

Bilan d'une intervention visant à prévenir les escarres dans une région

Samia Lévy-Djebbour¹, Maxime Cauterma¹, Pierre-Etienne Haas¹, Laetitia Messner¹, Brigitte Barrois², Sylvie Meaume³, René Amalberti⁴

1- Agence régionale de santé d'Ile-de-France, Paris

2- PERSE - Prévention éducation recherche et soins d'escarres

3- Société française et francophone des plaies et cicatrisations

4- Haute Autorité de santé, Saint-Denis

✉ **Dr Samia Lévy-Djebbour** – ARS Ile-de-France – 35, rue de la Gare – 75019 Paris – E.mail : samia.levy@ars.sante.fr

Les recommandations pour la prévention et la prise en charge des escarres sont formalisées. Elles ont été réactualisées en France en 2013, sont consensuelles, nationales et internationales [1-4]. Néanmoins les chiffres concernant une pathologie pour une part évitable, doivent interpeller :

- à l'hôpital : le taux de prévalence nationale est de 8 %, même s'il est en diminution et que les escarres sont moins sévères [5-7]. Le surcoût lié à l'escarre est estimé à 4 500 €, par l'Institut de recherche

et documentation en économie de la santé [8].

- L'Assurance maladie estime à 130 000 le nombre de patients suivis à domicile souffrant d'escarres tous les ans, pour un coût de 693 M€ en 2011 [9] !

L'escarre représente une pathologie douloureuse pour le patient, chronophage et source de culpabilité pour les professionnels de santé, coûteuse pour la collectivité. Les stratégies pour avoir un réel impact sur la maîtrise du risque d'escarre sont connues : simplification, standardisation, multidisciplinarité, leadership, champions,

Résumé

La campagne régionale « Sauve ma peau », a été menée de septembre 2013 à juin 2014 dans le secteur sanitaire et médicosocial, par l'agence régionale de santé d'Ile-de-France. Elle avait comme objectif la mise en œuvre de cinq pratiques identifiées à fort impact pour éviter les escarres graves. **Méthodologie.** La gouvernance des établissements s'engageait sur la base du volontariat par une charte. Les professionnels responsabilisés recevaient un appui méthodologique pour une démarche « clés en mains », alimentaient mensuellement des « compteurs » de campagne, participaient à des réunions départementales pluridisciplinaires de retour d'expérience qui rythmaient le projet. Les équipes engagées étaient valorisées en fin de projet par un certificat. **Résultats :** 224 établissements se sont engagés, 128 ont réalisé tout le projet, 24 911 patients ou résidents dépistés à risque n'ont pas constitué d'escarre. La mise en œuvre des pratiques de dépistage et de prévention a progressé et les escarres acquises ont eu tendance à diminuer. **Conclusions :** le concept anglosaxon de campagne, transposé en Ile-de-France, peut emporter l'adhésion de professionnels très différents et permet d'améliorer les pratiques, y compris dans le secteur médicosocial. L'engagement de la gouvernance aide à lever des freins organisationnels. Le défi à venir est d'entretenir la dynamique régionale initiée pour la maîtrise du risque d'escarre, et de capitaliser cette expérience pour de prochaines campagnes de maîtrise de risque clinique (chute).

Mots-clés : Escarre – Risque – Dépistage – Prévention – Qualité – Efficience – Sécurité.

Abstract

Report on a campaign to prevent eschars in a region of France

The Ile-de-France Regional Health Agency carried out a regional "Sauve ma peau" (Save my skin) campaign from September 2013 to June 2014 in the health and welfare sector. Its aim was to implement five practices shown to be very effective in preventing serious eschars.

Method. *The management of the facilities agreed to take part by signing a charter. The healthcare professionals in charge received methodological support for a "turnkey" approach, recorded campaign indicators on a monthly basis and attended multidisciplinary departmental feedback meetings during the project. The teams taking part were awarded a certificate at the end of the project.* **Results:** *224 facilities took part, 128 continued for the whole of the project, 24,911 patients or residents screened at being at risk did not suffer from eschars. Screening and prevention practices were implemented to an increasing extent and any eschars that formed tended to be reduced.* **Conclusions.** *The campaign approach popular in English-speaking countries, that was adopted in the Ile-de-France, can win the support of a wide range of healthcare professionals and can improve practices, including in the welfare sector. The commitment of the management helps to remove organizational barriers. The challenge for the future is to maintain the regional policies initiated to prevent the risk of eschars and to build on this experience for future clinical risk management campaigns (falls).*

