

Escarres

Soins aigus enfants

Rapport comparatif national | version abrégée

Mesure 2017

Août 2018, 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 en Suisse romande et italienne, la BFH collabore avec la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR) et la Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI = École universitaire professionnelle de la Suisse italienne).

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

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

Problématique

En résumé, la mesure inclut les questions suivantes :

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

Collecte des données

Les données ont été collectées le 14 novembre 2017. La mesure englobait tous les enfants et adolescents de 0 à 16 ans hospitalisé-e-s le jour du relevé dans les cliniques pédiatriques spécialisées et les hôpitaux de soins aigus disposant d'unités de pédiatrie explicites. La mesure a exclu les nourrissons de l'unité d'obstétrique et les enfants des unités de soins de médecine somatique aiguë pour adultes. Les enfants et adolescent-e-s ou leurs parents ou représentant-e-s avaient au préalable donné leur consentement oral.

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

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

Participant-e-s

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

Le jour de la mesure, 934 enfants et adolescent-e-s étaient hospitalisé-e-s dans les hôpitaux participants, dont 779 ont participé à la mesure. Le taux de participation était de 83,4%.

Résultats

Taux d'escarres

Au niveau national, la *prévalence totale (toutes les catégories)* est de 8,9% et le *taux de prévalence à partir de la catégorie 2* est de 1,5%. Ces deux taux comprennent aussi tous ceux qui avaient déjà une escarre lors de leur hospitalisation.

Le *taux de prévalence nosocomiale totale (toutes les catégories)* s'élève à 8,0% (année précédente 9,9). Il a donc diminué de 1,9% par rapport à l'année précédente. Le *taux de prévalence nosocomiale à partir de la catégorie 2* est de 1,3% (année précédente 2,6), soit une baisse de 1,3%.

Comparaison sur plusieurs années

Taux d'escarres en %	2017	2016	2015	2014	2013
Acquises à l'hôpital, toutes catégories	8,0	9,9	11,7	13,5	15,1
Acquises à l'hôpital, à partir de la catégorie 2	1,3	2,6	1,7	3,0	2,5

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

La comparaison avec l'année précédente montre une baisse des taux de prévalence nosocomiale chez les participant-e-s présentant un *risque d'escarres*: le taux de prévalence nosocomiale totale baisse ici de 3,1% pour atteindre 13,0% et le taux de prévalence nosocomiale à partir de la catégorie 2 de 2,0% pour atteindre 2,2%.

Le taux de prévalence nosocomiale totale *avec des installations médicales* était de 9,5% et le taux de prévalence nosocomiale à partir de la catégorie 2 était de 1,5%. Comparativement aux valeurs des années de mesure 2015 et 2016, ils sont plus bas, mais restent élevés dans le contexte de la littérature internationale.

Plus de la moitié des enfants et adolescent-e-s avec escarre nosocomiale étaient hospitalisé-e-s en *néonatalogie ou dans une unité de soins intensifs*. Ces enfants se trouvaient souvent en période néonatale (jusqu'à 28 jours après la naissance) et/ou avaient été plus souvent pris en charge en incubateur.

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

Ajustement au risque²

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

Concernant les *escarres nosocomiales de toutes catégories*, les facteurs suivants influencent le risque d'escarre : évaluation clinique subjective positive par le personnel soignant, période néonatale, intervention chirurgicale dans les deux semaines précédant la mesure, sexe féminin et/ou nombre de groupes de diagnostics CIM.

Pour l'*escarre nosocomiale à partir de la catégorie 2*, les facteurs suivants influencent le risque d'escarre : l'allongement de la durée d'hospitalisation et/ou certains groupes de diagnostics CIM. Il existe également un risque très élevé si les enfants se trouvent en incubateur.

Indicateurs de processus et de structure

Il n'existe pas de directives nationales concernant les escarres chez l'enfant et les directives internationales sont encore peu diffusées. Néanmoins, des mesures standard visant la prévention et/ou le traitement au niveau micro sont appliquées à des degrés divers. Par comparaison avec l'année précédente, le degré de réalisation des deux indicateurs reste presque inchangé.

