

Escarres et évaluation des pratiques professionnelles dans un hôpital universitaire parisien : évolution entre 2005 et 2007

Pressure ulcers and assessment of professional practices in a Parisian university hospital: trends between 2005 and 2007

Labalette C¹, Rambaud J², Clémence A³, Fargeot C⁴, Malliti M⁵, Liou A⁴, Bourdillon F⁶

Résumé

Objectif : Déterminer l'évolution de la prévalence des escarres au sein d'un centre hospitalo-universitaire parisien et de leur mode de prise en charge, avant et après la mise en place d'une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles.

Méthodes : À l'aide de questionnaires, deux enquêtes transversales un jour donné ont été menées en 2005 et en 2007 au sein du Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière.

Résultats : Nous avons inclus 1091 patients et 1148 patients en 2005 et 2007. Entre 2005 et 2007, la prévalence a significativement diminué, de 8 à 5,5 %. Le nombre de patients porteurs d'escarres et la gravité des escarres observées avaient régressé. L'amélioration des pratiques professionnelles était liée à une utilisation plus fréquente des protocoles écrits, une meilleure utilisation des matelas et des supports de décharge et une meilleure formation des professionnels. Les indications des différents types de pansements disponibles restaient encore méconnues.

Conclusion : Une diffusion large de protocoles de soins, accompagnée d'un plan de formation du personnel et d'une formalisation de la politique d'équipement ont permis de diminuer la prévalence et la gravité des escarres et d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients porteurs d'escarres ou à risque d'en développer. L'élaboration de recommandations nationales n'est pas suffisante pour entraîner une amélioration de la qualité des soins. Ces recommandations doivent être accompagnées de stratégies de diffusion, de formation et d'appropriation, constituant aujourd'hui un des enjeux de toute politique qualité dans un établissement de santé.

Prat Organ Soins 2008;39(2):95-102

Mots-clés : Escarres ; études d'évaluation ; connaissances, attitudes, pratiques ; prévention ; traitement.

Summary

Aim: Determine the trends in pressure ulcer prevalence in a parisian university hospital and in their treatment before and after setting up an initiative to assess and improve professional practices.

Methods: Two cross-disciplinary questionnaires were conducted on a given day in 2005 and 2007 within the Hospital Group of Pitié Salpêtrière.

Results: We included 1091 patients in 2005 and 1148 in 2007. During this period, prevalence dropped considerably, from 8 to 5.5 %. The number of patients with pressure ulcers and the severity of the ulcers observed diminished. The improvement in professional practices was due to more regular use of the written protocols, improved use of relief supports and mattresses and better professional training. The indications of the various types of dressing available were still unfamiliar.

Conclusion: A broad distribution of treatment protocols together with a staff training plan and formalisation of the equipment policy helped to reduce the prevalence and severity of pressure ulcers and to improve the quality of treatment of patients with pressure ulcers or at risk of developing them. Simply drawing up national recommendations is not enough to improve the quality of care. These recommendations must go hand in hand with distribution, training and learning strategies, which constitute one of the challenges of any quality policy in a health establishment today.

Prat Organ Soins 2008;39(2):95-102

Keywords: Pressure ulcer; évaluation studies; health knowledge, attitudes, practice; prevention; therapy.

¹ Médecin de santé publique, Département de biostatistiques, de santé publique et d'information médicale, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (GHPS), Paris.

² Interne en santé publique, Département de santé publique, GHPS.

³ Cadre supérieur de santé, Direction des soins infirmiers, GHPS.

⁴ Pharmacien, praticien hospitalier, pharmacie du GHPS.

⁵ Pharmacien, assistante spécialiste, pharmacie du GHPS.

⁶ Médecin de santé publique, praticien hospitalier, Département de biostatistiques, de santé publique et d'information médicale – Université Pierre et Marie Curie – Paris VI.

INTRODUCTION

Les équipes de soins sont confrontées quotidiennement à la prise en charge de patients porteurs d'escarres ou à risque d'en développer. La prévalence des escarres en milieu hospitalier est très variable [1-7]. Il existe des disparités selon les pays mais surtout en fonction des types d'établissements et de services. Ainsi, l'incidence en France se situe entre 1,4 % et 36,4 % en court séjour [8 - 10] alors qu'elle se situe entre 14 et 41 % en réanimation [11, 12]. Les facteurs de risque sont bien connus [13] et mesurables [14 - 18]. L'intérêt d'une étude de prévalence hospitalière est de servir de base à un processus d'évaluation des pratiques professionnelles [19] et d'adapter au mieux les programmes de formation.