Keywords: Eschar – Risk – Screening – Prevention – Quality – Efficiency – Safety.

formation, maintien des audits et de la rétro-information [10]. Au sein du pôle d'appui à la performance et à la qualité, puis de l'efficience du système de santé de l'agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France, le thème des escarres a été choisi comme premier chantier d'amélioration des pratiques, sur la base du référentiel réalisé par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEHA) [11]. Le format « campagne » a été choisi comme modalité d'accompagnement à la conduite du changement, sur un modèle anglosaxon communiqué lors du congrès annuel *International Forum on Quality and Safety in Healthcare* par les Gallois, dont la campagne « 1 000 vies sauvées » comportait un volet sur les escarres [12,13].

L'objectif de cette campagne était d'aider à mettre en œuvre cinq bonnes pratiques à fort impact, identifiées au cours de la phase pilote par les vingt établissements engagés, pour éviter les escarres graves : piloter en multiprofessionnel, évaluer et réévaluer le risque, adapter la prévention en ciblant les supports et la mobilisation, traiter vite, au stade 1, dès la rougeur, former les professionnels et éduquer les patients et leur entourage.

Méthodologie

Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive d'accompagnement à la mise en œuvre de bonnes pratiques à l'échelle d'une région.

Population ciblée

L'ensemble des établissements de santé et médico-sociaux de la région d'Ile-de-France, (soit 420 établissements sanitaires et 694 ehpad).

Intervention

Elle se décline selon trois niveaux : l'échelon local, départemental et régional, en phase avec le calendrier de campagne sur neuf mois, de septembre 2013 à juin 2014.

Étapes de l'intervention au niveau de chaque établissement

1. L'engagement de l'établissement sur la base du volontariat, par une charte renvoyée à l'ARS. La charte, signée par son directeur général et le représentant de la communauté médicale, identifiait un responsable du projet.
2. La réunion d'un groupe projet multiprofessionnel, coordonné par le référent. Ce groupe projet pouvait être le groupe déjà existant, groupe « escarres » ou « plaies et cicatrisation ».
3. Le choix des unités à engager : maximum deux unités, d'environ vingt lits maximum chacune.
4. Le diagnostic par une autoévaluation des pratiques de dépistage, de prévention et de traitement des escarres.

5. L'envoi facultatif des auto-évaluations à l'ARS pour une consolidation régionale des résultats.
6. La structuration d'un plan d'actions à partir du diagnostic interne, puis sa mise en œuvre.
7. Le suivi du plan d'actions avec une nouvelle évaluation à mi-projet.
8. L'organisation du suivi de l'état cutané des patients ou résidents des secteurs engagés.
9. Le renseignement mensuel des compteurs (*cf. infra*, outil compteur).
10. L'assiduité, au moins du référent, aux réunions départementales.
11. La clôture du projet avec un dernier temps d'évaluation des pratiques, et un temps d'évaluation du projet lui-même.
12. Une communication régulière en interne du projet et du plan d'actions, aux équipes, aux instances.
13. La valorisation des équipes engagées, par un certificat final « Sauve ma peau ».

Étapes de l'intervention au niveau départemental

Des réunions départementales des professionnels engagés dans un même territoire, tous les deux mois, ont assuré le soutien méthodologique. Les réunions étaient calquées sur les phases du projet, soit six réunions au total (48 sur la région) : lancement, diagnostic, structuration du plan d'actions, suivi du plan d'actions, clôture, valorisation.

Étapes d'intervention au niveau régional

1. Une phase pilote, depuis novembre 2011, en partenariat avec vingt établissements pour construire cette campagne, la baptiser, simplifier et adapter les outils au secteur médicosocial.
2. L'analyse et la synthèse des évaluations des pratiques anonymisées, transmises par les établissements à l'ARS, sur la base du volontariat en début et fin de projet.
3. Lors de la clôture, l'évaluation de la campagne à deux échelons, institutionnel et individuel.
4. L'organisation de deux rencontres régionales autour de la campagne : l'une en juin 2013, pour l'annoncer et l'autre en novembre 2014 pour communiquer son bilan [14,15].

