



**A**gence **N**ationale  
d'**A**ccréditation et  
d'**É**valuation en **S**anté

**ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES  
DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

**ÉVALUATION DE LA PRÉVENTION DES ESCARRES**

**JUIN 1998**

*Dans la collection Évaluation en Établissements de Santé :*

**Évaluation de la tenue du dossier du malade** - juin 1994

**Références médicales applicables à l'hôpital** - avril 1995

**La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé** - revue de la littérature - septembre 1996

**L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie - juin 1998

**L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la qualité de la pose et de la surveillance des cathéters veineux courts - juin 1998

*Dans la collection Guides méthodologiques :*

**L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - L'audit clinique - juin 1994

**Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques** - octobre 1996

*Pour recevoir la liste des publications de l'ANAES, il vous suffit d'envoyer vos coordonnées à l'adresse ci-dessous*

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été réalisé en juin 1998. Il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

**Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)**

Service Communication et Diffusion - 159, rue Nationale. 75640 Paris Cedex 13 -

Tél. : 01 42 16 72 72 - Fax : 01 42 16 73 73

© 1998. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

I.S.B.N. : 2-910653-36-6

Prix net : 100 F

---

# SOMMAIRE

---

	<b>AVANT-PROPOS</b>	<b>6</b>
	<b>INTRODUCTION</b>	<b>7</b>
<b>Chapitre 1</b>	<b>APPROCHE THÉORIQUE DE L'AUDIT CLINIQUE</b>	<b>8</b>
	1. Préambule	
	2. Une méthode de référence : l'audit clinique	
	3. Les conditions de la réussite	
<b>Chapitre 2</b>	<b>LA PRÉVENTION DES ESCARRES : RECOMMANDATIONS EXISTANTES</b>	<b>18</b>
	1. Définition et stades de gravité	
	2. Épidémiologie	
	3. Les facteurs de risque	
	4. Les échelles de mesure des facteurs de risque	
	5. Les connaissances actuelles sur la stratégie et les soins de prévention	
	6. La prise en charge de l'escarre par les équipes soignantes hospitalières et extra-hospitalières	
<b>Chapitre 3</b>	<b>APPLICATION DE LA MÉTHODE À LA PRÉVENTION DES ESCARRES</b>	<b>31</b>
	1. Choix du thème et initialisation de l'étude	
	2. Élaboration d'une grille de critères à partir d'un référentiel	
	3. Choix du type d'étude et de la méthode de mesure	
	4. Recueil des données et mesure	
	5. Analyse des résultats	
	6. Élaboration des recommandations et suivi	
<b>Chapitre 4</b>	<b>EXEMPLE D'ÉVALUATION APPLIQUÉE À LA PRÉVENTION DE L'ESCARRE</b>	<b>37</b>
	Exemple de démarche d'évaluation de la prise en charge des patients à risque de développer des escarres	
	<b>ANNEXES</b>	<b>43</b>
	<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>70</b>

Ce document a été réalisé par Madame Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT et Madame Marie-Agnès GUERAUD, sous la coordination de Monsieur Yves DERENNE, puis du Professeur Jean-Louis TERRA, responsable du Service Évaluation en Établissements de Santé de l'Agence.

**Nous remercions,**

- Les directeurs, les présidents de CME et les équipes professionnelles des établissements qui ont mis en œuvre des démarches d'évaluation complètes avec les outils proposés :

En 1993 :

- **CH d'Argenteuil** : Madame MICHON, Infirmière Générale, Madame MANCON et Madame GARIN, Cadres Infirmiers Supérieurs.
- **CH du Havre** : Madame PATRELLE, Infirmière Générale, Madame CHUQUET, Surveillante Hygiène, Madame CORDIER et Mademoiselle LETELLIER, Surveillantes Chefs.
- **CHRU de Montpellier** : Docteur FAORO et Docteur TÉOT.
- **CH de Mulhouse** : Docteur PASSADORI, Madame BRELLMANN, Cadre Supérieur Infirmier.
- **CH de Roubaix** : Madame HEUGEBAERT et Madame GOBERT, Cadres Infirmiers.
- **CHRU de Rouen** : Madame ELOUARD, Infirmière Générale, Madame VIGREUX, Surveillante Chef, Madame VERDIERE, Cadre Infirmier.

En 1994 :

- **CH d'Annonay** : Mesdames BACH et SOUBOUL, Cadres Infirmiers.
- **CH de Guéret** : Madame BONTEMS, Infirmière Générale, Madame BENOIT, Surveillante Chef, Madame COTINEAU, Surveillante Hygiéniste.
- **Clinique Sainte-Croix du Mans** : Madame CHAUDEMANCHE, Infirmière Générale Adjointe.
- **CH de Saint-Junien** : Madame DARDILHAC, Infirmière Générale, Madame BARRIERE, Cadre Infirmier.

En 1995 :

- **CH de Boulogne-sur-Mer** : Madame GOLLIOT-THUILLER, Infirmière Stomathérapeute, Madame FOURMAUX, Infirmière Hygiéniste.
- **CHU de Grenoble** : Madame ARGENTIER et Madame DUMETZ, Cadres Infirmiers.
- **CHRU de Nice** : Madame BUFFOLI et Madame CHERIQUI, Cadres Infirmiers.

En 1996 :

- **Centre Hospitalier de Guéret** : Madame NICOLOSO, Infirmière Générale, Madame DEMIER, Cadre Infirmier.
- **Centre Hospitalier Le Mans** : Madame GUIOT Infirmière Générale, Docteur DESLANDES, Madame LEMARCHAND Surveillante Stomathérapeute.
- **CHU de Nice** : Madame BUFFOLI Cadre Infirmier, Madame CHERIQUI Cadre Infirmier.
- **CHU de Poitiers** : Docteur PRADÈRE, Madame COUVRAT Surveillante, Madame SIDJILANI Liliane, Surveillante Chef, Docteur MERLET.
- **Hôpital Roland-Bonnion de Villeneuve-sur-Yonne** : Madame VALLAT Véronique, Infirmière

• Les experts qui ont relu ce document :

- Monsieur BRUNEL René, Lebart (33)
- Professeur Régis GONTHIER, Service de Gériatrie, Hôpital de la Charité, CHRU, Saint-Étienne (42)
- Docteur Marie-Hélène BOUCANT, Service de Rééducation et réadaptation fonctionnelle, Hôpital Renée-Sabran, Hyères (83)
- Madame GARZINO, Infirmière en Réanimation, Hôpital Raymond-Poincaré, Garches (92)
- Docteur BARROIS, Service de Rééducation Fonctionnelle, CH, Gonesse (95)
- Madame JACQUERYE, Chief of the Education Session Formation and Information, Hôpital Erasme, Bruxelles

• Le président et les membres du Conseil Scientifique de l'Agence

- |                                     |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| - Professeur René MORNEX, Président | - Docteur Philippe LOIRAT      |
| - Monsieur Dominique CATHIGNOL      | - Docteur Alessandro LIBERATI  |
| - Professeur Philippe EVEN          | - Professeur Jacques MARESCAUX |
| - Professeur Jean FAIVRE            | - Monsieur Louis OMNES         |
| - Professeur Michèle FARDEAU        | - Monsieur Pierre PERONNEAU    |
| - Professeur Jacques FERMANIAN      | - Monsieur Gérard de           |
| POUVOURVILLE                        |                                |
| - Docteur Pierre GALLOIS            | - Docteur Gilbert SOUWEINE     |
| - Docteur Niek KLAZINGA             | - Professeur François STEUDLER |
| - Professeur Daniel LAURENT         | - Professeur Bruno VARET       |

## **AVANT-PROPOS**

---

Favoriser le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles, mission confiée à l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM) par la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991, est aussi l'une des priorités de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), créée par les ordonnances du 24 avril 1996 et le décret du 7 avril 1997.

L'audit clinique en tant que méthode d'évaluation des pratiques professionnelles a déjà été appliqué à différents thèmes médicaux et paramédicaux. Ce présent guide est consacré à la prévention de l'escarre. L'analyse bibliographique et l'étude des pratiques ont montré que les escarres sont encore fréquentes et que l'on ne doit pas en négliger les conséquences notamment pour les malades. À la demande, et avec le concours de nombreux professionnels de divers secteurs de soins, le service Évaluation en Établissements de Santé de l'Agence a construit et expérimenté un référentiel de pratique qui reflète un niveau élevé d'exigence professionnelle.

Je tiens à remercier personnellement les professionnels de santé qui se sont engagés dans l'évaluation de leurs pratiques sur un thème aussi important en terme de santé publique mais insuffisamment pris en compte de manière coordonnée et continue.

Ce guide n'a pas l'ambition d'établir des recommandations de bonne pratique clinique en matière de prévention de l'escarre. Il a paru cependant important de définir les différentes actions nécessaires à mettre en œuvre pour prévenir l'escarre afin de mesurer la complexité de cette stratégie de soins et d'en percevoir les aspects pluriprofessionnels. L'originalité de ce guide réside dans le fait de s'intéresser non pas à un acte de soins isolé mais à l'association de différents éléments qui, combinés entre eux, limitent voire éliminent le risque de développement des escarres. Les auteurs ont voulu relever un défi en montrant l'articulation qui pouvait être faite entre l'audit clinique et l'assurance de la qualité, en décrivant la prévention de l'escarre comme un processus complexe qui nécessite non seulement une analyse de la qualité des mesures de prévention, mais aussi des ressources nécessaires et de l'organisation des soins. Ils ont aussi détaillé les étapes de la mise en place et de la conduite de l'audit au sein d'un service, étapes transposables à un établissement de santé, ce qui devrait faciliter l'application de ce référentiel d'évaluation de la pratique à l'ensemble des hôpitaux.

Je formule le vœu que l'Agence, avec ce guide, permette aux professionnels des établissements de santé d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients, selon le souhait de chacun d'entre eux, et conformément aux attentes de la société.

Professeur Yves MATILLON  
Directeur général

## INTRODUCTION

---

La qualité des soins dans les établissements de santé dépend de nombreux facteurs dont la qualité des pratiques professionnelles. Évaluer cette qualité constitue une exigence professionnelle. Les expériences françaises et étrangères montrent, en effet, la nécessité et l'utilité pour les professionnels de s'approprier les méthodes d'évaluation et de les mettre en pratique. Ces méthodes permettent de montrer l'écart qui existe entre ce que l'on pense, ou ce que l'on devrait faire et ce que l'on fait réellement et de constater que cet écart peut, quelquefois, être important et/ou se situer sur des points que les professionnels n'attendaient pas. L'évaluation d'une pratique professionnelle prend pour cadre de référence l'état actuel des connaissances s'inscrit dans un objectif d'amélioration locale de la qualité des soins.

Dès sa création en 1990, l'ANDEM s'est donc engagée, à la demande des pouvoirs publics, sur des projets de développement des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Le programme a été mis en place par un appel d'offres lancé le 1<sup>er</sup> août 1990 auprès des établissements d'hospitalisation publics et privés. Les établissements devaient choisir un thème d'évaluation et argumenter les raisons de ce choix.

Depuis 1993 l'ANDEM propose chaque année d'accompagner les équipes volontaires pour mener à bien des évaluations de pratiques professionnelles par la méthode de l'audit clinique, sur un nombre limité de thèmes de pratiques médicales ou paramédicales courantes.

À ce titre l'Agence dispense :

- une journée de formation à la méthodologie de l'audit clinique. Au cours de cette formation un guide méthodologique et un dossier bibliographique sont remis aux participants ;
- une deuxième journée de bilan intermédiaire réunit les équipes travaillant sur un même thème (environ 3 ou 4 mois après la formation initiale) afin de faire le point sur l'état d'avancement de l'action en cours et procéder aux réajustements nécessaires à la poursuite de la démarche ;
- une journée de bilan en fin d'étude afin de permettre aux équipes de partager leurs expériences ;
- durant toute l'étude, soit pendant environ 10 mois entre la journée de formation initiale et la journée de bilan final, les référents du thème assurent un soutien méthodologique par des contacts réguliers avec le responsable de projet dans l'établissement impliqué ;
- l'Agence apporte son assistance à la communication interne et externe en fonction des demandes des établissements.

## Chapitre 1

---

# APPROCHE THÉORIQUE DE L'AUDIT CLINIQUE

---

### 1. PRÉAMBULE

La qualité des soins suppose le choix des meilleures stratégies de soins et leur mise en œuvre la plus adaptée. Le processus d'évaluation impose la création ou la mise à jour de référentiels et la vérification de leur application. L'objectif de l'évaluation est d'assurer une amélioration continue de la qualité des soins parallèlement à une utilisation optimale des ressources.

Cette recherche de qualité est fondamentale. Une rupture entre les soins théoriques (référentiels) et les soins réellement délivrés ne doit pas être observée. Les actions d'évaluation des soins supposent, outre la compétence des professionnels de santé, un engagement des établissements dans cette voie. Ces conditions sont nécessaires pour assurer à tous les malades des soins de qualité.

En France, le développement du concept d'évaluation de la qualité des soins au cours des années 80 a conduit à la création de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale, en août 1989. Plusieurs dispositions concernant l'évaluation de la qualité des soins ont été inscrites dans la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991. L'ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée en date du 24 avril 1996 a apporté des précisions supplémentaires.

Les textes relatifs aux évaluations des pratiques professionnelles sont repris ci-après :

*Art. L 710-4. - Les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience.*

*L'évaluation des pratiques médicales doit respecter les règles déontologiques et l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art.*

*L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, instituée à l'article L 791-1, contribue au développement de cette évaluation.*



*Art. L 710-5. - Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation.*

*Cette procédure, conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.*

*La procédure d'accréditation est engagée à l'initiative de l'établissement de santé, notamment dans le cadre du contrat qui le lie à l'agence régionale de l'hospitalisation instituée à l'article L 710-17.*

*Art. L 791-1. [...] L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé a pour mission :*

- 1° De favoriser, tant au sein des établissements de santé publics et privés que dans le cadre de l'exercice libéral, le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles ;*
- 2° De mettre en œuvre la procédure d'accréditation des établissements de santé mentionnée à l'article L 710-5 " [...].*

*Art. L 791-2. - Au titre de sa mission d'évaluation des soins et des pratiques professionnelles dans les secteurs hospitalier et des soins de ville, l'agence nationale est chargée :*

- 1° D'élaborer avec des professionnels, selon des méthodes scientifiquement reconnues, de valider et de diffuser les méthodes nécessaires à l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles ;*
- 2° D'élaborer et de valider des recommandations de bonnes pratiques cliniques et des références médicales et professionnelles en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique ; [...]*
- 5° De proposer toute mesure contribuant au développement de l'évaluation, notamment en ce qui concerne la formation des professionnels de santé ;*
- 6° De diffuser ses travaux et de favoriser leur utilisation.*

*Art. L 791-3. - Au titre de sa mission d'accréditation des établissements de santé, l'agence nationale est chargée, en s'appuyant notamment sur les méthodes, recommandations et références mentionnées aux 1° et 2° de l'article L 791-2 :*

- 1° *D'élaborer avec des professionnels et des organismes concernés, selon des méthodes scientifiquement reconnues, ou de valider des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles fondés sur des critères multiples ;*
- 2° *De diffuser ces référentiels et de favoriser leur utilisation par tous moyens appropriés ; [...]*

## **2. UNE MÉTHODE DE RÉFÉRENCE : L'AUDIT CLINIQUE**

### **2.1. Présentation générale**

L'audit clinique est une méthode dynamique d'évaluation, couramment utilisée outre-Atlantique depuis plus de vingt ans et en Europe plus récemment.

Le principe de cette méthode est de comparer une pratique de soins réelle à une pratique théorique de référence. Elle repose sur l'utilisation de critères objectifs permettant de mesurer la qualité des pratiques de soins. Les audits cliniques mesurent donc la conformité des procédures de soins à un référentiel.

Quelle que soit la présentation de la méthode de l'audit clinique, il y a toujours :

- la constitution préalable d'un référentiel ;
- la mesure de l'écart entre la pratique réelle et les données du référentiel ;
- la mise en œuvre de mesures correctrices ;
- une procédure de suivi.

### **2.2. Une méthodologie précise et validée**

Cette méthode a fait l'objet d'un document méthodologique publié en juin 1994 par l'ANDEM<sup>1</sup>

### **2.3. Les étapes de l'audit clinique**

L'analyse de la littérature sur le thème de l'audit clinique et l'avis des professionnels de santé qui ont pu animer ou participer à une telle démarche permettent de distinguer **six étapes**, dont certaines peuvent avoir des spécificités en fonction des sujets et des domaines d'application.

---

<sup>1</sup> Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. *L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique*. Paris: ANDEM, 1994.

Les six étapes sont les suivantes :

- **Choix du thème et initialisation de l'étude ;**
- **Choix des critères (ou constitution du référentiel) ;**
- **Choix du type d'étude et de la méthode de mesure ;**
- **Recueil des données et mesure ;**
- **Analyse des résultats ;**
- **Élaboration des recommandations et suivi.**

Chaque étape est tributaire de la précédente. Le succès de l'audit dépend de la rigueur du déroulement de chacune d'entre elles et de leur bonne articulation dans la progression du processus.