L'amélioration des pratiques professionnelles au sein des établissements de soins est un enjeu important. La version 2 de la certification intègre cette dimension. C'est pourquoi une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur les escarres a été initiée par le service de santé publique, la direction des soins et le service de pharmacie du Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (GHPS). Cette démarche a été mise en œuvre par la Commission d'aide à la prévention et au traitement des escarres (CAPTE) de l'établissement. Elle se réfère aux règles de bonnes pratiques énoncées dans la conférence de consensus de 2001 [13]. Il s'agissait de mesurer la prévalence des escarres, de décrire les pratiques professionnelles, de répertorier les outils utilisés par les services (référentiels, protocoles, etc.) et d'apprécier la disponibilité et l'utilisation du matériel pour la prévention et le traitement des escarres (lits, supports de décharge, pansements), avant et après l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet d'amélioration des pratiques professionnelles de la prévention et du traitement de l'escarre.

MÉTHODES

Il s'agit de deux enquêtes un jour donné, menées entre le 27 juin et le 12 juillet 2005 et entre le 18 juin et le 7 juillet 2007. La première enquête constituait un état des lieux initial et la deuxième une évaluation des actions d'amélioration de la qualité de la prise en charge des escarres mises en œuvre entre 2005 et 2007. Les méthodes employées en 2005 et 2007 ont été identiques. Tous les services ont été inclus dans l'enquête, à l'exclusion de la maternité, de la néonatalogie, de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie, du service des urgences et lits portes et des hôpitaux de jour et de semaine.

Le recueil des données a été réalisé à l'aide de deux questionnaires distincts : un questionnaire « salle » et un questionnaire « patient ». Les questionnaires ont été

remplis au sein de chaque service par des enquêteurs formés, membres de la CAPTE ou volontaires (médecins, pharmacien(e)s, infirmier(e)s, kinésithérapeutes, diététicien(ne)s, etc.), en binôme, et en collaboration avec les cadres de santé, les infirmier(e)s et les aides-soignant(e)s des services cliniques.

Le questionnaire « salle » était destiné à toutes les unités de soins des services incluses dans l'enquête afin de tenir compte de leur éventuelle spécificité et comportait les renseignements suivants :

- le nombre de patients hospitalisés, le nombre de patients porteurs d'escarres le jour de l'enquête (en précisant le stade de l'escarre), le nombre de patients considérés comme à risque de développer une escarre (données déclaratives en 2005 sur la base d'une appréciation clinique et en 2007 sur la base d'une évaluation à l'aide de la grille de Braden [14]), la prise en charge dans les trois derniers mois de patients porteurs d'escarres ;
- les pratiques du service : politique de soins, protocoles et référentiels et moyens utilisés en prévention et traitement ;
- l'utilisation des trois fiches institutionnelles disponibles : fiche d'évaluation cutanée à l'entrée, fiche de pansements et fiche de dépistage de la dénutrition.

Le questionnaire « patient » recueillait pour chaque patient porteur d'escarre(s) :

- le nombre d'escarres, leur stade selon la classification *National pressure ulcer advisory panel* (NPUAP) (cadre 1) [20], leur localisation et le lieu de constitution. Les données recueillies étaient déclaratives ; les pansements n'ont pas été défaits ;
- les données médicales telles que les motifs d'hospitalisation, le terrain et les facteurs de risque de constitution d'escarres. Les facteurs de risque retenus étaient : *performance status* ≥ 3 (cadre 1), atteinte neurologique, dénutrition, diabète, tabagisme, artériopathie, corticothérapie, collapsus, incontinence urinaire et/ou fécale ;
- les traitements mis en œuvre (matelas, supports, pansements, prise en compte de la douleur) ;
- la traçabilité des soins dans le dossier de soins (présence des fiches institutionnelles et d'observations dans le dossier).