Les outils*

Outils d'aide à la mise en œuvre du projet pour les établissements

Pour réaliser l'autodiagnostic

Deux outils d'évaluation au format Excel®, dont les résultats étaient synthétisés et visibles immédiatement après la réalisation de l'audit :

* Téléchargeables sur la page de l'ARS dédiée à la campagne.

- un outil d'évaluation de la maturité institutionnelle sur la thématique « escarre », l'« autodiagnostic », analysait les aspects stratégiques, clés et supports du « processus escarre » ;
- un outil d'évaluation des pratiques de soins, ou « audit de dossiers », évaluait les pratiques de dépistage, de prévention et de traitement, dans le dossier du patient et auprès du patient.

Pour structurer et mettre en œuvre leur plan d'actions

- Un support de présentation pour aider à sa structuration, sa communication et son suivi,
- Une modélisation du processus clinique ciblant les populations pour l'évaluation :
 - évaluation des pratiques de dépistage chez tous les patients ou résidents de l'unité volontaire,
 - évaluation des pratiques de prévention, chez ceux identifiés à risque,
 - évaluation des pratiques de prise en charge, chez ceux porteurs d'escarres.
- Un outil de priorisation des actions d'amélioration, selon leur facilité de mise en œuvre et leur efficacité.

Pour faciliter leur communication autour du projet

- Une affiche d'information des usagers, lors du lancement : « Les escarres, c'est l'affaire de tous » ;
- L'extraction du compteur 2 régional, qui comptabilisait les patients identifiés à risque qui n'avaient pas constitué d'escarre depuis octobre 2013, que les établissements pouvaient installer sur leur site intranet ou internet ;
- Des « goodies », sous forme de stylos, distribués aux établissements à la réunion de clôture.

Les outils pour animer et développer la dynamique de la campagne :

- Le renseignement mensuel de quatre compteurs, par chaque établissement, sur une plateforme élaborée par l'ARS, concernant les patients ou résidents des unités engagées :
 - compteur 1 : nombre de patients/résidents dépistés à risque,
 - trois compteurs selon l'évolution de l'état cutané du patient/résident identifié à risque :
 - compteur 2 : absence d'escarre constituée
 - compteur 3 : constitution d'une escarre de stade 1 (rougeur)
 - compteur 4 : constitution d'une escarre de stade supérieur à 1.
- L'animation de réunions départementales, de type « coaching » de professionnels d'établissements très différents, insistait sur la mise en œuvre du plan d'actions.
- Une page dédiée sur le site de l'ARS, pour faciliter l'accès aux outils et aux documents partagés.

Les outils pour évaluer la campagne

- à l'échelon institutionnel : outil Excel® adressé aux établissements évaluant la réalisation des étapes de la campagne, et le degré de mise en œuvre des pratiques à fort impact ;
- à l'échelon individuel : questionnaire papier, rempli par les professionnels lors des réunions départementales de clôture.

Résultats

Participation des établissements et des professionnels

L'engagement des établissements : 224 établissements ont signé et renvoyé la charte : 117 médico-sociaux, 107 sanitaires dont 14 mixtes. Tous les statuts sont représentés, 40 établissements privés à but lucratif, 32 publics non universitaires, 22 privés à but non lucratif, 13 universitaires (sites ou groupes hospitaliers) pour les 117 établissements du secteur sanitaire. La participation au projet est variable : 189 établissements ont participé aux réunions départementales, 172 établissements ont renseigné les compteurs (avec une moyenne de 104 chaque mois) dont seulement 71 le dernier mois. L'envoi des audits de dossiers à l'ARS a concerné 111 établissements, 96 unités pour le premier audit, et 131 unités pour dernier audit. La valorisation, ou remise d'un certificat « Sauve ma peau » a concerné 128 établissements, totalisant 230 unités engagées. Les réunions départementales étaient multiprofessionnelles et pluridisciplinaires : cadres de santé (35 %) infirmières (32 %), médecins (12 %), aides-soignantes (4 %), ergothérapeutes (3 %), responsables qualité (3 %) diététiciennes (1 %).

Réalisation des étapes

Pour les 105 établissements ayant renvoyé l'outil d'évaluation de la campagne, d'après les réponses exprimées, toutes les étapes du projet ont été réalisées à plus de 85 %, si l'on excepte l'autodiagnostic institutionnel de fin de projet (facultatif), et l'audit de dossier à mi-projet (*Tableau I*). Les aspects de communication sont plus en retrait, surtout vis-à-vis des usagers (*Tableau II*).