Conclusions et recommandations

Participation à la mesure

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

La taille de l'échantillon et le taux de participation sont restés relativement stables au cours des trois dernières années de mesure. Avec un taux de participation de 83,4%, le taux ciblé de 80% a pu être atteint, ce qui rend la mesure plus pertinente. Le « refus » est la raison principale d'une non-participation.

Indicateur de qualité et développement de la qualité

Depuis le début de la mesure, la baisse des taux suisses est constante et est même importante au niveau de différents indicateurs. Cette baisse indique une sensibilisation accrue à cet indicateur/ce phénomène de soins au sein des hôpitaux. Il conviendrait de maintenir et garantir ce bon niveau de qualité et, là où nécessaire, de poursuivre son développement. La comparaison avec les résultats de la mesure chez les adultes continue d'indiquer un potentiel de développement au niveau des indicateurs de structure et de processus. Des investissements dans les installations médicales, la documentation du recensement du risque ainsi qu'une inspection régulière et systématique de la peau, plus particulièrement, pourraient contribuer à faire baisser encore les taux. En l'occurrence, il faudrait mettre l'accent sur les enfants en bas âge de la période néonatale qui sont hospitalisés en néonatalogie ou en unité de soins intensifs.

Des études internationales partent du postulat d'une combinaison de méthodes de développement de la qualité avec des interventions spécialisées ainsi qu'avec des approches aux niveaux de l'organisation

² Dans le cadre de cette mesure, l'étude compare la qualité des soins entre les hôpitaux. L'état de santé général des patient-e-s, le degré de la maladie traitée et la taille de l'échantillon jouent un rôle décisif dans cette comparaison. En effet, les personnes hospitalisées peuvent présenter des résultats différents même si elles ont bénéficié de soins de qualité équivalente. Un résultat moins bon n'implique donc pas automatiquement une qualité de soin moindre. Par conséquent, pour une comparaison juste, il est important d'inclure les facteurs de risque des patient-e-s en utilisant un procédé statistique. Ce procédé est appelé Ajustement au risque.

et du système. Sont abordées dans ce cadre les approches multi-interventions qui intégreraient activement les spécialistes dans la pratique ainsi que des mesures au niveau des structures, par exemple une adaptation des matériaux.

Depuis quelques années, en outre, la collaboration entre établissements est de plus en plus mise en avant. La mise en commun de ressources scientifiques (externes) et des ressources cliniques et spécialisées (internes) a permis de franchir certains obstacles dans le cadre de programmes d'amélioration complexes.

Recommandations méthodologiques

Le questionnaire révisé pour la mesure 2017 a permis d'obtenir des résultats plus précis sur les patient-e-s de néonatalogie. Grâce aux données, une analyse plus détaillée et donc une meilleure interprétation ont pu être réalisées. Il est donc recommandé de conserver ces adaptations lors des mesures à venir.

Il conviendrait en revanche de vérifier s'il est encore pertinent de relever le critère du cours de remise à jour de deux heures minimum destiné à l'ensemble du personnel soignant, cette question étant posée dans le questionnaire LPZ 2.0. L'objectif de cette vérification serait de permettre une meilleure représentation des formes de formations plus récentes dans le questionnaire.

Par ailleurs, il peut également être pertinent de vérifier dans quelle mesure il est utile et possible de développer une procédure d'audit indépendante visant à favoriser le respect de la méthode LPZ 2.0 par les hôpitaux et ainsi la qualité des données.

Recommandations pour la mesure de la prévalence

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

En raison de la baisse tendancielle enregistrée par les taux depuis le début de la mesure, il est aussi recommandé d'effectuer les mesures régulièrement à l'avenir. Il conviendrait à cet égard de surveiller notamment l'évaluation du risque, l'inspection de la peau et les patient-e-s plus particulièrement à risque. Les effets positifs avérés des mesures répétées sur le développement de la qualité contribuent à une sensibilisation durable.

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