Les documents existants au sein de chaque service tels que les protocoles, les fiches des dossiers de soins, les grilles, les référentiels, etc. ont été collectés. Les fiches, posters ou dépliants fournis par des laboratoires n'ont pas été considérés comme des protocoles de soins.

Un guide méthodologique regroupant les classifications, grilles, fiches dossiers, les définitions des termes utilisés et une liste indicative de moyens de traitement ont été fournis aux enquêteurs. Afin d'en harmoniser les modalités, la méthode d'enquête et les définitions ont été exposées au cours d'une réunion préalable à l'ensemble des enquêteurs.

Les données ont été saisies et analysées par le département de santé publique à l'aide des logiciels ACCESS® et Epi-info 2000. Lorsque cela était pertinent, les proportions ont été comparées par des tests de Khi² au risque $\alpha = 5 \%$.

Cadre 1
Classifications : NPUAP et Performance status.

Classification NPUAP (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*) :

Stade I : rougeur cutanée au(x) point(s) d'appui(s) persistante, ne s'effaçant pas à la pression ; en cas de peau pigmentée : modification de la couleur, œdème, induration.

Stade II : perte de substance impliquant l'épiderme et en partie le derme, se présentant comme une phlyctène (décollement cutané avec présence de liquide sous la peau), une abrasion, une ulcération superficielle.

Stade III : perte de substance impliquant le tissu sous cutané avec ou sans décollement périphérique (nécrose sèche ou humide).

Stade IV : perte de substance atteignant ou dépassant le fascia et pouvant impliquer os, articulations, muscles ou tendons.

ECOG Performance Status (*OMS, Eastern Cooperative Oncology Group*) :

0 : activité normale.

1 : patient capable de réaliser de petits travaux ambulatoires.

2 : patient incapable de travailler, capable de s'occuper de lui-même, debout plus de 50 % du temps de veille.

3 : patient confiné au lit ou au fauteuil plus de 50 % du temps de veille.

4 : patient confiné au lit en permanence, incapable de s'occuper de lui-même.

Les actions d'amélioration des pratiques professionnelles proposées et mises en œuvre après l'état des lieux initial, ont été les suivantes :

- élaboration d'un protocole d'établissement de prévention et de traitement des escarres par un groupe de travail comprenant une trentaine de soignants des différents services cliniques pour optimiser l'appropriation des recommandations ;
- élaboration de trois fiches de synthèse des recommandations destinées à chaque soignant pouvant être placées dans une poche de blouse : fiche prévention des escarres, fiche traitement, fiche matériels ;

- publication de ce protocole dans un format « éditeur » afin que ce protocole soit considéré comme un document de référence et soit conservé dans chaque unité de soins ;
- protocole accessible sur le site intranet de l'établissement ;
- mise en place d'une politique d'achat de matelas à air dynamique dans les réanimations ;
- information sur le matériel de décharge ;
- formation des infirmières sur les escarres avec déclinaison du protocole de prévention de l'établissement ;
- incitation à mener des réunions internes de services sur les escarres.

RÉSULTATS

1. Unités de soins

L'enquête a porté sur 34 services : 76 unités de soins en 2005 et 92 en 2007 (respectivement treize et neuf unités de réanimation, 40 et 55 unités de médecine et 23 et 28 unités de chirurgie).

a) Prévalence (tableau I)

La prévalence des escarres s'élevait à 8 % en 2005 et 5,5 % en 2007. Quatre-vingt-sept patients sur 1091 hospitalisés étaient porteurs d'au moins une escarre le jour de l'enquête en 2005 et 63 patients sur 1148 en 2007. La prévalence a significativement diminué entre 2005 et 2007 ($p = 0,02$). La prévalence des escarres variait en fonction des disciplines entre 2,8 % et 21,3 %. Elle est restée stable en réanimation et dans les services de chirurgie.