### **ÉTAPE 1 : Choix du thème et initialisation de l'étude**

Le **thème** doit être d'intérêt général et correspondre à une réelle préoccupation de l'équipe. Il est important de lister les problèmes en faisant participer le maximum de professionnels. Il faut sélectionner un thème prioritaire en fonction de sa fréquence, de sa gravité et de son intérêt pour les malades et les dispensateurs de soins. Le thème retenu doit permettre d'aboutir à une amélioration significative de la pratique.

L'**initialisation de l'étude** suppose la constitution d'un groupe de travail, de préférence pluriprofessionnel. Les premières tâches de ce groupe sont de rédiger le cahier des charges de l'audit et de s'engager sur un calendrier précis mais réaliste incluant la rédaction du rapport final et le suivi de l'étude.

Si nécessaire, une **formation à la méthodologie** de l'évaluation des pratiques professionnelles est organisée au sein de l'équipe concernée.

### **ÉTAPE 2 : Choix des critères (ou constitution du référentiel)**

Cette étape a pour but de déterminer les critères représentatifs de la qualité des soins qui constitueront la base de comparaison entre la pratique réelle et la pratique jugée optimale.

Pour établir la liste des critères qui vont permettre de mesurer l'écart entre ce qui est souhaité et ce qui est réellement effectué, il faut **réunir les textes de référence**.

Une analyse bibliographique permet de faire l'inventaire, selon les cas :

- des dispositions réglementaires applicables ;
- des recommandations pour la pratique clinique ;
- des conférences de consensus ;

- des audits cliniques sur le même thème ;
- des mises au point et revues générales ;
- des données issues de travaux de recherche sur le dossier du malade.

Un consensus interne à l'équipe doit toujours être recherché et si possible formalisé sous forme d'un **protocole**, ne serait-ce que pour adapter les recommandations existantes aux particularités locales.

Les **critères** sont les éléments qui seront utilisés pour vérifier la conformité des pratiques. Un critère est un élément mesurable, normatif, fiable, sensible et spécifique, jugé essentiel pour la qualité d'un soin et qui sert à observer une situation réelle. Le critère doit être formulé en termes compréhensibles et comporter une réponse binaire (conformité = OUI, défaillance = NON).

Chaque critère comporte :

- **un intitulé** explicite ;
- **un standard**, qui est la valeur attendue pour le critère en l'état actuel des connaissances et des recommandations comme témoin de la qualité des soins ; il représente la valeur souhaitable par opposition à la valeur observée et constitue le niveau de performance à atteindre ; il est fixé en pourcentage ;
- **une ou des exceptions**, qui sont des circonstances éventuelles jugées acceptables pour justifier, *a priori*, l'absence ou la non-conformité au standard pour un critère déterminé ;
- **des instructions**, qui comprennent une définition claire du critère, des commentaires sur les interprétations, les synonymes, les sources et les modalités de saisie de l'information.

Le nombre de critères pour un audit doit être aussi peu élevé que possible, pour éviter d'alourdir le recueil des données. Un nombre raisonnable se situe entre 10 et 20.

Les critères sélectionnés sont présentés sous la forme d'une **grille d'évaluation**. Si le recueil des données est confié à un collaborateur du service, il convient de veiller à sa bonne compréhension des critères : des **instructions** de remplissage peuvent s'avérer nécessaires.

### **ÉTAPE 3 : Choix du type d'étude et de la méthode de mesure**

Cette étape permet de définir les modalités de conduite de l'évaluation. Le recueil de données peut être mené de manière rétrospective ou prospective.

**L'approche rétrospective** repose sur la révision de dossier de malades hospitalisés à une date antérieure ; elle doit toujours être préférée, lorsqu'elle est possible, car elle est plus simple et évite les biais liés à l'observation directe ; malheureusement les données sont parfois colligées de façon incomplète.

Dans **l'approche prospective**, l'audit prend la forme d'entretiens ou d'observations directes. L'évaluation d'un soin technique est nécessairement conduite de manière prospective en raison de l'absence de données écrites détaillées. L'observation peut induire un changement des pratiques et fausser la mesure ; en contrepartie, cette approche génère souvent la mise en œuvre rapide d'actions d'amélioration de la qualité des soins.

**Les sources de données** utilisables pour la sélection des dossiers ou le recueil des données dans l'approche rétrospective sont multiples : dossier médical et de soins infirmiers, registres (laboratoires, bloc opératoire, radiologie, ...), recueil de consommations, données médico-administratives. Le protocole d'évaluation doit préciser les documents à consulter.

**L'évaluateur** doit avoir des compétences cliniques et être formé à l'utilisation de la grille de recueil de données et à l'observation. Ceci garantit l'objectivité et la fiabilité nécessaires à la mesure de la qualité d'un soin dans l'approche prospective. La grille implique une attitude neutre sans projection dans la pratique évaluée lorsque l'observateur est un pair.

**Le nombre de dossiers ou observations** habituellement considéré comme suffisant pour des séries homogènes est d'environ 50. La méthodologie est descriptive et ne fait pas appel à des traitements statistiques complexes.

**Une feuille de recueil de données** permettant d'établir de manière simple et aisée, pour chaque dossier traité, la conformité aux critères définis doit être réalisée ; il est souhaitable d'en tester la maquette sur un petit échantillon. Elle est utilement complétée par une grille de dépouillement.

Le traitement des dossiers incomplets est à réaliser. Ces dossiers sont pris en compte dans l'analyse et leur vérification s'impose. La qualité du dossier du malade est non seulement un préalable indispensable pour disposer des données nécessaires à l'évaluation qualitative des soins, mais elle est aussi étroitement liée à certaines caractéristiques déterminantes de la qualité des soins (continuité, sécurité, efficacité). Le fait de découvrir, à l'occasion d'un audit clinique, l'absence ou le caractère incomplet de données jugées essentielles ne doit pas faire renoncer à la démarche. Il faut y

associer une évaluation de la tenue du dossier du malade. La méthodologie appropriée est décrite dans un document publié par l'Agence en juin 1994<sup>1</sup>.

#### **ÉTAPE 4 : Recueil des données et mesure**

À cette étape, chaque dossier va être étudié (approche rétrospective) ou les observations/entretiens menés (approche prospective). Les données seront recueillies à l'aide de la grille de critères préalablement définie.

Au préalable, il est nécessaire de poursuivre l'information de l'ensemble des professionnels concernés. Cette information rappelle les objectifs généraux de l'audit, en précise les règles, et stipule que toute anomalie rencontrée doit être documentée dans la fiche de recueil des données.

Le recueil des données est assuré par le groupe de travail lui-même ou délégué à un membre de l'(des) équipe(s) concernée(s). Les difficultés rencontrées doivent être répertoriées. Il peut être utile de faire le point à intervalles réguliers.

#### **ÉTAPE 5 : Analyse des résultats**

**Le dépouillement de l'étude** est généralement assuré par l'équipe qui a assuré le recueil des données. Sur la base des données recueillies, on dressera un bilan. Le pourcentage d'observations complètes, incomplètes, absentes ou inexploitable, et l'analyse globale des résultats, critère par critère, afin d'effectuer la comparaison avec les standards adoptés au préalable, constituent ce bilan.

**L'identification des écarts** se fait également au sein de l'équipe qui a conduit l'audit. Elle est facilitée par une présentation des résultats sous la forme d'un tableau synthétique opposant le standard visé et la fréquence de réalisation observée, exprimés en pourcentage.

Les écarts observés peuvent être liés à la difficulté de l'étude ou à la non-conformité au standard défini. L'avis des participants permet de valider la signification des résultats.

**L'interprétation des résultats** conduit à identifier un ou plusieurs des trois types de causes suivantes :

---

<sup>1</sup> Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. *Évaluation de la tenue du dossier du malade. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé*. Paris: ANDEM, 1994.

- causes professionnelles : les procédures de soins peuvent être hétérogènes, incompatibles, ou inadaptées, soit parce qu'elles sont mal connues dans leurs principes et/ou dans leurs modalités d'application, soit parce qu'elles sont mal appliquées pour des raisons diverses ;
- causes organisationnelles : elles correspondent à un défaut de coordination entre les différents professionnels, souvent lié à une communication insuffisante. L'audit clinique apparaît ainsi comme l'une des méthodes à intégrer dans un programme d'amélioration continue de la qualité des soins ;
- causes institutionnelles : les écarts traduisent des moyens inadéquats ou mal employés.

**La présentation des résultats** comporte une mise en forme avec la réalisation de tableaux et de graphiques. Dans tous les cas, l'anonymat des personnels et celui des malades doivent être assurés.

### **ÉTAPE 6 : Élaboration des recommandations et suivi**

**Les recommandations (ou mesures correctrices)** découlent logiquement de l'étape précédente. L'audit doit permettre l'identification des causes possibles d'un problème donné, et leur classement par ordre d'importance. Les solutions doivent être hiérarchisées en fonction de la facilité et de la rapidité de leur application. Elles sont regroupées dans un plan d'action qui précise les moyens à mettre en œuvre, comporte un calendrier de réalisation et indique les résultats attendus. Ce plan d'action fait partie intégrante du rapport de l'audit clinique.

**Le rapport d'audit**, outre son rôle interne, peut permettre d'expliquer la démarche aux autres professionnels directement ou indirectement concernés. Le choix du niveau de diffusion approprié au sein de l'établissement, voire à l'extérieur, est du ressort du groupe de travail ; il dépend du thème de l'audit, des partenaires impliqués dans l'institution hospitalière, et du potentiel d'amélioration, donc des causes identifiées. Ce choix doit servir l'objectif recherché, qui est l'amélioration de la qualité des soins. Une publication peut être envisagée pour certains audits. La publication a un rôle pédagogique, car les références sont encore peu nombreuses dans le domaine de l'évaluation, et valorise le travail et les équipes qui se sont impliquées.

**Un dispositif de suivi** est établi et mis en œuvre à échéance fixée, impliquant l'engagement des professionnels concernés dans la durée. Si les résultats ont révélé des écarts significatifs, une nouvelle évaluation sera nécessaire 6 à 12 mois plus tard, voire plus rapidement en fonction de la situation. L'utilisation des mêmes outils simplifiera la

démarche et permettra la comparaison avec les premiers résultats. La réévaluation peut parfois être focalisée sur une partie seulement des critères utilisés initialement.

La procédure de suivi est considérée comme une étape indispensable car elle témoigne du caractère dynamique de l'audit clinique. C'est elle qui permet d'initier la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins.

### **3. LES CONDITIONS DE LA RÉUSSITE**

#### **3.1. Conditions générales**

La réussite d'un audit clinique dans un service de soins repose sur un certain nombre de conditions qu'il est impératif de réunir :

- un sujet d'évaluation clairement défini et correspondant à un problème réel ;
- un objectif d'amélioration de la pratique des soins concernés ;
- un groupe de professionnels motivés et préparés à un travail d'évaluation de pratiques;
- des critères établis avec précision se référant à des sources appropriées : recommandations de pratique clinique, conférences de consensus, travaux d'experts reconnus, résultats de travaux de recherche... ;
- une présentation des résultats qui permette des conclusions de nature à entraîner une amélioration effective de la pratique.

#### **3.2. Place d'une démarche institutionnelle**

Toute équipe hospitalière, tout service clinique, unité fonctionnelle ou département, peut entreprendre des démarches internes d'évaluation de ses pratiques. L'expérience de l'Agence depuis 1990 a confirmé la faisabilité de ce processus parfaitement maîtrisable à l'échelon d'une équipe de soins donnée, et son intérêt, dès lors que :

- les objectifs recherchés sont clairs, explicites et compris par tous ;
- le projet reflète des préoccupations prioritaires et reconnues par tous ;
- le chef de service ou le cadre responsable s'y implique totalement ;
- la démarche est menée en équipe ;
- la méthode est bien maîtrisée, avec en particulier l'utilisation d'un nombre limité de critères simples.

Il apparaît cependant nécessaire, pour des projets plus importants ou plus complexes, devant associer plusieurs unités et quelquefois plusieurs métiers, de prévoir une mise en œuvre élargie et des appuis institutionnels. Ce type d'audit entrepris à l'échelon d'une institution peut permettre l'ouverture d'un dialogue concret autour du concept de



gestion de la qualité entre les praticiens concernés et les gestionnaires. Il peut ainsi constituer le moteur du changement d'une manière qui n'apparaîtrait pas de façon aussi évidente dans le cadre d'une unité médicale isolée.

Les expériences menées en partenariat depuis 1990 permettent de préciser les conditions de la réussite d'une telle démarche institutionnelle :

- un engagement explicite des responsables institutionnels, qu'ils soient médicaux, soignants ou administratifs ; il est nécessaire pour surmonter les résistances au changement et les réflexes de défense professionnelle, pour assurer la coordination des actions, mais aussi pour en assurer le succès lorsque l'audit identifie des causes relatives aux ressources de l'institution ;
- le respect de tous les professionnels impliqués, sans exclusive ; ils doivent être individuellement comme collectivement associés à toutes les étapes, car pour que l'évaluation soit un facteur d'adaptation des pratiques, il faut que les professionnels concernés se sentent responsables de la démarche ;
- une formation pratique des professionnels aux principes et à la méthodologie de l'évaluation à l'hôpital ;
- un partenariat interne impliquant en particulier les structures qui contribuent déjà, du fait de leurs missions réglementaires, à l'évaluation de la qualité des soins : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance, Commission du Service de Soins Infirmiers, Départements d'Information Médicale, ...

L'Agence peut accompagner cette démarche à plusieurs niveaux : en définissant les lignes générales des référentiels de pratique, et en apportant son aide méthodologique pour garantir la qualité du processus.

## Chapitre 2

---

# LA PRÉVENTION DES ESCARRES : RECOMMANDATIONS EXISTANTES

---

### 1. DÉFINITION ET STADES DE GRAVITÉ

L'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses (1, 2). Les escarres surviennent généralement au niveau des proéminences osseuses. Les principales localisations sont, par ordre de fréquence, le sacrum et les talons (3-5).

Plusieurs stades dans le développement des escarres sont habituellement décrits. La classification de Shea (6) comprend cinq stades (annexe 1). Elle décrit la destruction des tissus à partir de repères anatomiques. L'*International Association for Enterostomal Therapy* (7), le *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (1) et l'*Agency for Health Care Policy and Research* (8) (annexe 1), ont recommandé de combiner plusieurs classifications communément utilisées pour évaluer les stades de l'escarre. Les quatre stades de destruction des tissus sont décrits au-delà des repères anatomiques habituels.

En France, des équipes utilisent la classification de Shea (6) ou l'adaptent. L'hôpital de Garches a intégré à cette échelle la notion de stade de réversibilité, absente de la classification de Shea. Le premier stade de l'escarre est donc l'érythème, qui disparaît en quelques heures si la pression est levée (9). Cette classification comprend cinq stades de destruction et trois phases de reconstruction (annexe 1). Elle envisage toutes les formes anatomiques de destruction des tissus, comme la classification de Shea.

La classification de Yarkony et Kirk (10) (annexe 1) facilite la distinction de la jonction entre l'épiderme et le derme en utilisant les repères anatomiques pour décrire l'atteinte des tissus. En comparant le mode de classement, la concordance interobservateur est de 85 % avec l'échelle de Yarkony et Kirk (10), et de 68 % avec la classification de Shea (6).

Le système des couleurs est utilisé pour décrire les plaies. Cette classification n'est pas spécifique des escarres. Une plaie noire indique un tissu nécrotique adhérent au tissu sous-jacent. Une plaie jaune correspond à un tissu nécrotique humide (stade d'ulcération à déterger). Une plaie rouge est une plaie proche de l'épidermisation, qu'il s'agisse d'une désépidermisation ou d'une plaie en voie de réépidermisation (11, 12).

L'utilisation d'un système défini et explicite de classement des escarres permet un suivi homogène au sein d'une équipe de soins. Il facilite les comparaisons entre différentes études (prévalence, incidence, efficacité, coût, tant de prévention que de traitement).

L'évaluation de l'état cutané requiert une description de la plaie et des tissus avoisinants ainsi qu'une description de la taille et de la profondeur de l'escarre. Les colorants ne doivent pas être utilisés car ils masquent l'état réel de la peau.

Les différentes classifications décrites précédemment comportent certaines limites. En effet l'identification du stade I de l'escarre (érythème) peut être difficile à évaluer chez les personnes à la peau noire. Au stade de l'escarre constituée, le débridement de la plaie rend délicate la classification de l'escarre.

Quelle que soit la classification utilisée, elle doit être facile à utiliser. Les infirmières qui l'utilisent doivent être entraînées à reconnaître les stades de gravité.

