



# Mesure de prévalence Escarres Soins aigus enfants

---

Rapport comparatif national | version abrégée

Mesure 2016

Juillet 2017, version 1.0

## Introduction

---

L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ) est responsable des mesures de qualité dans les hôpitaux suisses. Les institutions ayant adhéré au contrat qualité national ont l'obligation de participer aux mesures de l'ANQ. La fréquence (prévalence) des escarres acquises à l'hôpital reflète des aspects importants de la qualité des soins et traitements.

Depuis 2013, la Haute école spécialisée bernoise (BFH) effectue pour l'ANQ la mesure nationale de la prévalence des escarres chez les enfants dans les services Soins aigus stationnaires. Elle est responsable de l'organisation nationale de la mesure et de l'exploitation des données. Pour la collecte des données dans le Tessin et la Suisse romande, la BFH collabore avec la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI = École universitaire professionnelle de la Suisse italienne) et la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR).

Pour la mesure, c'est à nouveau le procédé de l'Université de Maastricht « LPZ International » (International Prevalence Measurement of Quality of Care) qui a été utilisé en 2016. La BFH avait conçu le module de mesure des escarres enfants à la demande de l'ANQ. Cette méthode a été entièrement révisée pour la mesure adulte (LPZ 2.0). Pour le moment, des adaptations ont été effectuées exclusivement dans le domaine des indicateurs de structure pour la mesure enfants.

Les escarres ont été relevées le jour de la mesure (prévalence instantanée), sous forme de prévalence globale et de prévalence nosocomiale, c'est-à-dire acquise à l'hôpital. Désormais, la classification NPUAP-EPUAP-PPPIA utilisée inclut 6 catégories d'escarres (au lieu de 4 jusqu'à présent).

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

## Problématique

---

En résumé, la mesure inclut les questions suivantes :

- Taux de fréquence des escarres acquises à l'hôpital : toutes les catégories<sup>1</sup> ou catégorie 2 ou supérieure
- Structuration de la comparaison des hôpitaux ajustée au risque en matière d'escarres
- Description des indicateurs de structure et de processus en matière d'escarres

## Collecte des données

---

Les données ont été collectées le 8 novembre 2016. La mesure englobait tous les enfants et adolescente-e-s de 0 à 16 ans hospitalisé-e-s le jour du relevé dans les cliniques pédiatriques spécialisées et les hôpitaux de soins aigus disposant d'unités de pédiatrie explicites. La mesure a exclu les nourrissons en bonne santé de l'unité d'obstétrique et les enfants des unités de soins de médecine somatique aiguë pour adultes. Les enfants et adolescent-e-s ou leurs parents ou représentant-e-s avaient au préalable donné leur consentement oral. Deux membres du personnel soignant par unité de soins étaient chargés de collecter les données.

---

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

## Participant-e-s

---

31 sites hospitaliers ont participé à la mesure (cliniques pédiatriques spécialisées et hôpitaux spécialisés en soins aigus disposant d'unités de soins pédiatriques). Ils comptaient 7 hôpitaux universitaires/pédiatriques et 24 hôpitaux de prise en charge centralisée/soins de base. 101 unités de soins ont participé au total.

Le jour de la mesure, 905 enfants et adolescent-e-s étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux participants, dont 734 ont participé à la mesure. Le taux de participation était de 81,1%.

## Résultats

---

### Taux d'escarres

Au niveau national, la prévalence globale (toutes les catégories) est de 11,4% et le taux de prévalence à partir de la catégorie 2 est de 3,3%. Ces deux taux comprennent aussi tous ceux qui avaient déjà une escarre lors de leur hospitalisation.

Le taux de prévalence *nosocomiale* (toutes les catégories) est de 9,9% (année précédente 11,7). Il a donc diminué de 1,8% par rapport à l'année précédente. Le taux de prévalence *nosocomiale* à partir de la catégorie 2 est de 2,6% (année précédente 1,7), une augmentation de 0,9%. Ces décalages relèvent cependant du hasard.

*Comparaison sur plusieurs années*

Taux d'escarres en %	2016	2015	2014	2013
Acquises à l'hôpital, toutes catégories	9,9	11,7	13,5	15,1
Acquises à l'hôpital, à partir de la catégorie 2	2,6	1,7	3,0	2,5

Dans la comparaison internationale, les taux de prévalence suisses varient au sein de la plage des taux jusqu'en 2011 publiée à l'international. De nouvelles études sur des échantillons pédiatriques mélangés indiquent des taux de prévalence globale plus bas. Des valeurs un peu plus basses sont données pour les taux de prévalence à partir de la catégorie 2 dans les échantillons pédiatriques mélangés. Pour le taux de prévalence nosocomiale à partir de la catégorie 2, les rares études indiquent des valeurs semblables ainsi qu'une valeur nettement inférieure.