Les trois quarts des unités de soins en 2005 et 38 % en 2007 étaient concernées par les escarres (au moins un patient porteur d'une escarre). Au cours des trois derniers mois, toutes les unités de soins avaient eu à prendre en charge des patients porteurs d'escarres en 2005 contre 49 % en 2007. Selon les équipes de soins, respectivement en 2005 et 2007 : 55,3 % et 41 % des patients des services de réanimation étaient considérés comme à risque de développer des escarres, 48,1 % et 14 % en médecine et 14 % et 6 % en chirurgie. Il faut noter que l'évaluation du risque était différente entre 2005 (données simplement déclaratives) et 2007 (mesure réelle du risque de développer une escarre par la grille de Braden).

b) Politique de soins et procédures

En 2005, 63,2 % des unités de soins considéraient que la prise en charge des escarres faisait l'objet d'une politique

Tableau I
Effectifs des patients hospitalisés et porteurs d'escarres par discipline en 2005 et 2007 au sein du groupe hospitalier.

	Patients hospitalisés (n)		Patients porteurs d'escarres (n)		Prévalence (% - [IC95 %]) ^a	
	2005	2007	2005	2007	2005	2007
Réanimation	150	111	32	23	21,3 [14,8 ; 27,9]	20,7 [13,2 ; 28,3]
Médecine	526	649	40	29	7,6 [5,3 ; 9,9]	4,5 [2,9 ; 6,1]
Chirurgie	415	388	15	11	3,6 [1,8 ; 5,4]	2,8 [1,2 ; 4,5]
Total	1091	1148	87	63	8,0 [6,4 ; 9,6]	5,5 [4,2 ; 6,8]

^a : prévalence = nb de patients porteurs d'escarre(s) / nb de patients hospitalisés le jour de l'enquête.

organisée de soins dans leur service, contre plus de 75 % en 2007. En 2005, 36,8 % des unités disposaient de documents écrits de référence pour la prévention et/ou le traitement des escarres alors qu'en 2007, 70 % des unités de soins utilisaient un protocole écrit. De même, seules 2,6 % unités de soins utilisaient les grilles d'évaluation du risque de constitution d'escarres en 2005 contre 32,6 % des unités de soins en 2007.

c) Recours aux fiches institutionnelles

Les fiches institutionnelles d'évaluation cutanée des patients à l'entrée, la fiche de suivi de pansement et la fiche de dépistage de la dénutrition étaient utilisées respectivement dans 82 %, 76 % et 47 % des unités de soins en 2005 et dans 87 %, 74 % et 66 % des unités en 2007.

d) Sensibilisation à la prise en charge des escarres

En 2005, le personnel avait bénéficié d'une sensibilisation à la prise en charge des escarres dans 50 % des unités de soins. Il en était de même en 2007. Cependant, en 2005, cette sensibilisation avait été effectuée dans 55 % des cas par les laboratoires pharmaceutiques alors qu'en 2007 elle avait été réalisée dans 61 % des cas par des formations internes (*staffs* médicaux).

e) Les dispositifs médicaux disponibles et utilisés

En 2005, 30,3 % des unités de soins étaient équipées de matelas à air dynamiques achetés et 72,4 % de matelas gaufrés. Les réanimations n'étaient pas totalement équipées de matelas anti-escarres (gaufrés ou matelas dynamiques). Trois unités disposaient encore de matelas standards (dont une exclusivement) et une unité de matelas à eau. Tous les services de l'établissement pouvaient louer des matelas à air dynamiques. Entre 2005 et 2007, la politique d'équipement s'est axée sur les services de

réanimation qui ont fait disparaître tous les matelas à eau et qui ont acquis par une politique d'achat volontariste des matelas à air dynamiques supplémentaires. 88,9 % des unités de réanimation disposaient de matelas dynamiques achetés en 2007 contre 61,5 % en 2005.

Les coussins de décharge (coussins gel et à mémoire de forme) étaient peu utilisés en 2005 (28,9 % des unités) et dans plus de la moitié des cas, il s'agissait de l'usage détourné d'un autre matériel (poche de solutés injectables, oreillers, traversins, chaussons, mousses de décharge, etc.). En 2007, 42 % des unités utilisaient des coussins de décharge (dont 36 % par usage détourné).