## **2. ÉPIDÉMIOLOGIE**

Aux États-Unis, la prévalence était de 3 à 14 % dans les établissements accueillant des malades aigus (13). Meehan (4, 14) a observé une prévalence de 9,2 % (148 hôpitaux en 1989) et de 11,1 % (177 hôpitaux en 1993). Elle était plus élevée en gériatrie : 13 % (3) et de 25 à 33 % dans les services de rééducation fonctionnelle et de gériatrie (3, 15). En France, sur 46 055 malades hospitalisés, 8,6 % avaient des escarres un jour donné. Une affection neurologique était présente dans 40 % de ces cas (5).

Les variations de la prévalence entre les différentes études s'expliquent par une définition différente du premier stade de l'escarre. Certains auteurs n'incluent pas la rougeur comme premier stade.

D'autres auteurs ne précisent pas toujours quel est le dénominateur retenu pour le calcul de la fréquence des escarres (population totale durant la période considérée ou population à risque), l'inclusion ou l'exclusion du 1<sup>er</sup> stade de l'escarre (érythème) dans le calcul et enfin la période d'observation.

### **3. LES FACTEURS DE RISQUE**

Les facteurs de risque sont nombreux. Gosnell (16, 17) en a recensé une centaine. Plusieurs classifications sont proposées dans la littérature pour définir les facteurs de risque. Ceux-ci sont dits tantôt intrinsèques et extrinsèques, tantôt primaires et secondaires. Ces classifications n'étant pas totalement validées et admises, on citera les principaux facteurs de risque. Parmi ceux-ci la pression, la friction, le cisaillement dans le tissu sous-cutané jouent un rôle majeur dans l'apparition d'escarres. L'immobilisation et la diminution de l'activité, la dénutrition, l'incontinence urinaire et fécale, la macération et un état de conscience altéré, les affections neurologiques et vasculaires y contribuent également. La présence unique ou combinée de ces facteurs de risque fait de certains patients des sujets à haut risque de développer des escarres.

#### **3.1. La pression**

La compression tissulaire a un rôle essentiel dans l'apparition des escarres. Elle diminue ou interrompt la microcirculation cutanée. L'intensité, la durée et le gradient de la pression (verticale ou oblique) favorisent les escarres. La plupart des forces de pression sont des forces perpendiculaires.

Le type de lit ou les matériels d'aide à la prévention mal utilisés ou obsolètes peuvent entraîner l'apparition d'escarres.

#### **3.2. Le cisaillement**

C'est un phénomène de glissement des couches cutanées les unes sur les autres lorsque le tronc est incliné, et que le poids de l'individu a tendance à faire glisser son corps vers le bas.

Ce phénomène survient en position semi-assise au lit, assise au fauteuil ou en position latérale, avec la tête du lit surélevée. L'humidité favorise le cisaillement (la peau humide reste adhérente au bassin de lit par exemple). Les forces de cisaillement sont également générées par la housse protectrice du matelas. Un effet hamac se produit si la housse est trop tendue ou non élastique.

Le port de vêtements trop ajustés entraîne également des cisaillements, notamment chez les blessés médullaires. Les forces obliques, dites de cisaillement, sont trois fois plus ischémiantes que les forces de pression verticale. Les pressions verticales et obliques favorisent le développement de plaies profondes.

### **3.3. Les frottements et l'étirement de la peau**

Le développement d'escarres par frottement survient non pas par un mécanisme d'ischémie, mais par l'effet de forces mécaniques. Les frottements entraînent une abrasion mécanique de la peau. Les plaies par frottement sont localisées le plus souvent au niveau des coudes, du sacrum, des talons. L'étirement de la peau est responsable le plus souvent d'une fissure du pli interfessier, consécutive aux manipulations du malade par les soignants (écartement sans précautions des fesses lors des soins d'hygiène locaux, ou pour tourner le malade). Le frottement et l'étirement de la peau occasionnent des plaies superficielles (phlyctènes, fissures).

### **3.4. L'immobilité et la diminution du niveau d'activité**

Tout malade immobilisé (au lit ou au fauteuil) de façon prolongée et dans l'incapacité de se mobiliser est susceptible d'avoir des escarres. Les malades ayant des troubles de la conscience (coma, agitation...), des troubles moteurs et/ou sensitifs d'origine traumatique (fractures du bassin, des membres inférieurs, du rachis...), des troubles neurologiques d'origine centrale ou périphérique (accident vasculaire cérébral, hémiplégie, blessés médullaires...) ont une perception diminuée voire nulle de la douleur et de l'inconfort .

### **3.5. La dénutrition**

Les malades dénutris, mal nourris, déshydratés, cachectiques, ont plus de risques de développer des escarres. L'hypoalbuminémie est un indicateur de malnutrition (18, 19). Il faut évaluer l'état nutritionnel des malades à risque, et ayant des escarres. Une insuffisance des apports hydriques et alimentaires doit être corrigée, qu'elle soit détectée par des mesures biologiques ou par l'observation d'une incapacité du malade à se nourrir.

### **3.6. L'incontinence urinaire et fécale**

L'urine et les selles contiennent des substances irritantes pour la peau et favorisent la macération. Elles constituent un risque potentiel de développement d'une escarre.

### **3.7. L'humidité excessive**

L'humidité est souvent liée à l'incontinence, mais aussi à la transpiration, à la fièvre, à des écoulements divers. Elle prédispose au développement de l'escarre en raison de la macération.

### **3.8. L'état psychique et le degré de participation de la personne soignée**

Le niveau de compréhension de l'individu, son état de conscience (fatigue, vigilance diminuée liée à la douleur ou à une prise de médicaments, etc.) altèrent la participation du malade aux soins. Des facteurs psychosociologiques, ignorés dans la plupart des modèles d'analyse des facteurs de risque, jouent un rôle important dans l'apparition des escarres, notamment chez le paraplégique qui n'a pas encore accepté son handicap.

### **3.9. La résistance cutanée, l'âge et la diminution de la vascularisation**

Il semblerait qu'une peau sèche, flasque (ayant perdu son élasticité) favorise l'apparition d'escarres. Le risque serait augmenté au-delà de 70 ans en raison des modifications cutanées. Avec l'âge, il existe en plus d'une diminution du renouvellement des cellules, de la vascularisation et de la sensibilité, une réduction de l'épaisseur de la peau avec perte du panicule adipeux sous-cutané. Peu d'études ont montré un lien entre une diminution de la vascularisation (hypotension) et l'apparition d'une escarre alors que l'on sait que l'état de la microcirculation dépend non seulement des conditions hémodynamiques locales mais également du fonctionnement du système cardio-respiratoire. Cela explique en partie l'apparition rapide d'escarres chez les malades hospitalisés dans les services de réanimation.

### **3.10. La pathologie neurologique et la perte de sensibilité**

Il existe chez les traumatisés rachidiens, paraplégiques et tétraplégiques, une dégradation du collagène des os et de la peau. La résistance cutanée aux facteurs mécaniques est diminuée. L'apparition d'une escarre est facilitée. À un stade chronique, les escarres peuvent s'infecter, voire même se Cancériser. La perte de la sensibilité (incapacité pour un individu à sentir la douleur) et/ou l'incapacité à réagir intentionnellement à la perception de l'inconfort ou de la douleur en relation avec la pression ne permettent pas à la personne de répondre de manière adaptée à la douleur et à l'inconfort. Le malade ne change pas de position ou ne demande pas d'aide pour le faire.

#### 4. LES ÉCHELLES DE MESURE DES FACTEURS DE RISQUE

Des instruments d'évaluation des facteurs de risque ont été décrits dès 1960. Ces instruments ont pour objectif de prédire le risque d'apparition d'escarres à partir du calcul d'un score seuil et de déclencher la mise en œuvre des soins de prévention pour les malades à risque.

Les domaines de risque se recoupent dans les différentes échelles disponibles : il s'agit de l'immobilité et de la limitation de l'activité, de l'incontinence, d'une déficience de l'état nutritionnel, d'une altération du niveau de conscience.

L'échelle la plus connue est celle de Norton (20) (annexe 2). Elle comporte cinq domaines de risque : condition physique, état mental, activité, mobilité, incontinence.

Les domaines de risque sont pondérés de 1 à 4 et additionnés pour aboutir à un score de risque pouvant aller de 5 à 20. Un score élevé (de 14 à 20) indique un risque minimum alors qu'un score bas (14 ou moins) indique que le malade est à haut risque de développer une escarre. Cette échelle est assortie d'un guide d'utilisation (20).

Braden et Bergström (21) (annexe 3) ont développé une échelle comprenant six rubriques : perception de la douleur et de l'inconfort (correspond à l'état mental de l'échelle de Norton), activité, mobilité, humidité (l'incontinence est évaluée au travers de cet item), friction et cisaillement, nutrition.

Les facteurs de risque sont pondérés de 1 à 3 ou 4 selon le domaine de risque. Le score maximum possible est de 23 points. Plus le score est bas (15 ou moins), plus le malade a de risques de développer une escarre. Une définition précise de chacun des facteurs de risque (22) permet d'utiliser cette échelle.

Depuis peu, l'échelle de Waterlow est largement utilisée comme référence pour évaluer les facteurs de risque en Grande-Bretagne. Cependant, elle ne s'est pas révélée jusqu'à présent d'une grande fiabilité (23).

D'autres échelles françaises, telles que celle utilisée au CHRU d'Angers (24) prennent en compte les facteurs de risque classiques dans l'apparition des escarres et attribuent au patient un score de risque.

En France, Véga et al. (25) ont proposé un instrument d'identification des facteurs de risque, modifié par la suite, et présenté en annexe 4. Celui-ci a été construit à partir de la traduction de l'échelle de Norton, des diagnostics infirmiers « atteinte à l'intégrité de la peau » (26) et « intégrité de la peau altérée » (27) et d'un consensus sur les facteurs de risque les plus fréquemment rencontrés et estimés les plus importants par des

infirmières expérimentées. Les facteurs de risque sont classés dans six domaines de risque : désordres nutritionnels et métaboliques, irritants chimiques et mécaniques, activité et niveau d'autonomie, mobilité physique, sensibilité, participation aux soins. Cette dernière rubrique tient compte des difficultés d'adaptation psychologiques de certains malades handicapés. Un glossaire permet une identification plus objective des facteurs de risque. L'instrument développé par Véga et al. ne propose pas de mettre en œuvre des mesures de prévention à partir d'un niveau global de risque. Il propose d'agir sur chacun des facteurs de risque décelé et d'en suivre l'évolution.

Ces échelles ont des problèmes de fiabilité (reproductibilité interobservateur) et de validité (spécificité et sensibilité) (28). La reproductibilité interobservateur est utile pour déterminer le pourcentage d'accord entre deux observateurs qui utilisent la même échelle de mesure du risque d'escarre sur un même échantillon de malades, dans les mêmes circonstances et au même moment. Ils doivent obtenir des résultats identiques. La spécificité se définit par le pourcentage de malades qui ne développent pas d'escarres et dont l'échelle a prédit qu'ils n'en développeraient pas. La sensibilité est définie par le pourcentage de malades qui développent des escarres et dont l'échelle avait prédit qu'ils en développeraient. L'identification des facteurs de risque peut être améliorée par l'utilisation d'un glossaire définissant chacun des termes utilisés, ce qui limite les différentes interprétations et réduit la subjectivité. Les soignants doivent être entraînés à reconnaître facilement les facteurs de risque, grâce à une formation et un accompagnement.

Quel que soit l'instrument d'évaluation, celui-ci doit être choisi en fonction de certains critères : permettre l'identification la plus objective possible des facteurs de risque, avoir une bonne fiabilité, une haute sensibilité et spécificité. De plus il doit être simple, rapide et facile à utiliser, reproductible. Aucune échelle ne semble remplir actuellement tous ces critères.

## **5. LES CONNAISSANCES ACTUELLES SUR LA STRATÉGIE ET LES SOINS DE PRÉVENTION**

Les recommandations de bonnes pratiques permettant l'évaluation du risque de survenue d'escarres et décrivant leur mode de prévention reposent peu sur des preuves scientifiques mais surtout sur des consensus d'experts (1, 9, 29).

En 1992, des recommandations ont été publiées aux États-Unis par l'*Agency for Health Care Policy and Research* (2). Elles ont été établies sur une analyse de la littérature



internationale (812 articles sélectionnés à partir d'environ 12 000 références). Elles ont confirmé en grande partie les conclusions de la conférence de consensus du CBO (29).

Les recommandations de l'AHCPR ont été classées selon trois niveaux :

- A. Le niveau de preuve scientifique disponible dans la littérature est suffisant pour appuyer la recommandation en faveur d'une utilisation de la procédure.
- B. La littérature est pauvre, le niveau de preuve scientifique n'est pas établi, la stratégie proposée est probablement nuisible.
- C. La recommandation est fondée sur l'opinion d'experts et du groupe de travail

Contrairement à la nature des soins de prévention, leur fréquence n'est pas définie précisément, c'est une décision consensuelle. Une fréquence minimale proposée doit être adaptée aux caractéristiques de chaque malade.

La stratégie de prévention des escarres envisage les principales actions spécifiques suivantes :

### **5.1. L'évaluation des facteurs de risque et de l'état cutané**

L'utilisation, systématique et répétée régulièrement, d'un instrument d'évaluation des facteurs de risque permet de choisir et de planifier des actions de soins appropriées pour réduire l'apparition d'escarres. La fréquence d'évaluation des facteurs de risque n'est pas précisée dans la littérature. L'évaluation du risque d'escarre doit être systématique à l'admission du malade, répétée chez les malades confinés au lit ou au fauteuil qui ont des difficultés à changer de position, et dans tous les cas à chaque modification de l'état de santé.

L'examen de l'état cutané en général, et plus particulièrement des zones à risque (proéminences osseuses) devrait être systématique au moins une fois par jour et à l'occasion de chaque soin.

### **5.2. Les soins d'hygiène de la peau et le change de la literie**

La toilette complète quotidienne est recommandée. Elle est indispensable dès que la peau est souillée par les urines, les selles, une transpiration abondante, des écoulements et sécrétions. Certaines pratiques sont à éviter : utilisation de savon modifiant le pH, érosion de la peau par frottement lors du lavage ou du séchage. Le change de la literie devrait être systématique deux fois par jour en présence d'une diminution de l'activité et

de la mobilité. Selon les besoins du malade surtout en présence d'une incontinence urinaire et fécale, de transpiration, d'écoulements qui entraînent humidité et macération, le change sera plus fréquent. Il semble que l'utilisation de lotions hydratantes pour les peaux sèches améliore l'état cutané et protège contre l'escarre.

### **5.3. Les massages peu appuyés à type d'effleurage**

Les frictions ou massages ne faisant pas appel à des techniques de kinésithérapie étaient utilisés habituellement pour améliorer la vascularisation, favoriser le confort des malades et prévenir les escarres au niveau des proéminences osseuses. Les bénéfices de cette mesure sur l'activation de la circulation sanguine, notamment au niveau du siège, n'ont pas été démontrés. Des études ont prouvé que les zones massées ont plus de tissus endommagés que des zones similaires non massées.

Actuellement sont préconisés des massages peu appuyés, à type d'effleurage, au niveau des points d'appui. Cette mesure est fondée sur l'opinion d'experts. Son intérêt est de permettre un examen régulier de la peau. Les critères d'efficacité sont fondés sur une amélioration de l'oxygénation tissulaire qui s'évalue par la mesure de la pression transcutanée en oxygène. L'AHCPR (2), et le NPUAP (1) recommandent peu cette pratique.

Les produits ne doivent pas contenir d'alcool (desséchant pour la peau). Certaines huiles facilitent le glissement des mains sur la peau et préservent son hydratation et sa souplesse.

### **5.4. La lutte contre l'incontinence**

La prise en charge de l'incontinence urinaire permet de limiter l'exposition de la peau à l'humidité. Une réflexion de l'équipe soignante doit s'instaurer autour de cette prise en charge. Il convient de connaître l'origine de l'incontinence ainsi que son aspect réversible ou non, ce qui permet de prendre une décision : proposition du bassin ou mise sur les toilettes à une fréquence régulière, utilisation de couches absorbantes, ou encore pose d'une sonde urinaire.

### **5.5. Les mobilisations et les changements de position**

Les changements de position, le maintien d'une mobilisation et d'un niveau d'activité sont essentiels pour éviter l'apparition d'escarres, car limitant la pression au niveau des zones à risque. Les changements de position au lit, la mobilisation passive et active (marche), les soulèvements et balancements au fauteuil sont recommandés. La

fréquence préconisée des changements de position au lit est au moins toutes les deux heures. Elle dépend de la tolérance de chaque malade à la pression. Si une zone à risque est rouge à l'issue d'un positionnement d'une durée de deux heures, il est logiquement conseillé de raccourcir l'intervalle entre deux postures et de passer à un rythme supérieur de positionnement. Le décubitus latéral strict augmente la pression au niveau du trochanter et diminue les apports locaux en oxygène. Le décubitus latéral oblique (région rétrotrochantérienne) est mieux toléré (30).

