
18	0 (0)	7 (100)	7	0	7	0
19	1 (33.3)	2 (66.7)	2	0	2	0
20	2 (28.6)	5 (71.4)	5	22.0	5	0
21	4 (14.8)	23 (85.2)	23	22.6	23	0
22	4 (30.8)	9 (69.2)	9	0	9	0
23	4 (40)	6 (60)	6	0	6	0
24	1 (11.1)	8 (88.9)	8	0	8	0
25	0 (0)	3 (100)	3	0	3	0
26	0 (0)	4 (100)	4	0	4	0
27	2 (18.2)	9 (81.8)	9	0	9	0
28	0 (0)	8 (100)	8	37.1	8	0
29	9 (10.7)	75 (89.3)	75	4.4	75	1.7
30	0 (0)	4 (100)	4	19.9	4	0
31	52 (31.1)	115 (68.9)	115	19.6	115	3.3
32	7 (14.6)	41 (85.4)	41	12.0	41	2.1
33	16 (18.2)	72 (81.8)	72	12.0	72	3.6



34	12 (15.8)	64 (84.2)	64	13.2	64	4.5
35	0 (0)	3 (100)	3	0	3	0