2. Patients porteurs d'escarres

a) Terrain et facteurs de risques

Les caractéristiques des patients porteurs d'escarres étaient comparables entre 2005 et 2007 en termes d'âge et de terrain. Ils étaient jeunes (63 ans en moyenne en 2005 et 61 ans en 2007, $p > 0,05$). 90 % avaient un *performance status* supérieur ou égal à 3. Un tiers était en soins palliatifs et la fréquence des facteurs de risques d'escarres était comparable entre 2005 et 2007 (atteinte neurologique, dénutrition, diabète, tabagisme, artériopathie, corticothérapie, collapsus, incontinence urinaire et/ou fécale). En 2005 et en 2007, les patients de réanimation présentaient davantage de facteurs de risque par rapport aux patients hospitalisés en médecine ou en chirurgie.

En 2005, 179 escarres ont été comptabilisées pour les 87 patients, contre 92 escarres pour 63 patients en 2007. La fréquence des patients porteurs d'escarres multiples était moindre en 2007 par rapport à 2005 : 63,2 % en 2005 contre 36,5 % en 2007 ($p < 0,002$) (tableau II).

En 2005 comme en 2007, 80 % des escarres comptabilisées sur une base déclarative se sont développées au sein

des services du GHPS. Les deux tiers des patients en 2005 et 55 % des patients en 2007 avaient développé au moins une escarre dans le service d'hospitalisation au moment de l'enquête.

Tableau II
Répartition du nombre d'escarres par patient porteur d'escarres en 2005 (n = 87) et 2007 (n = 63) au sein du groupe hospitalier.

Nombre d'escarres par patient	2005 % [IC95%]	2007 % [IC95%]
1	36,8 [26,6 ; 46,9]	63,5 [51,6 ; 75,4]
2	36,8 [26,6 ; 46,9]	28,6 [17,4 ; 39,7]
3	17,2 [9,3 ; 25,2]	6,3 [-]
4 et plus	9,2 [-]	1,6 [-]
Total	100%	100%

b) Type d'escarres

Les localisations les plus fréquentes étaient au talon (46,9 et 40,2 %) et à la région sacrée (22,3 % et 38,0 %).

Les stades NPUAP ont eu tendance à diminuer entre 2005 et 2007 mais cette différence n'était pas significative (tableau III). La prévalence des escarres n'a pas diminué en réanimation, néanmoins les patients étaient porteurs d'escarres de sévérité moindre. En 2005, les services de réanimation étaient confrontés à des escarres de stade élevé. Sur les 75 escarres recensées, 33,3 % étaient de stade I, 33,3 % de stade III et 8,0 % de stade IV. A l'inverse, en 2007, sur les 40 escarres recensées, 42,5 % étaient de stade I, 17,5 % de stade 3 et aucune escarre de stade IV n'a été comptabilisée.

Tableau III
Répartition des stades NPUAP des escarres comptabilisées 2005 (n = 179) et 2007 (n = 92) au sein du groupe hospitalier.

Stade NPUAP	2005 % [IC95%]	2007 % [IC95%]
1	42,5 [35,2 ; 49,7]	51,1 [40,9 ; 61,3]
2	21,2 [15,2 ; 27,2]	25,0 [16,2 ; 33,8]
3	29,0 [22,4 ; 35,7]	19,6 [11,5 ; 27,7]
4	4,5 [-]	4,3 [-]
Non renseigné	2,8 [-]	0
Total	100%	100%

c) Traitements mis en œuvre

Les pratiques de prise en charge des patients porteurs d'escarres se sont améliorées entre 2005 et 2007.

Matelas, coussins et autres supports de décharge anti-escarres (tableau IV)

Le taux d'utilisation des matelas anti escarres de type gaufrés ou dynamiques a augmenté de 22 % passant de 75 à 97 % entre 2005 et 2007. En 2007 les matelas à eau n'étaient plus utilisés. De même, le taux d'utilisation des supports de décharge a progressé de 17 % sur cette période.

Tableau IV
Modalités de prise en charge des patients porteurs d'escarres en 2005 (n = 87) et 2007 (n = 63) au sein du groupe hospitalier (fréquences d'utilisation).

	2005 (%)	2007 (%)
Matelas		
Standards	4,6	1,6
Eau	19,5	0
Gaufriers	31,0	19,7
Air dynamique	43,7	77,0
Autre	1,2	1,7
Supports de décharge	13,8	31,0
Produit non adapté	36,8	9,0

Pansements

Les pratiques relatives à l'utilisation des pansements n'ont pas évolué entre 2005 et 2007. Nous avons relevé que 78,8 % et 76,2 % des patients ont bénéficié de pansements hydrocolloïdes, quel que soit le stade des escarres. Les autres types de pansements étaient peu appliqués (alors qu'ils étaient disponibles et que le protocole de traitement des escarres était particulièrement précis et didactique sur cette question).