Afin d'aider l'équipe soignante à maintenir la fréquence théorique des mobilisations, l'utilisation d'une planification des mobilisations peut-être conseillée. Celle-ci précise le type de mobilisation à réaliser, le moment où le soin devrait être accompli et le soignant responsable de son exécution.

## **5.6. Les principes de manutention**

On peut limiter l'action de la pression et des forces de cisaillement sur les tissus par une mobilisation adéquate des malades lors des mobilisations ou changements de position, des transferts du lit au fauteuil. Cette mobilisation répond à des principes de manutention et des techniques de soulèvement. Il faut être en nombre suffisant pour soulever la personne soignée afin de la remonter dans son lit. Il est possible de limiter la pression ainsi que l'action nocive des forces de cisaillement sur les tissus en évitant de surélever la tête du lit au-dessus d'un angle de 30° maximum. Le maintien des pieds avec un coussin évite le glissement du malade dans le lit, responsable de cisaillement au niveau des régions ischiatique et sacrée.

## **5.7. Les films protecteurs**

La peau des malades dans l'incapacité de changer de position volontairement ou involontairement doit être protégée des lésions par friction et frottement notamment au niveau des coudes et des talons.

L'efficacité de l'utilisation, dans ce cas, de films protecteurs (pansements adhésifs transparents), ou de pansements de protection (hydrocolloïdes) réduisant les phénomènes de friction et de cisaillement n'a pas été étudiée.

## **5.8. Le matériel d'aide à la prévention**

L'utilisation du matériel d'aide à la prévention protège des effets des forces de pression, de friction et de cisaillement. Le matériel de prévention est indiqué lorsque les postures alternées sont empêchées pour des raisons médicales. Aucun matériel de prévention ne dispense des soins de prévention exposés par ailleurs.

Peu d'études comparatives ou expérimentales ont été faites sur les caractéristiques et les propriétés des matelas ou coussins de prévention (31, 32). Andersen et al. (33) ont montré dans une étude randomisée que l'utilisation d'un matelas à gonflement alterné ou d'un matelas à eau diminuait l'incidence des escarres, comparée à l'utilisation d'un matelas hospitalier habituel.

Les frictions et les frottements sont évités au niveau des talons grâce à l'utilisation de coussins laissant ceux-ci dans le vide avec un angle de 90 ° de la cheville pour éviter l'équinisme.

Ainsi toutes les mesures consistant à réduire la pression contribuent probablement à diminuer l'incidence des escarres. Il existe une gamme importante de matelas d'aide à la prévention, cependant l'efficacité d'un matelas par rapport à un autre a été peu démontrée.

Les critères de choix d'un matériel de prévention peuvent être les suivants : le matériel retenu répartit le mieux possible la pression sur toute la surface du corps et réduit au minimum la pression au niveau des zones d'appui. Le support permet de réduire au minimum la macération grâce à l'utilisation de housse et de literie en coton qui permettent la circulation de l'air.

La facilité d'utilisation (mise en place, stockage, poids, maintien d'une température adéquate pour le matelas d'eau) et d'entretien (nettoyage et désinfection) ainsi que le coût sont des critères importants pour les soignants. Le confort du malade doit être pris en compte (sensation d'instabilité sur les matelas à eau ou certains coussins).

Certaines équipes ont proposé un arbre de décision afin d'aider l'équipe soignante à choisir un support (matelas, lit) permettant de limiter le phénomène de pression. Ce modèle repose sur une évaluation des besoins du malade ainsi que des facteurs de risque (34, 35).

## **5.9. La nutrition**

Une malnutrition se dépiste par une insuffisance quantifiée des apports nutritionnels ingérés, une perte de poids et des mesures biologiques. La correction de ce déficit par des apports supplémentaires, notamment en calories, en protéines, en vitamines et en oligoéléments est suggérée pour le maintien de l'intégrité cutanée et la prévention des escarres. Une surveillance des apports alimentaires et hydriques, ainsi qu'un bilan nutritionnel doivent être répétés pour vérifier si les apports sont adaptés à l'intensité de la dénutrition et aux besoins du malade.

### **5.10. L'information et l'éducation du malade et/ou de son entourage**

Des programmes éducatifs pour les paraplégiques et tétraplégiques ont été développés, notamment dans les centres de rééducation. Ces programmes impliquent également l'entourage des malades. Un programme éducatif spécifique tenant compte des facteurs de motivation est proposé à ce type de malades et plus largement à ceux qui ont la capacité de participer aux soins.

Les malades des autres structures de soins sont sollicités pour participer aux soins de prévention, en fonction de leur degré de conscience, de compréhension, de leurs capacités physiques et de leur volonté de participation. Les soignants encouragent les malades à se mobiliser et à participer aux soins.

Les actions éducatives consistent à apprendre à se tourner seul, à surveiller les points d'appui et concernent également la nutrition, etc. Cependant le développement d'un programme éducatif planifié, évalué, nécessite souvent une formation spécifique du personnel soignant à l'éducation des malades.

## **6. LA PRISE EN CHARGE DE L'ESCARRE PAR LES ÉQUIPES SOIGNANTES HOSPITALIÈRES ET EXTRA-HOSPITALIÈRES**

La prévention des escarres résulte souvent d'une démarche empirique. Les infirmières ont recours à une variété de méthodes, de produits et de techniques qui ont peu de fondements scientifiques. Chaque infirmière agit au mieux selon sa formation, son expérience, ses connaissances ou ses croyances.

Une approche multidisciplinaire des malades à risque et une coordination de l'équipe soignante dans son ensemble sont nécessaires.

L'utilisation de supports de transmission des informations concernant les malades à risque de développer des escarres devrait permettre une continuité des soins entre les différentes équipes et leurs membres (annexe 5).

Une stratégie fondée d'une part sur l'identification des malades susceptibles de développer des escarres au moyen d'un instrument d'évaluation des facteurs de risque, et d'autre part sur le choix d'actions de prévention permet de diminuer les escarres. La mise à jour des connaissances des soignants, l'élaboration d'un protocole de prévention, une collaboration entre médecins, infirmières, diététiciennes, kinésithérapeutes,

l'utilisation d'un support de suivi de la prise en charge et une évaluation périodique de la qualité de la prise en charge diminuent en général la fréquence des escarres (36).

L'élaboration d'un protocole de soins est l'occasion de partager les connaissances et les compétences de chacun et de développer une conduite cohérente.

## Chapitre 3

# APPLICATION DE LA MÉTHODE À LA PRÉVENTION DES ESCARRES

---

La fréquence de survenue et la gravité des escarres, la perception de difficultés dans la prise en charge des malades à risque, ou encore le désir et la possibilité d'améliorer cette prise en charge vont inciter une équipe à s'intéresser à ce thème.

Un groupe de travail pluriprofessionnel choisit une orientation permettant d'évaluer la prévention des escarres.

## 1. CHOIX DU THÈME ET INITIALISATION DE L'ÉTUDE

Une des approches permettant d'approfondir le thème consiste à s'interroger sur les résultats de la prise en charge, sur les ressources nécessaires pour donner les soins de prévention et bien entendu sur les pratiques de prévention.

Il s'agit de mesurer la prévalence et/ou l'incidence des escarres, leur origine (constituées dans l'unité de soins ou hors unité), leur localisation et stade de gravité (un exemple de questionnaire est présenté en annexe 6).

L'intérêt d'une telle démarche réside dans la comparaison possible avec des mesures ultérieures. Les résultats permettent de fixer des objectifs tels que : réduction du taux d'escarres et de l'apparition d'escarres au niveau de certaines localisations par exemple.

Les données recueillies ne renseignent ni sur la qualité des soins dispensés, ni sur ce qui influence les résultats. Certaines précautions s'imposent lors des comparaisons dans le temps. Il convient d'utiliser une classification identique des stades de gravité de l'escarre et de s'assurer que les caractéristiques de la population étudiée sont comparables d'une période à l'autre. Les résultats seront ajustés à certaines caractéristiques des malades telles que facteurs de risque, gravité de la pathologie, ...

On peut compléter les informations en étudiant le niveau des ressources nécessaires pour donner des soins de prévention adaptés à la personne à risque de développer des escarres.

Les ressources comprennent de nombreux éléments tels que : des *documents de référence* (protocole de soins, outil d'identification des facteurs de risque, classification

des stades de gravité), les *connaissances* du personnel soignant non médical et médical sur l'escarre et la prévention, les *pratiques déclarées* en matière de soins de prévention (nature et fréquence), le type et la quantité de matériel de prévention, de linge, l'existence *d'outils de planification et de suivi des soins* dispensés, *l'organisation des soins* et la clarification des responsabilités (un exemple de questionnaire est en annexes 7 et 8).

L'intérêt de cette approche est de mettre en évidence une variabilité des pratiques, de proposer des choix plus rationnels concernant les soins, les produits et équipements, une meilleure organisation des soins et d'identifier les besoins en formation.

Les informations de cette première étape permettent de préciser le thème de l'évaluation, de clarifier les objectifs et de motiver l'équipe.

## **2. ÉLABORATION D'UNE GRILLE DE CRITÈRES À PARTIR D'UN RÉFÉRENTIEL**

L'approche centrée sur les résultats et les ressources amène les équipes à modifier naturellement la prise en charge des malades à risque, à la formaliser tout en la maintenant flexible pour l'adapter à chaque malade.

À cette étape, il s'agit, pour une équipe soignante, de se mettre d'accord sur les soins préventifs à dispenser. En matière de prévention de l'escarre, les recommandations pour la pratique sont divergentes et n'ont pas toujours fait la preuve de leur efficacité. Il s'agit souvent de recommandations fondées sur un consensus et déclinées en protocole de soins, donc adaptées au contexte local.

Une référence considérée comme « optimum de bonne pratique » va donc être élaborée en équipe. Plutôt que de construire un protocole de soins, ce qui s'avère souvent long, il est conseillé d'adapter un protocole existant au contexte local, ou de réactualiser un document disponible grâce à une recherche bibliographique.

La construction d'un protocole de soins nécessite une grande rigueur méthodologique (37, 38). Ses principales étapes d'élaboration sont en annexe 9 ainsi qu'un exemple de plan d'un protocole de prévention de l'escarre.

L'introduction d'un protocole de prévention entraîne un changement dans les pratiques et les comportements. Il convient d'accompagner ce changement grâce à une information, voire une formation. La plupart du temps, ce sont les membres du groupe de travail qui apportent aux utilisateurs les informations nécessaires à la mise en œuvre



du protocole de prévention. Son appropriation par l'équipe soignante demande parfois plusieurs mois.

À partir du protocole de soins vont être déterminés les critères représentatifs de la qualité de la prise en charge des malades à risque. L'utilisation ou non de ces critères va permettre une comparaison entre la pratique réelle et ce qui est estimé comme la pratique optimale. Il peut s'agir :

- de critères de ressources (éléments nécessaires pour donner des soins : protocole de soins, matériel, connaissances du personnel soignant) ;
- de critères de pratique ou de processus tels que : l'identification systématique des facteurs de risque à l'admission du malade, de la surveillance des apports alimentaires en présence d'un déficit nutritionnel, de changements de position en présence d'une diminution de la mobilité ;
- de critères de résultats : escarres constituées dans l'unité de soins, gravité, localisation, évolution (amélioration ou aggravation), satisfaction du malade, etc. Des exemples de critères sont en annexe 10.

Chaque critère doit être quantifiable : on mesure son atteinte selon des modalités variables (oui/non ; absent/présent ; nombre ; etc.). Il doit avoir la capacité de mesurer ce qu'il est censé apprécier et donc être valide. Le critère doit posséder deux autres qualités : fiabilité (mesure précise et reproductible quel que soit l'observateur), sensibilité c'est-à-dire aptitude à refléter des variations même faibles de la qualité.

Les critères de qualité vont être présentés sous la forme d'une grille qui s'accompagne dans certains cas d'un guide d'utilisation afin de diminuer les variations interobservateurs et améliorer la fiabilité de l'évaluation. Ce guide comprend des instructions précisant la définition du critère, les exceptions, c'est-à-dire les circonstances où il ne s'applique pas.

La grille mentionne la source d'information à utiliser pour mesurer l'atteinte du critère. Il peut s'agir d'informations à rechercher dans le dossier du malade, d'une observation directe de la pratique, ou encore de questions posées à l'infirmière et dans certains cas au malade.

Le groupe de travail sélectionne un nombre de critères adéquat pour porter une appréciation sur la conformité de la pratique évaluée au protocole de soins. En règle générale, le nombre de critères n'excède pas 20 afin de faciliter le recueil de données et se donner des possibilités d'amélioration ciblées sur l'essentiel de la démarche.

Pour chaque critère, il est possible de fixer un seuil de performance attendu. Ce seuil est fonction de l'état actuel des connaissances, issu de la littérature ou fixé arbitrairement en ayant recours à des experts. Il correspond à la valeur attendue par opposition à la valeur observée et représente le niveau de performance à atteindre.

Par exemple : « Les facteurs de risque sont identifiés dès l'admission du malade ». Le seuil de performance attendu, issu de la littérature, est de 100 %.

La grille d'évaluation une fois construite sera testée avant le véritable recueil de données : compréhension et objectivité des critères, facilité d'utilisation de la grille, disponibilité des données à recueillir, estimation du temps passé, fiabilité de l'instrument de mesure par un test de fidélité interobservateurs. Ce test est utile pour déterminer le pourcentage d'accord entre deux observateurs utilisant le même instrument de mesure, mais séparément, pour évaluer une même situation, dans les mêmes circonstances. Il permet de déceler des critères insuffisamment précis et d'améliorer leur qualité intrinsèque (précis, mesurable, univoque, etc.).

### **3. CHOIX DU TYPE D'ÉTUDE ET DE LA MÉTHODE DE MESURE**

L'étude portera soit sur la réalisation des soins *a posteriori* en fonction des facteurs de risque (méthode rétrospective), soit sur l'observation du niveau de qualité de l'exécution des soins (méthode prospective).

D'une manière générale, on choisit dans un premier temps d'analyser la prise en charge à partir du dossier de soins. Ceci implique bien souvent la mise en place d'un document spécifique permettant de retrouver les informations (instrument d'évaluation des facteurs de risque : annexes 2, 3, 4 ; fiche de suivi des soins : annexe 5). On peut envisager ultérieurement la réalisation d'observations directes ponctuelles portant sur un aspect de la prise en charge des malades à risque, comme par exemple la réalisation des changements de position.

À cette étape, on rédige un document qui permet de définir les conditions de mise en œuvre de l'évaluation. Il convient de préciser les objectifs de l'audit, de définir les caractéristiques de la population étudiée, la méthode utilisée, le nombre de dossiers ou d'observations considérés suffisants pour mettre en évidence des écarts, le choix de la période d'évaluation et des observateurs, l'organisation du recueil, du traitement et de l'interprétation des données.

La méthodologie étant descriptive et ne faisant en général pas appel à des analyses statistiques complexes, un effectif de 50 dossiers ou observations est habituellement considéré comme suffisant.

#### **4. RECUEIL DES DONNÉES ET MESURE DES RÉSULTATS**

Avant de mesurer la qualité des pratiques de prévention (identification des facteurs de risque, mobilisation, surveillance et adaptation alimentaire, soins d'hygiène, surveillance de l'état cutané, etc.), il est conseillé de laisser un temps d'appropriation du protocole de soins à l'équipe soignante. L'estimation du temps nécessaire dépend de l'ampleur des changements de pratiques, du site limité ou non de l'implantation du protocole de soins, de la capacité du groupe de travail à accompagner ce changement.

Le recueil des données implique que l'équipe soit informée du but, des objectifs, de la méthode utilisée, de la garantie de l'anonymat et/ou de la confidentialité des données, de son niveau de participation, des modalités de déroulement de l'évaluation. Le groupe de travail s'assure également du soutien de personnes-relais sur le terrain : infirmière référente, cadre infirmier, médecin. Les personnes qui vont recueillir l'information sont issues du groupe de travail initial. Leur formation est indispensable pour éliminer certains biais dus à la méthode, à la grille de recueil, à l'observateur lui-même. Les observateurs doivent avoir certaines qualités : facilité de communication, objectivité, discrétion, etc. La confidentialité des données durant leur recueil est une préoccupation permanente pour ne pas influencer les pratiques et pour ne pas établir de compétition entre unités de soins. La supervision du recueil des données par le coordonnateur du groupe de travail est nécessaire afin de s'assurer de la fiabilité et de l'exhaustivité des informations.

#### **5. ANALYSE DES RÉSULTATS**

Le traitement des données est assuré par les personnes qui ont réalisé les observations, encadrées par le coordonnateur du groupe de travail. Les résultats seront exprimés en nombre et pourcentage d'observations réalisées, complètes, incomplètes, exploitables, en nombre et pourcentage d'observations conformes à chacun des critères par rapport au seuil de performance fixé préalablement. Cette étape permet de comparer la prise en charge des malades à risque aux pratiques de prévention définies dans le protocole de soins.