En comparaison avec l'année précédente, les taux de prévalence nosocomiale chez les participant-e-s présentant un *risque d'escarre* ont légèrement augmenté. Le taux de prévalence nosocomiale totale a augmenté de 3,4% à 18,3% et le taux de prévalence nosocomiale à partir de la catégorie 2 de 1,3% à 4,8%. L'identification des patient-e-s à risque diffère en fonction de la méthode d'évaluation. D'après l'échelle de Braden<sup>2</sup>, près des deux tiers des participant-e-s présentaient un risque ; d'après l'évaluation clinique subjective réalisée par les infirmiers/ères, 80% des enfants participants étaient évalués comme étant à risque.

Au niveau des unités de soins, on observe les taux de prévalence nosocomiale totale les plus élevés dans les unités de soins intensifs, de néonatalogie et de chirurgie pédiatrique, en particulier dans le

---

<sup>2</sup> L'échelle de Braden est utilisée pour déterminer le risque d'escarre. Elle est constituée de six sous-échelles.

groupe de comparaison hôpitaux universitaires/pédiatriques. Cela correspond aux données internationales.

L'évaluation par *catégorie d'âge* montre que le taux de prévalence nosocomiale totale est le plus élevé dans le groupe d'âge d'un an et moins, les enfants en bas âge d'un mois et moins étant les plus touchés, ce qui correspond aux données nationales et internationales.

Pour la *localisation des escarres*, la catégorie « Autres » a été indiquée le plus souvent, suivie du métatarse et du sacrum.

Des *installations médicales* ont été utilisées pour 97,6% des personnes avec escarre. La prévalence nosocomiale totale a légèrement diminué par rapport à l'année précédente pour ce groupe. Par comparaison avec la littérature, les taux en lien avec les installations médicales restent cependant élevés en Suisse.

### **Ajustement au risque<sup>3</sup>**

Dans la *comparaison des hôpitaux ajustée au risque*, un seul hôpital déviait du total de tous les hôpitaux pour le *taux de prévalence nosocomiale totale*. Dans le cas du *taux de prévalence nosocomiale à partir de la catégorie 2*, il s'agissait de 2 hôpitaux.

Concernant les *escarres nosocomiales de toutes catégories*, les facteurs de risque pertinents selon l'échelle de Braden étaient : peau (très/constamment) humide, évaluation clinique subjective du risque d'escarre, intervention chirurgicale dans les deux semaines précédant la mesure.

Pour l'*escarre nosocomiale de catégorie 2 et supérieure*, on trouvait une structure de facteurs de risque partiellement modifiée, avec deux groupes de diagnostics CIM (tumeurs, lésions traumatiques/empoisonnements), une durée d'hospitalisation supérieure à 14 jours et peau (très/constamment) humide de la sous-échelle de Braden.

### **Indicateurs de processus et de structure**

Pour les *indicateurs de processus*, comme pour l'année précédente, des mesures préventives générales (inspection régulière de la peau, encouragement ciblé à bouger/mobilisation, repositionnement en étant couché-e) ainsi que spécifiques aux enfants (matériel de protection/fixation pour installations médicales, changement régulier de position des électrodes/capteurs de monitoring) sont utilisées.

Pour les *indicateurs de structure* aussi, la situation est semblable à celle de l'année précédente. Contrairement à la mesure chez les adultes, ceux-ci sont nettement moins souvent disponibles au niveau des hôpitaux et plutôt moins souvent au niveau des unités de soins.

## **Conclusions et recommandations**

---

### **Participation à la mesure**

Les hôpitaux et cliniques disposant d'un mandat de prestations dans le domaine des enfants et adolescent-e-s issus de tous les cantons ont participé à la mesure. Les unités participantes sont représentatives des unités de pédiatrie des hôpitaux de soins aigus suisses.

---

<sup>3</sup>Dans le cadre de cette mesure, l'étude compare la qualité des soins entre les hôpitaux. L'état de santé général des patient-e-s, le degré de la maladie traitée et la taille de l'échantillon jouent un rôle décisif dans cette comparaison. En effet, les personnes hospitalisées peuvent présenter des résultats différents même si elles ont bénéficié de soins de qualité équivalente. Un résultat moins bon n'implique donc pas automatiquement une qualité de soin moindre. Par conséquent, pour une comparaison juste, il est important d'inclure les facteurs de risque des patient-e-s en utilisant un procédé statistique. Ce procédé est appelé Ajustement au risque.