Les produits utilisés pour les pansements

En 2005, un mésusage avait été relevé dans 36,8 %. Des produits anciens et non adaptés de nos jours (vaseline, alloplastine) étaient toujours utilisés aux dépens des nouvelles classes des pansements. Contrairement aux recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) [13], des antiseptiques avaient été appliqués chez 14,8 % des patients. En 2007, l'usage d'antiseptiques n'était relevé que pour 9 % des patients.

Traçabilité dans le dossier du patient

La traçabilité de la prise en charge recherchée à travers les fiches institutionnelles était variable. L'évaluation de l'état cutané initial a été réalisée et tracée pour 70,1 % des patients porteurs d'escarres en 2005 et 78,7 % des patients en 2007. Les fiches pansements étaient utilisées pour 56,3 % des patients en 2005 et 50,8 % des patients en 2007. Enfin, les fiches de dépistage de la dénutrition et les échelles de risque étaient très peu utilisées. Le dépistage de la dénutrition a été tracé pour 31 % des patients en 2005 et 37,7 % des patients en 2007 et l'utilisation d'une échelle de risque a été retrouvée dans deux dossiers en 2005 (2,3 % des patients) et dans sept dossiers en 2007 (11,5 %). La traçabilité ne s'est pas améliorée entre 2005 et 2007 ($p > 0,05$), sauf en ce qui concerne l'évaluation du risque d'escarre ($p = 0,04$). Le poids et le dosage de l'albuminémie ont été retrouvés dans les dossiers des patients présentant au moins une escarre respectivement dans 54 % et 33 % des dossiers en 2005 et 64 % et 38 % en 2007.

DISCUSSION

Les études réalisées en 2005 et 2007 ont permis d'évaluer l'amélioration des pratiques professionnelles en matière de prévention et de prise en charge des escarres au sein du GHPS dans le cadre d'une politique volontariste d'amélioration de la qualité des soins.

Les données épidémiologiques relevées en 2005 étaient conformes aux données de la littérature. La prévalence évaluée en 2005 à 8 % était comparable aux chiffres déjà publiés [1-12]. La forte prévalence observée en réanimation est connue [11, 12]. L'état de santé des patients porteurs d'escarres est souvent gravement altéré. Ils présentent de nombreux facteurs de risque (atteinte neurologique, état grabataire, dénutrition, incontinence). Les principales localisations étaient classiquement le talon et le sacrum [2, 4, 6, 8, 10]. La jeunesse relative des patients en 2005 et en 2007, 63 et 61 ans en moyenne, avait déjà été relevée dans une précédente étude sur les patients relevant des soins palliatifs hospitalisés au sein du GHPS [21]. Ce recrutement de patients jeunes est principalement lié au caractère hospitalo-universitaire de l'établissement (plateau technique de pointe) et à sa notoriété qui attire une clientèle bien au-delà de son territoire de santé.

Notre étude présente néanmoins quelques limites liées à la méthode d'enquête employée.

La prévalence calculée dans les enquêtes transversales dite un jour donné est souvent surestimée. Les patients hospitalisés depuis longtemps sont souvent surreprésentés

dans ces enquêtes, car la probabilité de tirer au sort un patient est proportionnelle à sa durée de séjour. Ces patients sont plus à risque et plus souvent porteurs d'escarres. Les deux enquêtes ont été réalisées avant l'été alors que certaines unités de soins étaient, d'ores et déjà, fermées. Cependant, les deux enquêtes ont été réalisées à la même période et ont concerné un volume de patients comparable.