La présentation des résultats sous forme de tableaux et/ou de graphiques facilite leur interprétation. Les points forts et faibles de la prise en charge sont mis en évidence par le groupe de travail et présentés à l'équipe soignante par le coordonnateur et les observateurs. Les sources des écarts observés sont recherchées en commun. L'analyse des causes des écarts peut mettre en évidence un manque de connaissances sur l'escarre ou les soins de prévention, une dotation insuffisante en matériel ou équipements, une difficulté de mise en œuvre de certains soins (et donc remettre en cause le protocole de soins), une organisation des soins inadéquate, etc.

Cette étape de l'audit clinique est fondamentale pour la suite du travail. À cet égard, les méthodes de résolution de problèmes peuvent faciliter l'interprétation des différences, la recherche des causes et ensuite des solutions.

## **6. ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS ET SUIVI**

Des mesures d'amélioration de la qualité de la prise en charge des malades à risque sont proposées par l'équipe avec l'aide des membres du groupe de travail. Elles sont hiérarchisées selon l'importance des résultats et selon leur plus ou moins grande facilité de mise en œuvre et l'importance des moyens nécessaires à mobiliser.

Les recommandations se présentent sous la forme d'un plan d'action. Celui-ci comporte les objectifs à atteindre et les délais, les actions à mettre en œuvre et les moyens nécessaires, un ou plusieurs responsables de l'exécution du plan, des indicateurs d'avancement et de résultats. Un exemple est présenté en annexe 11.

Un rapport est rédigé. Il comprend une description des objectifs de l'audit, les résultats, une description des forces et des faiblesses : faits clairement exposés, exacts, justifiés par des chiffres, validés avec l'équipe, les actions d'amélioration et de maintien de la qualité (voir plan détaillé en annexe 12).

Une nouvelle évaluation est prévue à distance. Sa période est adaptée à l'échéancier retenu pour la mise en place du plan d'action. La mesure de l'impact de ce dernier sur les pratiques est nécessaire à l'équipe soignante afin de se situer comparativement à la première évaluation et mesurer les progrès réalisés.

Les résultats de l'audit sont accessibles à chaque membre de l'équipe soignante. Leur diffusion à l'extérieur de l'unité de soins doit être prudente. Chaque unité de soins peut comparer ses performances à celles de l'ensemble de l'hôpital et se situer par rapport à une moyenne et par rapport au minimum et au maximum d'atteinte de chacun des critères. La comparaison entre unités de soins doit tenir compte des caractéristiques des malades et des modes d'organisation spécifiques.

## Chapitre 4

---

# EXEMPLE D'ÉVALUATION APPLIQUÉE À LA PRÉVENTION DE L'ESCARRE

---

### EXEMPLE DE DÉMARCHE D'ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS À RISQUE DE DÉVELOPPER DES ESCARRES

#### 1.1. Introduction

Il s'agissait dans un service de médecine interne (69 lits répartis en trois unités de soins), à la demande des soignants, d'évaluer et d'améliorer la qualité de la prise en charge des malades à risque de développer des escarres. Les escarres semblaient nombreuses et l'équipe soignante souhaitait mener une réflexion à partir de l'analyse des pratiques de prévention.

#### 1.2. Objectifs

- Étudier les ressources disponibles pour la prévention de l'escarre.
- Évaluer les connaissances du personnel médical et soignant sur l'escarre et sa prévention.
- Estimer la fréquence, la gravité, la localisation des escarres constituées dans le service.
- Décrire les mesures de prévention mises en œuvre en fonction des facteurs de risque identifiés.

#### 1.3. Méthodes

Une étude des ressources disponibles, une évaluation des connaissances, une mesure d'incidence et une enquête de pratique ont été réalisées :

1. Questionnaire rempli par les cadres infirmiers sur l'existence de documents de référence, l'organisation des soins, le type et la quantité de matériel de prévention et d'équipement.
2. Questionnaire rempli par les infirmières, aides-soignantes et médecins pour l'évaluation des connaissances sur l'escarre et les facteurs de risque, les soins de prévention, la perception de la qualité de la prise en charge des malades à risque.

3. Enquête prospective pour la mesure de l'incidence des escarres : état cutané à l'admission et quotidiennement (classification et description des stades de l'escarre d'après Yarkony et Kirk) (10), localisation des escarres et origine.
4. Enquête prospective visant à étudier les pratiques de prévention : inclusion de tous les malades sans distinction d'âge et de sexe, ayant une altération de la mobilité et/ou de l'activité - niveau d'autonomie, identification à l'arrivée et quotidiennement des facteurs de risque de l'escarre, description quotidienne de la nature des soins de prévention en fonction des facteurs de risque identifiés.

## 1.4. Résultats

### 1.4.1. Les ressources du service

- 16 infirmières et 14 aides-soignantes étaient présentes en moyenne par 24 heures.
- Il n'existait pas de protocole de soins, ni d'instruments d'identification des facteurs de risque et de description de l'état cutané, ou de transmission d'information spécifique sur les soins de prévention et leurs résultats.
- Une réunion quotidienne de concertation sur la prise en charge des malades était organisée dans chaque unité de soins.
- Les soins étaient donnés en série et la répartition des soins entre les soignants était tacite et non formalisée.
- Peu de matériel de prévention était disponible (3 matelas en mousse découpée, type gauffrier).
- La dotation en linge a été estimée insuffisante pour changer systématiquement les malades alités deux fois par jour et plus si nécessaire.
- Les produits alcoolisés, bien que contre-indiqués, étaient utilisés pour les massages à type d'effleurage. Des huiles étaient utilisées. Cinq savons aux propriétés différentes étaient employés pour la toilette des malades.

Les questions suggérées par l'analyse des ressources disponibles pour la prévention ont été les suivantes :

*Le nombre et la répartition du personnel sur la journée et la nuit, l'organisation du travail, une clarification des responsabilités de chacun ont-ils une influence sur la prise en charge optimale des malades à risque ?*

*La prise en charge des malades à risque serait-elle meilleure si :*

- des documents de références étaient disponibles et utilisés par les soignants ;
- du linge et du matériel de prévention étaient disponibles en quantité suffisante en fonction des besoins des malades ;
- le choix des produits d'hygiène et de soins était plus rationnel et les propriétés connues des soignants.

#### 1.4.2. *Les connaissances du personnel soignant*

Les répondants : 33 infirmières, 21 aides-soignantes et 10 médecins.

- La définition de l'escarre était satisfaisante pour les 3/4 des répondants ainsi qu'une bonne connaissance des facteurs de risque et des sites électifs de développement de l'escarre sauf ceux liés à la position assise.
- Les facteurs de risque étaient bien connus sauf la fièvre et les mécanismes de friction et de cisaillement.
- Il n'y avait pas de référence commune de description des stades d'escarre.
- Les soins de prévention déclarés être mis en œuvre par les infirmières et les aides-soignantes étaient : les soins d'hygiène de la peau, les massages à type d'effleurage, les changements de position. Les soins les plus prescrits par les internes étaient les massages et les frictions, les changements de position et un régime alimentaire riche en protéines.
- La plupart des répondants ont estimé nécessaire d'améliorer la prise en charge des malades à risque (81 %, 52/64).

Seulement 60 % (38/64) des répondants pensaient que « l'intérêt et la motivation des soignants » favorisaient la prise en charge des malades à risque. En revanche les soins de prévention étaient perçus comme efficaces pour diminuer les escarres (70 %, 45/64).

Les difficultés pour améliorer la prise en charge des malades à risque étaient identifiées comme les suivantes : une absence de formalisation et d'uniformisation des soins de prévention (61 %, 39/64), une insuffisance de transmission des informations (48 %, 31/64), une non-actualisation des connaissances des soignants (83 %, 53/64).

*Les résultats de l'état des connaissances et de la perception de la prise en charge ont permis de cibler les besoins en formation, de renforcer la motivation et de confirmer la nécessité de se doter de documents de références.*

#### 1.4.3. *L'enquête de pratiques*

##### La population

- 170 malades hospitalisés durant les 42 jours d'enquête.
- 47 malades avaient à l'admission une diminution de la mobilité physique et/ou une altération de l'activité et du niveau d'autonomie.
- 27 femmes et 20 hommes ont été inclus. Leur moyenne d'âge était de 77,5 ans (31 - 99).

### Les escarres

- L'incidence des escarres était de 17 % (population totale comme dénominateur, soit 170 patients).
- 29 malades sur les 47 à risque de développer des escarres avaient développé une ou plusieurs escarres durant leur séjour ; 9 avaient des escarres à l'admission.
- Les 58 escarres constituées dans le service étaient localisées au sacrum (31 %) et aux talons (40 %).
- 77,5 % (45/58) des escarres étaient de stade I (rougeur) et 19 % (13/58) de stade II (ulcération de l'épiderme et/ou du derme).
- Plus de la moitié des escarres constituées durant le séjour sont restées stables (64 %, 37/58) ; 36 % (21/58) se sont aggravées.

#### *1.4.4. Les soins de prévention*

Dans ce service de médecine, le choix d'étudier la conformité des soins de prévention en fonction des facteurs de risque identifiés a été fait dans le but de sensibiliser l'ensemble de l'équipe à la prévention avant d'implanter un protocole de prévention.

Un instrument d'identification des facteurs de risque et une fiche de suivi des soins et de l'état cutané ont été utilisés pour l'étude des pratiques.

Les résultats ont été interprétés en fonction des données retrouvées dans la littérature. Ainsi, le seuil de performance attendu pour chacun des critères était de 100 % :

1. Les facteurs de risque sont identifiés à l'admission du malade et réévalués lors d'une modification de l'état de santé.
2. Des changements de position sont réalisés en présence d'une diminution de la mobilité, du niveau d'activité ou d'une perte de sensibilité.
3. La literie est changée au moins deux fois par jour pour tout malade alité.
4. Une toilette complète quotidienne est réalisée pour tout malade alité.
5. Une surveillance des apports alimentaires et de l'hydratation est réalisée en présence d'un déficit nutritionnel.
6. Tout malade reçoit une information et/ou une éducation vis-à-vis des soins de prévention.
7. Du matériel de prévention est utilisé pour tout malade alité lorsque les changements de position sont contre-indiqués et/ou en présence d'une perte de sensibilité.

### Résultats

- 50 observations ont été réalisées.

*Les facteurs de risque ainsi que l'état cutané ont été identifiés pour l'ensemble des malades à l'admission et à chaque évolution de leur état de santé.*



*Les soins de mobilisation et d'hygiène en présence d'une diminution de la mobilité physique :*

Les changements de position n'étaient réalisés que dans la moitié des cas (50 % , 25/50) en présence d'un alitement total et d'une dépendance. Les malades ayant une immobilité totale ou limitée avec une incapacité à effectuer le moindre changement de position n'avaient pas une toilette quotidienne (46 % , 23/50). Leur literie était changée moins d'une fois par jour.

*La surveillance alimentaire en présence d'un déficit nutritionnel :*

Lorsqu'un déficit nutritionnel était identifié (80 % , 40/50), une surveillance des apports alimentaires était proposée dans 20 % des cas (10/50).

*L'information et/ou l'éducation en fonction de la capacité à participer et de l'adhésion aux soins :*

Une information ou une éducation spécifique à la prévention de l'escarre était peu donnée (10 % , 5/50) alors que dans 60 % des cas (30/50), les malades avaient la capacité de participer aux soins et y adhéraient.

*Aucun matériel de prévention n'avait été installé* alors que 10 % des malades à risque (5/50) avaient un trouble de la sensibilité et/ou une diminution de la perception douloureuse.

#### *1.4.5. Plan de maintien et d'amélioration de la qualité de la prise en charge des malades à risque de développer des escarres*

L'analyse des résultats a permis à l'équipe soignante de s'engager sur un certain nombre d'objectifs à atteindre en 6 mois pour améliorer la prise en charge des malades à risque :

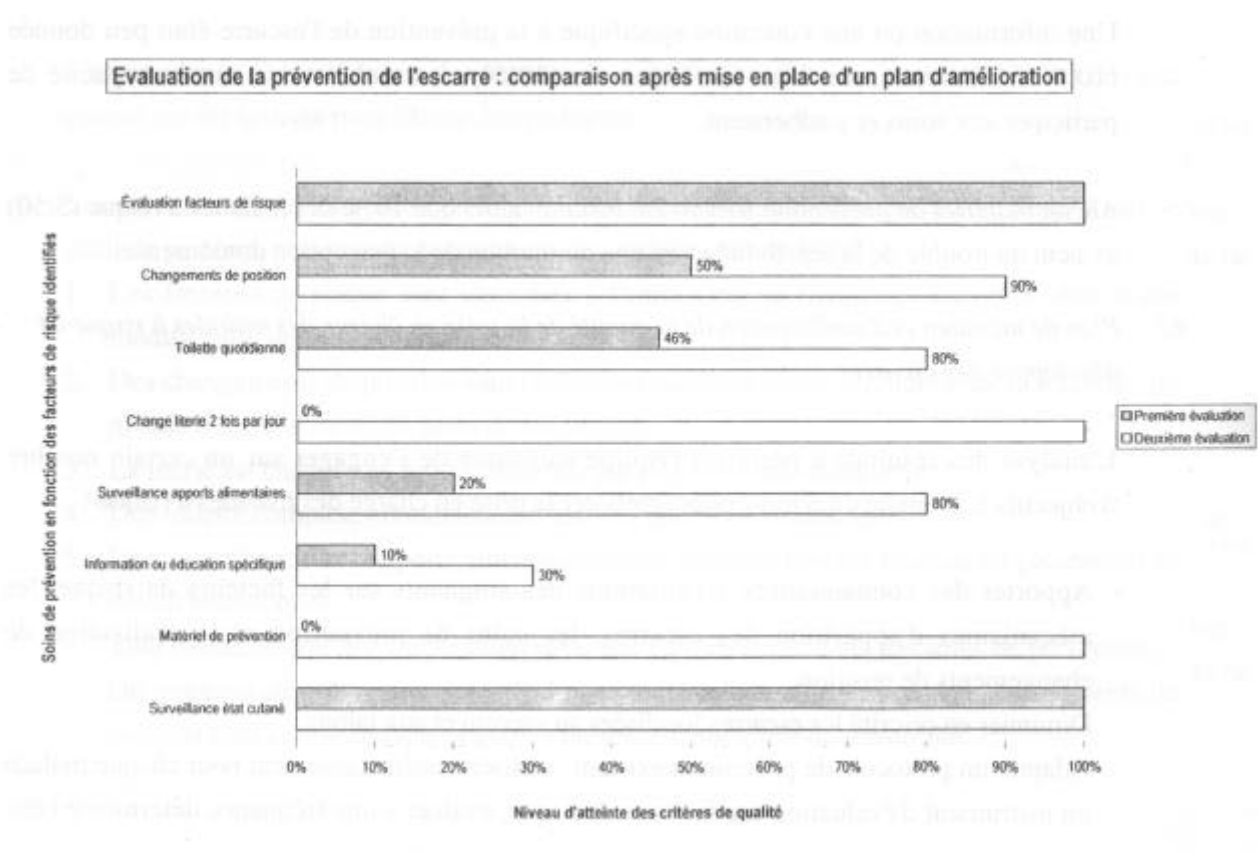
- Apporter des connaissances à l'ensemble des soignants sur les facteurs de risque, les mécanismes d'apparition des escarres, les soins de prévention et la réalisation de changements de position.
- Diminuer en priorité les escarres localisées au sacrum et aux talons.
- Adapter un protocole de prévention existant : utiliser systématiquement pour chaque malade un instrument d'évaluation des facteurs de risque, évaluer à une fréquence déterminée l'état cutané, donner des soins de prévention visant à éliminer ou réduire les facteurs de risque, assurer la continuité des soins en utilisant un document de suivi.
- Acquérir du matériel de prévention.

- Modifier le mode d'organisation des soins afin de donner des soins à une fréquence adaptée aux patients à risque.

### 1.5. Réévaluation

Une nouvelle évaluation de la pratique de prévention a été prévue. Sa période est adaptée à l'échéancier retenu pour la mise en place du plan d'action. La mesure de l'impact de ce dernier sur les pratiques est nécessaire à l'équipe soignante afin de se situer comparativement à la première évaluation et mesurer les progrès réalisés.

Les résultats de la nouvelle évaluation réalisée un an après sont présentés ci-dessous.