Le taux de participation a augmenté de 2,7% par rapport à l'année précédente et se situe de nouveau à plus de 80%, ce qui rend la mesure plus pertinente.

En 2016, le nombre de personnes n'ayant pas pu participer à la mesure en raison de connaissances linguistiques insuffisantes a été relevé pour la première fois : il représentait 7% des non-participant-e-s. Rédiger les informations destinées aux patient-e-s et proches dans les langues migratoires principales pourrait contribuer à augmenter le taux de participation.

### **Indicateur de qualité et développement de la qualité**

Les enfants en bas âge de moins d'un an en particulier, hospitalisés en néonatalogie et dans les unités de soins intensifs avec de nombreuses installations médicales, étaient les plus touchés par les escarres nosocomiales. C'est donc là que se trouve le plus grand potentiel d'amélioration de la qualité. Le thème des installations médicales reste pertinent. Au cours des dernières années, de plus en plus de directives ou de standards ont été développés sur les escarres et la prévention des escarres chez les enfants et adolescent-e-s, ce qui favorise le développement d'indicateurs de structure pour la prévention et le traitement au niveau des hôpitaux. En outre, davantage d'études de qualité ont été publiées, démontrant la manière dont il est possible de diminuer les taux d'escarres à l'aide d'une approche multi-interventionnelle et/ou d'une recherche-action ainsi que de la mise en œuvre d'optimisations au niveau des structures et processus. Recommandation : Mettre en place des formations adaptées au champ pratique sur les facteurs de risque spécifiques aux enfants, les escarres ainsi que la prévention des escarres.

Les taux de prévalence relevés en Suisse sont comparables aux chiffres de référence internationaux. Cependant, le tableau est mitigé. D'une part, on constate une tendance constante, statistiquement non significative à la baisse des taux des types suivants : la prévalence nosocomiale totale (y compris les patient-e-s à risque selon l'évaluation clinique subjective) ainsi que les taux de prévalence pour les personnes concernées bénéficiant d'installations médicales. D'autre part, les taux de prévalence nosocomiale des catégories 2 et supérieures et le taux de prévalence nosocomiale avec risque d'escarre ont augmenté. Ce phénomène concerne principalement le groupe de comparaison hôpitaux universitaires/pédiatriques.

On y constate toujours un potentiel de développement des indicateurs de structure et de processus (standard/directive, brochure d'information, formation, sensibilisation), en particulier dans le domaine des installations médicales et des enfants (nourrissons) présentant un risque d'escarre. Établir une comparaison avec les analyses des cas d'enfants et adolescent-e-s concerné-e-s pourrait constituer une première étape d'analyse des résultats de benchmarking en hôpital, ce qui permettrait d'obtenir des indications importantes pour les processus de développement de la qualité internes.

### **Recommandations méthodologiques**

Au vu des retours relatifs à la sous-population en néonatalogie, il est recommandé de continuer à développer le questionnaire enfants. Les facteurs de risque spécifiques à cette sous-population doivent être mieux intégrés au questionnaire et ce, en incluant les expert-e-s du domaine pratique concerné. Il est également recommandé de réviser le questionnaire des patient-e-s au regard de la méthode LPZ 2.0 et de l'adapter aux adultes, donc de vérifier les indicateurs de processus pouvant être réduits.

### **Recommandations pour la mesure de la prévalence**

La mesure nationale permet une comparaison concrète de la situation idéale/réelle du niveau de qualité défini en interne dans les hôpitaux. Cela permet d'obtenir des indications importantes pour la priorisation des processus internes de développement de la qualité. En raison des taux variables des années 2013 à 2016, il est recommandé de continuer à effectuer les mesures régulièrement à l'avenir. Les effets positifs avérés des mesures répétées sur le développement de la qualité contribuent à une sensibilisation durable.



Enfin, cette mesure évolue dans les champs d'action n° 3 (Garantir et renforcer la qualité des soins) et n° 4 (Garantir la transparence, améliorer le pilotage et la coordination) des priorités en matière de politique de santé du Conseil fédéral « Santé 2020 ». L'enregistrement systématique et unifié des données contribue à améliorer la base de données relative à la qualité des soins au niveau national et crée une transparence.