Pour des raisons de faisabilité, les données recueillies sur les patients porteurs d'escarres étaient déclaratives et n'ont pas été vérifiées par un examen clinique des patients. Les escarres n'ont pas été examinées non plus. Ainsi, la cotation en stades NPUAP des escarres a pu être soumise à des erreurs. Les escarres de stade 1 ont pu être sous estimées car mal connues (la rougeur cutanée persistante aux points d'appui n'est souvent pas considérée comme une escarre). La connaissance des soignants en matière d'escarres n'a pas été évaluée. On peut faire l'hypothèse que ce biais de mesure a été plus important en 2005 qu'en 2007, et donc que la prévalence réelle a pu être sous estimée en 2005. Ainsi l'amélioration de la qualité des soins évaluée à l'issue des deux enquêtes est probablement sous évaluée.

La multiplicité des enquêteurs dont la plupart (80 %) n'ont pas participé à l'enquête 2005, pouvait être à l'origine d'une hétérogénéité des réponses sur l'ensemble de l'établissement. La réalisation d'un guide méthodologique et la tenue d'une réunion avant enquête avaient pour objectif de limiter les divergences d'interprétation.

Les recommandations en termes d'évaluation du risque, de prévention et de prise en charge des escarres restaient encore très méconnues en 2005, trois ans après la diffusion des recommandations de l'ANAES [13]. Certaines pratiques déconseillées par la conférence de consensus de l'ANAES persistaient dans quelques services notamment l'utilisation d'antiseptiques.

Il existait également un déficit en matériel de prévention et de traitement : matelas et supports de décharge. Nombre de patients porteurs d'escarres n'étaient pas, en 2005, alités sur des matelas adéquats, et les services à haut risque de développement d'escarres n'étaient pas entièrement équipés de matelas anti-escarres, bien que des possibilités de location leur soient offertes.

A l'issue de cet état des lieux, des efforts importants dans la diffusion des recommandations, en équipement et en formation étaient donc nécessaires et de nombreuses actions ont été mises en œuvre. La mobilisation d'un grand nombre d'acteurs, des services cliniques, de la direction des soins, de la pharmacie, de la direction des équipements, du service de santé publique, a permis d'engager

une dynamique d'amélioration et d'harmonisation des pratiques de soins dans le domaine des escarres. Une trentaine de personnes de toutes formations (infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciennes, cadres de santé, pharmaciens, médecins (dermatologues, gériatres, réanimateurs et de santé publique)) ont travaillé sur la rédaction d'un protocole de prévention et de traitement des escarres ce qui, en soi, constitue d'ores et déjà une modalité de diffusion des connaissances au sein de l'établissement. Une politique d'achat de matelas à air dynamiques a été mise en œuvre. Un cycle de formation infirmier a été proposé.

La seconde enquête a permis d'évaluer les résultats de la mise en place d'une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge préventive et curative des escarres en termes de prévalence et de gravité des escarres d'une part et de pratiques professionnelles d'autre part. La prévalence des escarres au sein du GHPS a significativement diminué entre 2005 et 2007, de 8 % à 5,5 %. Si la prévalence est restée élevée en réanimation, le nombre d'escarres par patient et la gravité des escarres ont cependant diminué. En chirurgie, la diminution de prévalence observée entre 2005 et 2007 n'est pas significative. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la prévalence était déjà faible en 2005 et que les pratiques étaient déjà optimales en chirurgie, où les personnels sont mieux formés aux techniques de pansements. Des améliorations des pratiques professionnelles ont été constatées : utilisation plus large de protocoles écrits, meilleure application des recommandations de la Haute Autorité de santé, notamment dans l'évaluation du risque et dans l'utilisation des matelas et supports de décharge. Des efforts restent à mener pour une meilleure utilisation des pansements, sur l'intérêt à utiliser les supports de décharges, pour une meilleure traçabilité des soins d'escarres et de la prise en charge et de l'anticipation de la douleur. Un soutien plus particulier mérite d'être apporté aux services de réanimation pour réduire les taux de prévalence. Enfin, l'utilisation des fiches de dépistage de la dénutrition et des échelles d'évaluation de risque doit continuer à être promue.

Malgré les recommandations de pratiques cliniques et les nombreuses évaluations de pratiques professionnelles, les escarres demeurent un enjeu majeur au sein des établissements publics de santé. Cette étude souligne que l'élaboration de recommandations nationales n'est pas suffisante pour entraîner une amélioration de la qualité des soins. Ces recommandations doivent être accompagnées de stratégies de diffusion, de formation et d'appropriation qui constituent aujourd'hui un des enjeux de toute politique qualité dans un établissement de santé [22]. Les connaissances et valeurs locales sont des facteurs primordiaux conditionnant l'évolution des

pratiques médicales [23]. Les évaluations de pratiques professionnelles de la procédure de certification offrent un cadre aux professionnels de santé.