## **ANNEXES**

---

<b>1-</b>	<b>CLASSIFICATION DES STADES DE GRAVITÉ DE L'ESCARRE</b>	<b>44</b>
<b>2-</b>	<b>ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE D'ESCARRE avec l'échelle de Norton</b>	<b>45</b>
<b>3-</b>	<b>ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE D'ESCARRE avec l'échelle de Braden</b>	<b>47</b>
<b>4-</b>	<b>ÉCHELLE D'IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE DE GARCHES MODIFIÉE</b>	<b>49</b>
	<b>GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE D'IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE D'ESCARRE</b>	<b>51</b>
<b>5-</b>	<b>FICHE DE SUIVI DES SOINS</b>	<b>54</b>
<b>6-</b>	<b>MESURE DE L'INCIDENCE DES ESCARRES</b>	<b>55</b>
	<b>MESURE DE LA PRÉVALENCE DES ESCARRES</b>	<b>56</b>
<b>7-</b>	<b>MESURE DES RESSOURCES DISPONIBLES AU NIVEAU DE L'UNITÉ DES SOINS ET/OU DU SERVICE POUR LA PRÉVENTION DES ESCARRES</b>	<b>57</b>
<b>8-</b>	<b>QUESTIONNAIRE DE CONNAISSANCE SUR L'ESCARRE ET LA PRÉVENTION</b>	<b>61</b>
<b>9-</b>	<b>PRINCIPALES ÉTAPES DE CONSTRUCTION D'UN PROTOCOLE DE SOINS</b>	<b>64</b>
<b>10-</b>	<b>PRÉVENTION DE L'ESCARRE (critères de ressources)</b>	<b>65</b>
	<b>PRÉVENTION DE L'ESCARRE (critères de processus)</b>	<b>66</b>
	<b>PRÉVENTION DE L'ESCARRE (critères de résultats)</b>	<b>67</b>
<b>11-</b>	<b>EXEMPLE DE PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS</b>	<b>68</b>
<b>12-</b>	<b>PLAN DU RAPPORT D'ÉVALUATION</b>	<b>69</b>

**ANNEXE 1**
**CLASSIFICATION DES STADES DE GRAVITÉ DE L'ESCARRE**

tades	Shea, 1975 (6)	IAET, 1988 (7)	NPUAP, 1989 (1)	Yarkony, 1990 (10)	Véga, 1991 (25)	AHCPR, 1994 (8)
0					Absence de rougeur et de lésion cutanée.	
1	Lésions limitées à l'épi-derme, atteinte du derme.	Érythème persistant au-delà de 30 minutes. Épiderme intact.	Erythème réversible, peau intacte.	Zone érythémateuse : - stade 1A < 24 heures, - stade 1B > 24 heures.	Érythème réversible. L'érythème disparaît en levant la pression (réaction inflammatoire).	Érythème persistant, peau intacte. Décoloration de la peau, chaleur, œdème, induration, peuvent être présents chez les individus à la peau pigmentée.
2	Atteinte de la totalité du derme jusqu'au tissu graisseux.	Atteinte partielle de la peau atteignant l'épiderme et le pénétrant parfois mais sans atteinte du derme.	Atteinte partielle de la peau atteignant l'épiderme et/ou le derme. La lésion est superficielle et la peau présente à l'examen clinique des lésions telles que : abrasion, phlyctène, cratère superficiel.	Ulcération de l'épiderme et/ou du derme, hypoderme indemne.	Érythème persistant : avec ou sans phlyctène avec ou sans induration (décollement de l'épiderme, infiltration tissulaire : collection séreuse ou hématique).	Atteinte partielle de la peau atteignant l'épiderme, le derme ou les deux. La lésion est superficielle et la peau présente à l'examen clinique des lésions telles que : abrasion, phlyctène, ou cratère superficiel.
3	Tissu graisseux, oblitéré jusqu'au fascia sous-jacent.	Atteinte profonde des tissus s'étendant du derme jusqu'au tissu sous-cutané. La lésion se présente sous la forme d'un profond cratère sauf si couverte par une nécrose.	Atteinte profonde ou nécrose de la peau atteignant le tissu sous cutané, respect du fascia sous-jacent. La lésion se présente à l'examen clinique comme un profond cratère avec ou sans atteinte du tissu adjacent.	Atteinte de l'hypoderme (tissu graisseux), respect du muscle.	Nécrose tissulaire avec 2 aspects possibles : - forme sèche : plaque noire - forme humide : délitement des tissus lésés avec ou sans décollement (mortification sous cutanée et aponevrotique).	Atteinte profonde ou nécrose du tissu sous-cutané avec respect du fascia sous-jacent. La lésion se présente cliniquement comme un profond cratère, s'étendant parfois sous les tissus périphériques.
4	Os à la base de l'ulcération.	Destruction profonde des tissus, atteignant le tissu sous-cutané jusqu'au fascia et pouvant atteindre le muscle, l'articulation et/ou l'os. La lésion se présente comme un profond cratère.	Atteinte profonde de la peau avec destruction étendue, tissus nécrosés ou atteinte du muscle, de l'os, ou des structures de soutien (exemple : tendon, articulation, etc.).	Atteinte des muscles et du fascia, respect de l'os.	Nécrose avec perte de substance importante (atteinte des tissus graisseux aponevrotique et musculaire).	Atteinte profonde de la peau avec destruction étendue, présence de tissus nécrosés ou atteinte du muscle, de l'os, ou des structures de soutien telles que : tendon, articulation. Un trajet fistuleux visible ou non peut aussi être associé au stade IV.
5	Large cavité fermée avec à côté un trajet fistuleux.			Atteinte osseuse, respect des articulations.	Visualisation de l'os avec ou sans signe infectieux, fistule.	
6				Atteinte articulaire.		

\* Aux stades de destruction sont associées des phases de reconstruction : **phase 1** : Déterision biologique : élimination des tissus ; **phase 2** : Comblement, bourgeonnement : multiplication cellulaire ; **phase 3** : Épidermisation : reconstruction des cellules.

**ANNEXE 2**

**ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE D'ESCARRE  
AVEC L'ÉCHELLE DE NORTON**

Adapté de Norton, McLaren, Exton-Smith, 1996 (39)

		CONDITION PHYSIQUE	ÉTAT MENTAL	ACTIVITÉ	MOBILITÉ	INCONTINENCE	SCORE TOTAL
		Bonne 4	Bon, alerte 4	Ambulant 4	Totale 4	Aucune 4	
		Moyenne 3	Apathique 3	Avec aide/marche 3	Diminuée 3	Occasionnelle 3	
		Pauvre 2	Confus 2	Assis 2	Très limitée 2	Urinaire 2	
		Très mauvaise 1	Inconscient 1	Totalement alité 1	Immobile 1	Urinaire et fécale 1	
Nom	Date						

*Un score élevé (de 14 à 20) indique un risque minimum alors qu'un score bas (14 ou moins) indique que le malade est à haut risque de développer une escarre.*

**Lexique de l'échelle de Norton** adapté de Lincoln et al., 1986 (40)

**État général :** État clinique et santé physique (considérer le statut nutritionnel, l'intégrité des tissus, la masse musculaire, l'état de la peau)

- Bon : État clinique stable, paraît en bonne santé et bien nourri.
- Moyen : État clinique généralement stable, paraît en bonne santé.
- Pauvre : État clinique instable, en mauvaise santé.
- Très mauvais : État clinique critique ou précaire.

**État mental :** Niveau de conscience et orientation

- Alerte : Orienté, a conscience de son environnement.
- Apathique : Orienté (2 fois sur 3), passif.
- Confus : Orienté (1 fois sur 2) conversation quelquefois inappropriée.
- Inconscient : Généralement difficile à stimuler, léthargique.

**Activité :** Degré de capacité à se déplacer

- Ambulant : Capable de marcher de manière indépendante (inclut la marche avec canne).
- Marche avec aide : Incapable de marcher sans aide humaine.
- Assis au fauteuil : Marche seulement pour aller au fauteuil, confiné au fauteuil à cause de son état et/ou sur prescription médicale.
- Alité : Confiné au lit en raison de son état et/ou sur prescription médicale.

**Mobilité :** Degré de contrôle et de mobilisation des membres

- Totale : Bouge et contrôle tous ses membres volontairement, indépendant pour se mobiliser.
- Diminuée : Capable de bouger et de contrôler ses membres, mais avec quelques degrés de limitation, a besoin d'aide pour changer de position.

- Très limitée : Incapable de changer de position sans aide, offre peu d'aide pour bouger, paralysie, contractures.
- Immobile : Incapacité de bouger, incapable de changer de position.

... / ...

**Incontinence : Degré de capacité à contrôler intestins et vessie**

- Aucune : Contrôle total des intestins et de la vessie, a une sonde urinaire et aucune incontinence.
- Occasionnelle : A de 1 à 2 incontinenes d'urine ou de selles par 24 heures, a une sonde urinaire ou un pénilex mais a une incontinence fécale.
- Urinaire : A de 3 à 6 incontinenes urinaires ou diarrhéiques dans les dernières 24 heures.
- Urinaire et fécale : Ne contrôle jamais intestins et vessie, a de 7 à 10 incontinenes par 24 heures.

**ANNEXE 3**

**ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE D'ESCARRE  
AVEC L'ÉCHELLE DE BRADEN**

Adapté de Braden et Bergström, 1987 (21)

Nom du malade :

Nom de l'évaluateur :

Date de l'évaluation :

<p><b>PERCEPTION SENSORIELLE</b> capacité à répondre de manière adaptée à l'inconfort pro-voqué par la pression</p>	<p><b>1. Complètement limité :</b> aucune réaction (plainte, action) à la douleur, due à une diminution de la conscience ou aux effets de sédatifs, OU incapacité à sentir la douleur sur toute la surface du corps.</p>	<p><b>2. Très limité :</b> répond seulement à la douleur. Ne peut communiquer son inconfort excepté par des plaintes ou de l'agitation, OU altération de la sensibilité qui limite la capacité à sentir la douleur ou l'in-confort sur la moitié du corps.</p>	<p><b>3. Légèrement diminué :</b> répond aux commandes verbales, mais ne peut pas toujours communiquer son inconfort ou son besoin d'être tourné, OU a une sensibilité diminuée qui limite sa capacité à sentir la douleur ou l'in-confort à l'un des deux membres inférieurs ou les deux.</p>	<p><b>4. Aucune diminution :</b> répond aux commandes verbales. N'a aucun déficit sensoriel qui limite sa capacité à sentir et à exprimer sa douleur et son inconfort.</p>				
	<p><b>HUMIDITÉ</b> degré d'humidité auquel est exposée la peau</p>	<p><b>1. Constamment mouillé :</b> la peau est presque continuellement en contact avec la transpiration, l'urine, etc. L'humidité de la peau est observée à chaque fois que le malade est tourné ou mobilisé.</p>	<p><b>2. Humide :</b> La peau est souvent mais pas toujours humide. La literie doit être changée au moins une fois par équipe.</p>	<p><b>3. Humidité occasionnelle :</b> La peau est occasionnellement humide, un changement de la literie est nécessaire une fois par jour.</p>	<p><b>4. Rarement humide :</b> La peau est généralement sèche ; la literie est changée selon les habitudes de l'équipe.</p>			
	<p><b>ACTIVITÉ</b> Degré d'activité physique</p>	<p><b>1. Alité :</b> confiné au lit</p>	<p><b>2. Au fauteuil :</b> capacité de marcher très limitée ou inexistante. Ne peut supporter son propre poids et/ou doit être aidé au fauteuil ou fauteuil roulant.</p>	<p><b>3. Marche occasionnellement :</b> marche occasionnellement durant la journée mais sur de petites distances avec ou sans aide. Passe la grande majorité du temps au lit ou au fauteuil.</p>	<p><b>4. Marche fréquemment :</b> marche en dehors de sa chambre au moins deux fois par jour et dans sa chambre au moins toutes les deux heures durant la journée.</p>			

<p><b>MOBILITÉ</b> Capacité à chan- ger et à con-trôler la posi-tion du corps</p>	<p><b>1. Complètement immobile :</b> Ne peut effectuer aucun changement de position du corps ou de ses extrémités sans aide.</p>	<p><b>2. Très limité :</b> Effectue occasion- nellement de légers changements de po- sition du corps et de ses extrémités mais incapacité à effectuer de manière autonome de fré- quents et impor-tants changements de position.</p>	<p><b>3. Légèrement limité :</b> Effectue seul de fré- quents changements de position du corps et de ses extrémités.</p>	<p><b>4. Aucune limi- tation :</b> Effectue des chan- gements de posi-tion majeurs et fréquents sans aide.</p>			
<p><b>NUTRITION</b> Habitues alimentaires</p>	<p><b>1. Très pauvre :</b> Ne mange jamais un repas complet. Mange rarement plus du tiers de chaque aliment proposé. Mange 2 rations de protéi- nes ou moins par jour (viande ou produit laitier). Boit peu. Ne prend pas de supplé-ments alimen-taires liquides, OU est à jeun et/ou est hydraté par voie intraveineuse depuis plus de cinq jours.</p>	<p><b>2. Probablement inadéquate :</b> Mange rarement un repas complet et mange en général seulement la moi-tié de chaque aliment proposé. Prend seulement trois rations de viande ou de pro-duits laitiers par jour. Peut prendre occa- sionnellement un supplément diéti- que, OU reçoit moins que la quantité optimale requisse par un ré- gime liquide ou par sonde.</p>	<p><b>3. Adéquate :</b> Mange plus de la moitié des repas. Mange quatre rations de protéines (viande, produits laitiers) par jour. Refuse occasionnel- lement un repas, mais prend un sup- plément alimentaire s'il est proposé, OU est alimenté par sonde ou nutrition parentérale, adapté à ses besoins nutri- tionnels.</p>	<p><b>4. Excellente :</b> Mange la totalité de chaque repas. Ne refuse jamais un repas. Prend habi- tuellement au moins quatre rations de viande ou de produits laitiers par jour. Mange occasionnellement entre les repas. Ne requiert aucun supplément alimentaire.</p>			
<p><b>FRICITION ET CISAILLEMENT</b></p>	<p><b>1. Problème :</b> Requiert une assis- tance modérée à complète pour se mobiliser. Se rele- ver complètement dans le lit sans glisser sur les draps est impos-sible. Glisse fré- quemment dans le lit ou le fauteuil, nécessite de fré- quents reposi-tion- nements avec un maximum d'aide. Spasticité, contrac- tures, ou agitation provoquent presque constamment des frictions.</p>	<p><b>2. Problème po- tentiel :</b> Se mobilise diffi- cilement ou re- quiert un minimum d'aide pour le faire. Durant le transfert, la peau glisse contre les draps, la chaise, les conten-tions ou autres appareillages. Garde la plupart du temps une relative bonne position au fauteuil ou au lit, mais glisse occa- sionnellement vers le bas.</p>	<p><b>3. Aucun pro-blème apparent :</b> Se mobilise seul au lit et au fauteuil et a suffisamment de force musculaire pour se soulever complètement du- rant le transfert. Garde en tout temps une bonne position au lit et au fauteuil.</p>				
					<p align="right">Score total</p>		

Un score total de 23 points est possible. Plus le score est bas (15 ou moins), plus l'individu a de risque de développer une escarre.



**ANNEXE 4**

**ÉCHELLE D'IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE  
DE GARCHES MODIFIÉE**  
Pauchet-Traversat, 1995 (9)

Facteurs de risque / date							
<b>NUTRITION MÉTABOLISME *</b>							
Déficit nutritionnel							
Fragilité des téguments							
Déshydratation							
Hyperthermie							
Diminution de la vascularisation							
<b>IRRITANTS CHIMIQUES, MÉCANIQUES ET THERMIQUES *</b>							
Incontinence urinaire occasionnelle							
Incontinence urinaire totale							
Incontinence fécale							
Incontinence fécale avec diarrhée							
Transpiration							
Radiothérapie							
Réaction à un produit chimique de contact							
Constriction							
Frottement							
Cisaillement							
<b>PARTICIPATION AUX SOINS ET ÉDUCATION**</b>							
Participe et adhère à ses soins							
Comprend difficilement mais participe							
Comprend et ne participe pas aux soins ou difficilement							
Refuse volontairement ou involontairement les soins, ne participe pas							
Est indépendant - marche fréquemment sans assistance							
Requiert l'usage d'un équipement ou d'un appareillage pour marcher ou se déplacer							
Requiert l'aide ou la surveillance d'une personne pour marcher ou se déplacer sur de petites distances							
Assis, capacité de marcher limitée voire inexistante Requiert l'aide ou la surveillance de deux personnes et d'un appareillage							
Totalement alité dépendant - Ne participe pas							

Facteurs de risque / date							
<b>SENSIBILITÉ **</b>							
Normale- capacité à sentir ou à exprimer sa douleur ou son inconfort							
Perte de sensibilité							
<b>MOBILITÉ PHYSIQUE **</b>							
Complète - Aucune limitation des mouvements							
Limitation de la mobilité d'un membre supérieur ou inférieur avec capacité de se mouvoir							
Limitation de la mobilité d'un membre supérieur et inférieur ; capacité à effectuer des changements de position mineurs							
Limitation de la mobilité des membres inférieurs ; incapacité à effectuer des changements de position importants							
Immobilité totale des membres inférieurs et supérieurs ; incapacité d'effectuer le moindre changement de position.							

\* Plusieurs facteurs de risque peuvent être cochés.

\*\* Un seul facteur de risque peut être coché.

## GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE D'IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE D'ESCARRE

Pauchet-Traversat, 1995 (9)

Le guide d'utilisation définit chacun des items de la grille. Il est utilisé pour la compréhension des différents facteurs de risque et le remplissage objectif de la grille.

### NUTRITION MÉTABOLISME

\* **Déficit nutritionnel** :

Carence ou insuffisance de l'apport nutritionnel et, en particulier, des protéides, vitamines mais aussi des glucides, lipides et sels minéraux (se référer au dossier médical ou interroger les médecins).

Causes : malabsorption d'origines diverses, alimentation déséquilibrée avec excès alimentaire portant sur les produits sucrés, gras et l'alcool.

\* **Fragilité des téguments** :

Peau sèche, fine, claire (peau de roux, de blond), perte de l'élasticité de la peau et des tissus sous-cutanés (vieillard).

\* **Déshydratation** :

Pertes liquidiennes supérieures aux apports.

Elles sont provoquées par sudation très importante, vomissements, diarrhée, polyurie, etc.

Signes : sécheresse de la langue, persistance du pli cutané après la pression.

\* **Hyperthermie** :

État dans lequel un individu a une élévation prolongée de la température corporelle au-dessus des limites normales (supérieure à 38 °C par voie rectale).

\* **Diminution de la vascularisation** :

Altération du transport de l'oxygène avec une diminution de la nutrition et de la respiration cellulaire.

Elle se traduit par des :

- modifications de la coloration de la peau : pâleur (problème artériel), cyanose, marbrures (problème veineux) ;
- modification de la température de la peau : plus froide ;
- chute de la tension artérielle ;
- diminution des pouls périphériques.

### IRRITANTS CHIMIQUES

\* **Incontinence urinaire** :

- occasionnelle : état dans lequel un individu perd brusquement et involontairement ses urines lors d'une augmentation de la pression intra-abdominale, en se levant, en toussant, en éternuant.
- totale : état dans lequel un individu perd ses urines de façon continue et imprévisible.

Remarque : La présence d'une sonde urinaire supprime l'incontinence (dans ce cas, ne pas cocher incontinence urinaire).

\* **Incontinence fécale** :

État dans lequel un individu éprouve un changement dans son mode d'élimination intestinale caractérisé par un passage involontaire des selles.

\* **Incontinence fécale avec diarrhée** :

Élimination fréquente de selles liquides ou non moulées (fréquence augmentée : plus de 3 fois par jour).

\* **Transpiration** :

La sudation peut être diurne ou nocturne. La peau est moite sur tout le corps, des perles de sueur peuvent être apparentes. Elle peut être liée à une hyperthermie, à un environnement surchauffé, liée à une maladie ou à un traumatisme touchant la régulation de la température.

**IRRITANTS CHIMIQUES**

- \* **Produits chimiques de contact** : Usage local de savons irritants, de lotions caustiques, de produits médicamenteux, de produits lessiviels, assouplissants, matières synthétiques (Nylon), sparadraps, écoulement de fistules, de stomies.

**IRRITANTS MÉCANIQUES**

- \* **Frottement** : Le frottement de la peau contre la literie est actif lorsqu'il s'agit d'un malade agité ou présentant une spasticité ou des contractures ; le frottement est passif lorsqu'un malade inerte est remonté dans son lit sans être soulevé (malade dans le coma, paraplégique, etc.).

L'effet de frottement est augmenté par l'humidité de la literie.

- \* **Constriction** : Chaussettes, slip, pantalon type jean.  
Survient surtout chez les individus hémiparaplégiques, paraplégiques (troubles de la sensibilité).
- \* **Cisaillement** : Ce mécanisme survient lorsque le malade glisse fréquemment dans le lit ou la chaise et requiert un repositionnement fréquent.

**NB : Le matériel de fixation ou de contention**: peut provoquer frottement ou constriction (traction, plâtre, attelle, corset).

**IRRITANTS THERMIQUES**

- Radiothérapie au niveau d'une zone d'appui.

**ACTIVITÉ - NIVEAU D'AUTONOMIE**

État dans lequel un individu a la capacité à se déplacer .  
Mesure le degré d'activité physique de l'individu.

**MOBILITÉ PHYSIQUE**

État dans lequel un individu a la capacité à changer et à contrôler les positions de son corps.

L'individu a selon le cas, une utilisation limitée de son bras ou de sa jambe, de son bras et de sa jambe, une immobilité des membres inférieurs ou une immobilité totale.

### **SENSIBILITÉ**

Capacité à répondre intentionnellement à la perception de l'inconfort ou de la douleur en relation avec la pression.

- \* **Sensibilité normale** : aucun déficit sensoriel qui limite la capacité du malade à sentir ou à exprimer sa douleur ou son inconfort.
- \* **Perte de la sensibilité** : incapacité à sentir la douleur quelle que soit l'étendue du territoire atteint.

### **PARTICIPATION AUX SOINS ET ÉDUCATION**

Capacité du malade à collaborer aux soins.

La participation aux soins et à l'éducation tiennent compte du niveau de compréhension de l'individu (barrière linguistique), de son état de conscience (fatigue, vigilance diminuée liée à la douleur, à la prise de médicaments, etc.), de sa capacité d'initiative, de sa motivation à apprendre (acceptation de la maladie, du handicap : paraplégie, tétraplégie, etc.).

**ANNEXE 5**

**FICHE DE SUIVI DES SOINS**

Pauchet-Traversat, 1995 (9)

La fiche de suivi des soins permet de transmettre les informations relatives aux actions de soins, à l'état cutané de la personne soignée, à la surveillance quantitative et qualitative de la nutrition et de l'hydratation, au choix du matériel de prévention.

**Identification malade :** (étiquette)  
**DATE D'ENTRÉE :**  
**DIAGNOSTIC MÉDICAL :**  
**ESCARRE À L'ADMISSION :**  OUI  NON

DATE																		
ÉQUIPE	M	AM	N	M	AM	N	M	AM	N	M	AM	N	M	AM	N	M	AM	N
ÉTAT CUTANÉ (1)																		
STADE D'ESCARRE Citer le n°																		
RECONSTRUCTION Citer le n°																		
LOCALISATION Citer le n°																		
SOINS	M	AM	N	M	AM	N	M	AM	N	M	AM	N	M	AM	N	M	AM	N
POSTURE au lit (2)																		
fauteuil (2)																		
marche (2)																		
MASSAGE à type d'effleurage - (2)																		
TOILETTE - (2)																		
TOIL. INTIME (2)																		
CHANGE alaise (2)																		
CHANGE drap dessous (2)																		
NUTRITION (3)	Pdé	déj.	Din	Pdé	déj.	din	Pdé	déj.	din	Pdé	déj.	din	Pdé	déj.	din	Pdé	déj.	din
- légumes verts																		
- crudités																		
- fruits																		
- viandes-poissons																		
- charcuterie																		
- oeufs																		
- laitages																		
- pain																		
- féculents																		
- liquides (ml) (4)																		
ALI. ENTÉRALE (ml)																		
ALI.PARENTÉR.(ml)																		
ÉDUCATION (oui-non)																		
MATÉRIEL DE PRÉVENTION																		
PRISE EN CHARGE KINÉSITHÉRAPIE (2)																		

- (1) Noter - 0 pour indemne d'escarres  
- E pour escarres quelle que soit la zone atteinte  
- décrire ensuite le stade et la localisation de l'escarre
- (2) Noter par une croix chaque soin effectué.
- 3) Noter 1 si la personne a mangé la totalité de la ration ;  
1/2 pour la moitié de la ration et 0 si elle n'a rien mangé.
- (4) Inscrire B= 1bol (300 ml), V= 1 verre (150 ml).

**ANNEXE 6**

**MESURE DE L'INCIDENCE DES ESCARRES**

Pauchet-Traversat, 1995 (9)

L'incidence se définit comme le nombre de nouveaux cas apparus dans une population donnée durant une période donnée, rapportée à la population totale (41). Il est possible de définir l'incidence par rapport à une population à risque.

**Objectif** :- Recenser le nombre d'escarres présentes à l'arrivée dans le service et/ou développées durant le séjour hospitalier.  
 - Mesurer l'incidence des escarres.

Hôpital : ..... Date du recueil : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/  
 Service : ..... Numéro de dossier : /\_/\_/\_/\_/\_/  
 Discipline : .....

**1. Identification de la personne soignée :**

Date de naissance : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/  
 Date d'entrée dans le service : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/  
 Sexe : /\_/\_/ (féminin : 1 ; masculin : 2)  
 Date de sortie du service : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

**2. État cutané, localisation, stade de gravité aux principaux points de pression :**

Présence d'escarre(s) à l'entrée dans le service : oui  non   
 Présence d'escarre(s) durant l'hospitalisation : oui  non   
 (oui = 1 / non = 2)

**Si oui :**

Localisation(s)	Stade de gravité	Déjà présente à l'entrée dans le service		Date de survenue de l'escarre durant l'hospitalisation
		oui	non	
1 : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/_/
2 : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/_/
3 : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/_/
4 : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/_/



**MESURE DE LA PRÉVALENCE DES ESCARRES**

Pauchet-Traversat, 1995 (9)

La prévalence inclut tous les cas dans une population donnée, à un moment donné ou à une période donnée : les nouveaux et les anciens cas (présents avant le début de la période d'observation), rapportés à la totalité des sujets observés dans la période (41).

**ENQUÊTE SUR L'ESCARRE « UN JOUR DONNÉ »**

**Objectif** :- Recenser le nombre d'escarres présent le jour de l'enquête.  
 - Mesurer la prévalence des escarres.

Hôpital :..... Date du recueil : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Service :..... Numéro de dossier : /\_/\_/\_/\_/

Discipline :.....

**1. Identification de la personne soignée :**

Date de naissance ...../\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Date d'entrée dans le service ...../\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

Sexe : /\_/\_/ (féminin : 1 ; masculin : 2)

**2. État cutané, localisation, stade de gravité aux principaux points de pression :**

Présence d'escarre(s) aujourd'hui : oui  non

Si oui, remplir le tableau suivant :

Localisation(s)	Stade	Déjà présente à l'entrée dans le service		Date de survenue de l'escarre durant l'hospitalisation
		oui	non	
1: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/_/
2: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/_/
3: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/_/
4: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/_/_/_/_/_/_/_/_/



2.7. Existence d'un document de suivi spécifique à la prise en charge de la prévention des escarres, individuel à chaque malade      oui       non

**3. Structure de concertation**

Existence de réunions multidisciplinaires au cours desquelles les modalités de prise en charge des malades à risque sont abordées      oui       non

**4. Personne ressource**

Existence d'une infirmière qui sert de référence pour les soins d'escarres      oui       non

**5. Matériel de prévention et de soins disponible dans l'unité de soins**

5.1. Matelas de prévention      disponibles      dans l'unité  
(quantité)      hors unité  
(quantité)

mousse      /\_/\_/      /\_/\_/

à eau      /\_/\_/      /\_/\_/

alternating      /\_/\_/      /\_/\_/

autre      /\_/\_/      /\_/\_/

Lesquels ? .....

Mode d'emploi disponible           

5.2. Sur-matelas de prévention      disponibles      dans l'unité  
(quantité)      hors unité  
(quantité)

alternating (tubes de 5 cm)      /\_/\_/      /\_/\_/

à flottaison sèche      /\_/\_/      /\_/\_/

à air      /\_/\_/      /\_/\_/

autre      /\_/\_/      /\_/\_/

Lesquels ? .....

Mode d'emploi disponible           

5.3. Coussins de prévention      disponibles      dans l'unité  
(quantité)      hors unité  
(quantité)

coussin de flottaison (à eau)      /\_/\_/      /\_/\_/

coussin de flottaison sèche      /\_/\_/      /\_/\_/

gel de silicone      /\_/\_/      /\_/\_/

coussin de posture      /\_/\_/      /\_/\_/

autre      /\_/\_/      /\_/\_/

Lesquels ? .....

Mode d'emploi disponible           

... / ...

- 5.4. Lits de traitement disponibles dans l'unité (quantité) hors unité (quantité)
- fluidisé /\_/\_/ /\_/\_/
- autre /\_/\_/ /\_/\_/
- Lesquels ?.....
- 5.5. Protections diverses disponibles dans l'unité (quantité) hors unité (quantité)
- pour les talons (préciser le type) /\_/\_/ /\_/\_/
- pour les coudes (préciser le type) /\_/\_/ /\_/\_/
- 5.6. Fauteuils disponibles dans l'unité (quantité) hors unité (quantité)
- avec dossier inclinable /\_/\_/ /\_/\_/
- avec dossier fixe /\_/\_/ /\_/\_/
- 5.7. Trapèze à la tête du lit disponibles dans l'unité (quantité) hors unité (quantité)
- lits équipés (nombre) /\_/\_/ /\_/\_/
- 5.8. Produits habituellement utilisés
- Pour les massages  ..... .....
- Pour la toilette des malades (type de savon) ..... .....
- 5.9. Chariot-douche disponible dans l'unité  hors unité
- non disponible
- 5.10. Quantité moyenne de linge disponible dans l'unité de soins
- Draps / 24H : /\_/\_/ - Alaises / 24H : /\_/\_/ - Oreillers /24H : /\_/\_/
- La dotation permet de couvrir les besoins /24H : oui  non

**ANNEXE 8**

**QUESTIONNAIRE DE CONNAISSANCE  
SUR L'ESCARRE ET LA PRÉVENTION**

(document de travail A-F Pauchet-Traversat - CHU LOUIS-MOURIER -  
Unité d'Évaluation - Janvier 1996)

*CONNAISSEZ-VOUS L'ESCARRE ET SA PRÉVENTION ?*

SERVICE : .....

DATE : I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I

Fonction occupée dans le service :  Infirmier(ère)  Aide-soignant(e)

Équipe :  Matin  Après-midi  Nuit

**1. Qu'est-ce qu'une escarre ? (une seule réponse possible)**

- Risque de détérioration de la peau lié à l'immobilité
- Lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses
- Plaie liée à un traumatisme

**2. Quelles sont les principales localisations de l'escarre ?**

**Pour un malade allongé sur le dos ?**

Grand trochanter	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Talon	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Sacrum	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Ischion	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Malléole	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Occiput	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

**Pour un malade assis à 90° au lit ou au fauteuil ?**

Ischion	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Orteils	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Talon	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Sacrum	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Genoux	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Malléole	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

### 3. Connaissez-vous les différents stades de gravité de l'escarre ?

(Reliez le stade à sa définition)

Exemple :

Stade 0 •-----> • Absence de rougeur et de lésion cutanée

*À vous de jouer !*

- Stade I • • Atteinte osseuse, respect des articulations
- Stade II • • Atteinte de l'hypoderme (tissu graisseux)  
Respect du muscle
- Stade III • • Zone érythémateuse  
(rougeur persistante > 24 heures)
- Stade IV • • Atteinte articulaire
- Stade V • • Ulcération de l'épiderme et/ou du derme  
(abrasion, phlyctène, plaie superficielle,  
nécrose humide ou sèche), hypoderme  
indemne
- Stade VI • • Atteinte des muscle et du fascia, respect de  
l'os (tissus nécrosés)

### 4. Qu'est-ce qui favorise la formation d'une escarre ?

(Cocher votre réponse)

	Vrai	Faux	Ne sait pas
- Une peau sèche et fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Un bon état général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- L'incontinence urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des changements de position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Une transpiration abondante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Une literie humide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le fait de glisser dans le lit en position assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Une diminution de la sensibilité à la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Une difficulté à changer de position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le grand âge, plus de 70 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Des draps doux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Une difficulté à se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Une alimentation insuffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Un état de conscience perturbé (coma, agitation, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. Que mettez-vous en œuvre pour lutter contre l'escarre ?

(reliez entre eux les facteurs de risque et les soins permettant de réduire voire éliminer les facteurs de risque)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1 Troubles de la sensibilité              | • | • A Changements de position                             |
| 2 Immobilité au lit                       | • | • B Utilisation de matériel de prévention               |
| 3 Incontinence urinaire et/ou fécale      | • | • C Information/éducation du malade                     |
| 4 Insuffisance des apports alimentaires   | • | • D Soins d'hygiène corporelle et change                |
| 5 Défaut de participation aux soins       | • | • E Surveillance et adaptation des apports alimentaires |
| 6 Frottement de la peau contre la literie | • | • F Utilisation de techniques de soulèvement            |
| 7 Cisaillement par glissement dans le lit | • |   |

## 6. Comment vous organisez-vous pour prendre en charge les malades porteurs d'escarres et à risque d'en développer ?

6.1. La prévention de l'escarre est un des objectifs de soins du service  oui  non

6.2. La prévention de l'escarre est de votre rôle  oui  non

6.3. Les soins de prévention sont donnés (*une seule réponse possible*)

- à tous les malades du service ou de l'unité
- vous donnez la priorité à certains malades

6.4. Vous réalisez les soins de prévention (*une seule réponse possible*)

- à la demande du malade
- à heures fixes selon les habitudes du service (« tours »)
- selon une fréquence déterminée par l'état du malade

6.5. En ce qui concerne les soins de prévention donnés (*une seule réponse possible*)

- vous êtes entièrement responsable des soins donnés à un ou à un petit nombre de malades en particulier
- chaque membre de l'équipe soignante s'occupe indifféremment des malades de l'unité de soins

## 7. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez lors de la prise en charge des patients à risque de développer des escarres ?