Remerciements

A toutes les équipes soignantes des services de soins et aux enquêteurs ayant participé à cette étude.

RÉFÉRENCES

1. Bours GJ, Halfens RJ, Lubbers M, Haalboom JR. The development of a national registration form to measure the prevalence of pressure ulcers in The Netherlands. *Ostomy Wound Manage* 1999;45:28-40.
2. Colin D, Barrois B, Allaert F. Nursing and medical care of pressure ulcer in hospitals in France. *Adv Wound Care* 1995;8:54:56-8.
3. Biasioli S, Destrebecq A, Longobardo S, Negri A, Tacconi P, Sponton A. Prevalence of decubitus lesions in a hospital in Lombardia. *Assist Infirm Ric* 2002;21:14-6.
4. Daideri G, Berthier F, Brocker P, Darmon MJ, Mignolet F, Quaranta JF, et al. L'escarre à l'hôpital en 2003 : enquête de prévalence un jour donné. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2006, 54 : 517-27.
5. Gawron CL. Risk factors for and prevalence of pressure ulcers among hospitalized patients. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1994;21:232-40.
6. Meehan M. National pressure ulcer prevalence survey. *Adv Wound Care* 1994;7:27-38.
7. O'Dea K. The prevalence of pressure sores in four European countries. *J Wound Care*, 1995;4:192-5.
8. Barbut F, Parzybut B, Boëlle JY, Neyme D, Farid R, Kosmann MJ, et al. Escarres dans un hôpital universitaire de court séjour. *Presse Med* 2006;35 :769-78.
9. Barczak CA, Barnett RI, Childs EJ, Bosley LM. Fourth national pressure ulcer prevalence survey. *Adv Wound Care* 1997;10:18-26.
10. Whittington K, Patrick M, Roberts JL. A national study of pressure ulcer prevalence and incidence in acute care hospitals. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2000;27:209-15.
11. Keller BP, Wille J, van Ramshorst B, van der Werken C. Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention. *Intensive Care Med* 2002;28:1379-88.
12. Krause JS, Vines CL, Farley TL, Sniezek J, Coker J. An exploratory study of pressure ulcers after spinal cord injury:

relationship to protective behaviors and risk factors. Arch Phys Med Rehabil 2001;82:107-13.

13. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). *Conférence de consensus : Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. Paris : ANAES ; 2001.*

14. Braden B, Bergström N. *A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. Rehabil Nursing* 1987;12:8-12.

15. Braden BJ, Bergström N. *Clinical utility of the Braden scale for Predicting Pressure Sore Risk. Decubitus* 1989;2:44-51.

16. Edwards M. *The rationale for the use of risk calculators in pressure sore prevention, and the evidence of the reliability and validity of published scales. J Adv Nurs* 1994;20:288-96.

17. Edwards M. *The levels of reliability and validity of the Waterlow pressure sore risk calculator. J Wound Care* 1995;4:373-8.

18. Norton D. *Calculating the risk: reflections of the Norton scale. Decubitus* 1989;2:24-31.

19. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la prévention des escarres. Paris : ANAES ; 2001.*

20. National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Pressure ulcers prevalence, cost and risk assessment: consensus development conference statement. Decubitus* 1989;2:24-8.

21. Lambert J, Fillol C, Bourdillon F. *Etude épidémiologique descriptive de l'ensemble des personnes relevant de soins palliatifs dans un CHU français, comparaisons 1997-2004, Médecine palliative* 2006;5:70-7.

22. Bourdillon F, Caniard E. *Qualité des soins et du système de santé. In: Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D, eds. Traité de santé publique, 2^e édition. Paris : Flammarion, Médecine-Sciences; 2007. p. 39-50.*

23. Saillour-Glenisson F, Michel F. *Facteurs individuels et collectifs associés à l'application des recommandations de pratique clinique par le corps médical. Revue de la littérature. Rev Epidemiol Sante Publique, 2003;51:65-80.*