7.1. Le manque d'uniformisation des mesures de prévention rend difficile la prise en charge des patients à risque  oui  non

7.2. Un désintérêt et un manque de motivation pour la prise en charge des patients à risque  oui  non

7.3. Une insuffisance de transmission des informations permettant la prise en charge des patients à risque  oui  non

7.4. La mise à jour des connaissances du personnel soignant et médical est nécessaire  oui  non

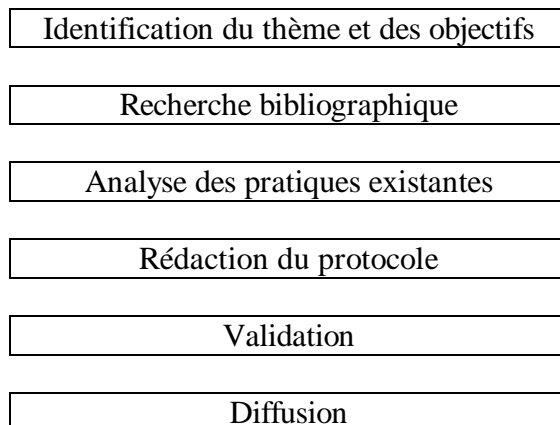
7.5. Les soins de prévention que vous mettez en œuvre actuellement sont efficaces pour lutter contre les escarres  oui  non

7.6. Il est nécessaire d'améliorer la prévention des escarres  oui  non

## ANNEXE 9

### PRINCIPALES ÉTAPES DE CONSTRUCTION D'UN PROTOCOLE DE SOINS

Bonnery, 1995 (37)



- **EXEMPLE DE PLAN D'UN PROTOCOLE DE PRÉVENTION DE L'ESCARRE (9)**

1. L'infirmière et la prévention de l'escarre
2. Définition du protocole de prévention
3. Objectifs
4. Instruments d'évaluation de l'escarre :
  - *Grille d'identification des facteurs de risque d'escarre et guide d'utilisation*
  - *Localisation de l'escarre*
  - *Échelle de gravité de l'escarre*
  - *Lien entre facteurs de risque et soins de prévention : un arbre de décision*
5. Fiches techniques des soins et mesures de prévention :
  - *Fiche technique n° 1 : les postures*
  - *Fiche technique n° 2 : le cadran de mobilisation et de postures*
  - *Fiche technique n° 3 : les mobilisations*
  - *Fiche technique n° 4 : le massage à type d'effleurage*
  - *Fiche technique n° 5 : l'hygiène corporelle et le change de la literie*
  - *Fiche technique n° 6 : la nutrition*
  - *Fiche technique n° 7 : l'éducation du malade*
  - *Fiche technique n° 8 : le matériel de prévention*
6. Stratégie préventive : guide pour les interventions infirmières
7. Fiche de suivi des soins
8. Bibliographie



**ANNEXE 10****PRÉVENTION DE L'ESCARRE**  
(CRITÈRES DE RESSOURCES)

Attention : La grille présentée ci-après nécessite une adaptation au contexte local, en fonction du référentiel choisi.

n°	Critères de ressources	OUI	NON	NA*
1	Un protocole écrit de prévention de l'escarre est disponible dans l'unité de soins			
2	Un protocole écrit de traitement de l'escarre est disponible dans l'unité de soins			
3	Au moins une personne ressource (infirmière conseil en escarre, stomathérapeute, médecins, ...) est disponible pour donner des conseils sur la prévention et le traitement des escarres			
4	Chaque personnel soignant a suivi une formation sur l'escarre et sa prévention au cours des deux dernières années			
5	Chaque personnel soignant a été formé à la manutention des malades au cours des deux dernières années			
6	Un document permettant l'identification des malades à risque existe et est utilisé			
7	Une référence unique pour évaluer l'état cutané est disponible et utilisée			
8	Il existe dans le dossier de soins un document de planification et de suivi de la prise en charge des malades à risque			
9	Il existe une réunion d'équipe multidisciplinaire quotidienne où sont abordées les modalités de prise en charge des malades à risque			
10	La dotation en linge est suffisante pour changer systématiquement les malades alités deux fois par jour et plus si nécessaire (estimation sur les deux dernières semaines)			
11	Le matériel de prévention est suffisant et disponible pour répondre aux besoins des malades (estimation sur les deux dernières semaines)			

\* non applicable

**PRÉVENTION DE L'ESCARRE**  
(CRITÈRES DE PROCESSUS)

Attention : La grille présentée ci-après nécessite une adaptation au contexte local, en fonction du référentiel choisi.

n°	Critères de processus	OUI	NON	NA
1*	Les facteurs de risque sont identifiés à l'admission du malade et réévalués lors d'une modification de l'état de santé (aggravation ou amélioration) ou selon une fréquence définie			
2*	Une surveillance des apports alimentaires et de l'hydratation est réalisée en présence d'un déficit nutritionnel <i>noter NA si l'état nutritionnel est satisfaisant</i>			
3*	Une adaptation nutritionnelle est prescrite en présence d'un déficit nutritionnel			
4*	Des changements de position sont réalisés en présence d'une diminution de la mobilité, du niveau d'activité ou d'une perte de sensibilité à une fréquence définie dans le plan de soins infirmiers <i>noter NA si les mobilisations sont contre-indiquées</i>			
5*	L'examen de l'état cutané et notamment des saillies osseuses est réalisé au moins trois fois par jour et le résultat est noté			
6*	Une toilette complète quotidienne est réalisée pour tout malade alité			
7*	La literie est changée au moins deux fois par jour pour tout malade alité			
8*	Tout <i>malade</i> reçoit une information et/ou une éducation vis-à-vis des soins de prévention <i>Noter oui, si cela concerne au moins un des éléments suivants : les mobilisations, la nutrition, l'autoexamen des points d'appui ; noter NA si le malade est dans l'incapacité d'entendre ou de comprendre : comateux, sous sédatif, ...</i>			
9*	Du matériel de prévention est utilisé pour tout malade alité lorsque les changements de position sont contre-indiqués et/ou en présence d'une perte de sensibilité			

\* information disponible dans le dossier de soins infirmiers

**PRÉVENTION DE L'ESCARRE**  
(CRITÈRES DE RÉSULTATS)

Attention : La grille présentée ci-après nécessite une adaptation au contexte local, en fonction du référentiel choisi.

<b>Fréquence des escarres</b>	nombre	%
Prévalence		
Incidence		

<b>Lieux d'acquisition des escarres</b>	nombre	%
Hors unité de soins		
Dans l'unité de soins		

<b>Gravité des escarres</b>	nombre	%
Stade I		
Stade II		
Stade III		
Stade IV		
Stade V		

<b>Évolution durant le séjour</b>	nombre	%
Guérison		
Aggravation		
Stationnaire		

<b>Localisation des escarres</b>	nombre	%
Sacrum		
Talons		

**ANNEXE 11**

**EXEMPLE DE PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS**

**PLAN DE CHANGEMENT OU PLAN D'ACTION**

Problème ou Dysfonctionnement	Objectifs de maintien et/ou amélioration	Actions	Moyens	Responsables	Calendrier	Indicateurs de résultats
1						
2						
3						

## **ANNEXE 12**

### **PLAN DU RAPPORT D'ÉVALUATION**

#### **INTRODUCTION**

- Intérêt pour la démarche d'évaluation
- Contexte de l'étude:
  - caractéristiques de l'hôpital ou structure de soins
  - place de l'action dans le projet d'établissement et le projet de soins
  - résultats attendus (amélioration des pratiques, dynamique d'évaluation)

#### **I. CHOIX DU THÈME**

- 1.1. Motifs du choix :  
ex. :
  - problèmes fréquents
  - manque de consensus
  - protocoles existants à réévaluer
  - mise en application d'une conférence de consensus
- 1.2. Constitution et organisation du groupe de travail :
  - composition
  - fonctionnement
- 1.3. Analyse de l'existant :
  - cerner le thème
  - délimiter le champ de l'évaluation
  - décrire la méthode utilisée pour l'analyse de l'existant (questionnaire, entretien, grilles...)
  - donner les résultats et leur analyse

#### **II. ÉLABORATION DES CRITÈRES D'ÉVALUATION**

- 2.1. Comment ont-ils été élaborés :
  - revue de littérature
  - prise en compte de la pratique locale
  - rédaction d'un protocole consensuel (référentiel)
- 2.2. Sélection des critères à partir du référentiel en privilégiant ceux que l'on souhaite et qu'il est possible d'améliorer

#### **III. CHOIX DU TYPE D'ÉTUDE ET DE LA MÉTHODE DE MESURE**

Définir la pratique à évaluer :

- le lieu de l'étude
- la population et la taille de l'échantillon

- la méthode de mesure : observation, autoévaluation, revue de dossiers
- la grille d'évaluation : construction, test, réajustement/validation
- la mise en œuvre de l'évaluation : période, qui évalue, procédure de contrôle du déroulement

#### **IV. RECUEIL DES DONNÉES ET MESURE**

- informer les équipes
- recueillir les données
- mise en évidence d'événements imprévus, difficultés éventuelles

#### **V. ANALYSE DES RÉSULTATS**

- traiter les données
- apprécier les résultats par rapport au référentiel
- interpréter les résultats : identification des causes des écarts observés
- présenter les résultats aux équipes et valider les causes

#### **VI. ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS ET SUIVI**

- construire un plan d'action en fonction des écarts observés
- argumenter la hiérarchisation des actions si nécessaire
- définir un calendrier de mise en œuvre des actions et de la réévaluation

### **CONCLUSION**

#### ➤ Impact et perspectives institutionnelles :

- communication de l'expérience et des résultats au niveau institutionnel
- développement de l'étude sur d'autres services de l'établissement
- valorisation - publications

#### ➤ Appréciation générale sur l'action engagée :

- bénéfiques pour les malades
- bénéfiques pour l'équipe de soins
- difficultés rencontrées

## RÉFÉRENCES

---

**1. National Pressure Ulcer Advisory Panel.**

Pressure ulcers prevalence, cost and risk assessment : consensus development conference statement.

*Decubitus* 1989; 2: 24-8.

**2. Agency for Health Care Policy and Research.**

Pressure ulcers in adults : prediction and prevention.

*Rockville(MD): AHCPR; 1992.*

**3. Langemo DK, Olson B, Hunter S, Burd C, Hansen D, Cathcart-Silberberg T.**

Incidence of pressure sores in acute care, rehabilitation, extended care, home health and hospice in one locale.

*Decubitus* 1989; 2: 42.

**4. Meehan M.**

Multisite pressure ulcer prevalence survey.

*Decubitus* 1990; 3: 14-24.

**5. Barrois B, Allaert FA, Colin D.**

Escarre et épidémiologie.

*Techn Hosp* 1996; 606: 39-41.

**6. Shea JD.**

Pressure sores. Classification and management.

*Clin Orthopaed Relat Res* 1975; 112: 89-100.

**7. International Association for Enterostomal Therapy.**

Dermal wounds : pressure sores. Philosophy of the IAET.

*J Enterostom Ther* 1988; 15: 4-17.

**8. Agency for Health Care Policy and Research.**

Treatment of pressure ulcers.

*Rockville (MD): AHCPR; 1994.*

**9. Pauchet-Traversat AF.**

Prévenir les escarres. Protocoles et stratégies.

*Paris: Maloine; 1995.*

**10. Yarkony GM, Kirk PM, Carlson C, Roth EJ, Lovell L, Heineman A, et al.**

Classification of pressure ulcers.

*Arch Dermatol* 1990; 126: 1218-9.

**11. Moriarty MB.**

How color can clarify wound care.

*Res Nurs* 1988; 51: 49-54.

**12. Cuzzel JZ.**

The new RYB color code.

*Am J Nurs* 1988; october: 1342-6.

**13. Allman RM.**

Epidemiology of pressure sores in different populations.

*Decubitus* 1989; 2: 30-3.

**14. Meehan M.**

National pressure ulcer prevalence survey.

*Adv Wound Care* 1994; 7: 27-38.

**15. Kedas A, Conforti C, Frank R, McGough J.**

Universal pressure sore precautions.

*J Enterostom Ther* 1990; 17: 237-40.

**16. Gosnell DJ.**

Pressure sore risk assessment : a critique. Part I. The Gosnell scale.

*Decubitus* 1989; 2: 32-8.

**17. Gosnell DJ.**

Pressure sore risk assessment. Part II. Analysis of risk factors.

*Decubitus* 1989; 2: 40-3.

**18. Pinchcofsky-Devin GD, Kaminski MV.**

Correlation of pressure sores and nutritional status.

*J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 435-40.

**19. Bonnefoy M, Carlier MC, Duvergé PH, Perret-Liaudet A.**

Rôle de la dénutrition dans la genèse des escarres de décubitus dans une population de sujets âgés grabataires.

*Âge Nutrition* 1991; 2: 146-50.

**20. Norton D.**

Calculating the risk : reflections of the Norton scale.

*Decubitus* 1989; 2: 24-31.

**21. Braden B, Bergström N.**

A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores.

*Rehabil Nursing* 1987; 12: 8-12, 16.

**22. Braden BJ, Bergström N.**

Clinical utility of the Braden scale for predicting pressure sore risk.

*Decubitus* 1989; 2: 44-51.

**23. Edwards M.**

Fiabilité et validité de l'échelle de Warterlow pour l'évaluation du risque d'escarre de décubitus (Traduction).

*J Wound Care* 1995; 4: 373-8.



**24. Colin D, Génin J.**

Une expérience innovante de synergie au CHRU d'Angers. Processus d'évaluation clinique et économique d'un matelas préventif d'escarres.

*Techniques Hosp* 1989; 44: 45-7.

**25. Véga MJ.**

L'expérience de recherche-action sur l'hôpital.

*Recherches Soins Infirmiers* 1991; 25: 55-72.

**26. Taylor MC, Cress SL.**

Atteinte à l'intégrité de la peau reliée à des facteurs externes (provenant de l'environnement)

*In: Trad de Rahal L, Valois DS. Diagnostics infirmiers. Guide pour le plan de soins. Paris: Maloine; 1988. 3p.*

**27. Carpenito LJ.**

Intégrité de la peau altérée.

*In: Trad de Collet C. Diagnostic infirmier. Du concept à la pratique clinique. 2nd Ed. Paris: Arnette; 1993. p.284-90*

**28. Pauchet-Traversat AF, Yeu C, Poisson-Salomon AS, Cardoner AM, Vermot MF.**

Mise en œuvre d'un consensus local pour la prévention des escarres.

*Objectifs Soins* 1996; 44: 31-8.

**29. Health Council of The Netherlands.**

Dutch consensus prevention of bedsores.

*Utrecht: CBO; 1985.*

**30. Colin D, Abraham P, Préault L, Bregeon C, Saumet JL.**

Comparison of 90° and 30° laterally inclined positions in the prevention of pressure ulcers using transcutaneous oxygen and carbon dioxide pressures.

*Adv Wound Care* 1996; 9: 35-8.

**31. Hofman A, Geelkerken RH, Wille J, Hamming JJ, Hermans J, Breslau PJ.**

Pressure sores and pressure-decreasing mattresses : controlled clinical trial.

*Lancet* 1994; 343: 568-71.

**32. Young JB.**

Aids to prevent pressure sores.

*BMJ* 1990; 300: 1002-4.

**33. Andersen KE, Jensen O, Kvorning SA, Bach E.**

Decubitus prophylaxis : a prospective trial on the efficiency of alternating pressure air-mattresses and water-mattresses.

*Acta Dermatovener* 1982; 63: 227-30.

**34. Cuzzell JZ, Willey T.**

Pressure relief perennials.

*Am J Nurs* 1987; september: 1157-60.

**35. Willey T.**

High-tech beds and mattress overlays. A decision guide.

*Am J Nurs* 1989; 80: 1142-5.

**36. Bodnar B, Myron P.**

Portrait of practice : reducing the prevalence of pressure ulcers.

*Decubitus* 1992; 5: 49-52.

**37. Bonnery AM, Gaba C, Macrez A, Marande D, Marzais M, Pauchet-Traversat AF.**

Protocoles de soins : méthodes et stratégies.

Paris: Éditions Hospitalières; 1995.

**38. Pauchet-Traversat AF.**

Protocole, stratégie et soins infirmiers.

*J Plaies Cicatrisations* 1996; 2: 39-42.

**39. Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN.**

The Norton score and pressure sore prevention.

*J Wound Care* 1996; 5: 93-9.

**40. Lincoln R, Roberts R, Maddox A, Levine S, Patterson C.**

Use of the Norton pressure sore risk assessment scoring system with elderly patients in acute care.

*J Enterostom Ther* 1986; 13: 132-8.

**41. Jenicek M, Cléroux R.**

Mesure de la santé de la collectivité. Indicateurs de santé.

In: *Épidémiologie. Principes, techniques, applications*. Paris: Maloine; 1987. p.43-77.