Résultats des compteurs régionaux au bout des neuf mois du projet

- Compteur 1 (C1) : 27 903 patients ou résidents ont été dépistés à risque d'escarre ;
- Compteur 2 (C2) : 24 911 n'ont pas constitué d'escarre ;
- Compteur 3 (C3) : 1 435 ont constitué une escarre de stade 1 ;
- Compteur 4 (C4) : 953 ont constitué une escarre d'un stade supérieur à 1.

Deux approches ont tenté d'objectiver une réduction des escarres acquises par l'analyse des compteurs :

Tableau I – Réalisation des étapes du projet au sein de l'établissement (les % concernent les réponses exprimées).

Réalisation des étapes du projet au sein de l'établissement	Oui N (%)	Non N (%)
Mise en place d'un groupe projet multidisciplinaire	94 (90 %)	10 (10 %)
Autodiagnostic		
Réalisation en début de projet de l'autodiagnostic institutionnel	104 (100 %)	0
Réalisation d'un autre autodiagnostic en fin de projet	68 (67 %)	34 (33 %)
Audit des pratiques		
Réalisation du premier audit de dossiers dans toutes les unités engagées	104 (100 %)	0
Réalisation du deuxième audit de dossiers dans toutes les unités engagées	73 (71 %)	30 (29 %)
Réalisation du dernier audit de dossiers dans toutes les unités engagées	91 (88 %)	12 (12 %)
Plan d'actions		
Élaboration d'un plan d'actions	99 (97 %)	3 (3 %)
Mise en œuvre d'un plan d'actions	96 (95 %)	5 (5 %)
Renseignement des compteurs		
Les compteurs ont été renseignés régulièrement	91 (88 %)	12 (12 %)
Présence aux réunions départementales		
Représentation de votre établissement à la réunion de lancement	102 (98 %)	2 (2 %)
Représentation de votre établissement à la réunion de diagnostic	99 (95 %)	5 (5 %)
Représentation de votre établissement à la réunion de plan d'actions	96 (92 %)	8 (8 %)
Représentation de votre établissement à la réunion de suivi du plan d'actions	91 (89 %)	11 (11 %)
Représentation de votre établissement à la réunion de clôture	98 (97 %)	3 (3 %)

Tableau II – Bilan de la communication effectuée autour de la campagne.

Actions de communication de la campagne au sein de l'établissement	Oui N (%)	Non N (%)
Présentation de la campagne (champ sanitaire) (n = 51)		
La campagne a fait l'objet d'une communication en CME	34 (68 %)	16 (32 %)
La campagne a fait l'objet d'une communication en CSIRMT	20 (44 %)	25 (56 %)
La campagne a fait l'objet d'une communication en CRUQPC	22 (45 %)	27 (55 %)
La campagne a fait l'objet d'une communication en réunion de cadres	44 (86 %)	7 (14 %)
La campagne a fait l'objet d'une communication en réunion de service	48 (94 %)	3 (6 %)
Présentation de la campagne (champ médicosocial) (n = 4)		
La campagne a fait l'objet d'une communication en commission de coordination gériatrique	16 (42 %)	22 (58 %)
La campagne a fait l'objet d'une communication en conseil de vie sociale	21 (54 %)	18 (46 %)
Compteur/Externalisation du compteur 2 (Widget) (n = 105)		
Le widget a pu être installé par le webmaster de l'établissement	33 (33,3 %)	66 (66,7 %)
Les chiffres des compteurs ou du widget ont été communiqués aux équipes	51 (52,0 %)	47 (48,0 %)

CME : commission médicale d'établissement ; CRUQPC : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ; CSIRMT : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques.

Tableau III – Résultats des compteurs pour les 71 établissements les ayant renseignés tous les mois (juin 2014 inclus).

	Nov. 2013	Déc. 2013	Janv. 2014	Fév. 2014	Mars 2014	Avril 2014	Mai 2014	Juin 2014
C1	1 669	2 153	2 304	2 159	2 161	2 010	2 171	1 693
C2	1 492	1 996	2 110	1 920	2 003	1 849	1 999	1 583
C3	116	93	112	95	86	73	90	73
C4	46	52	58	59	44	61	53	32
C3 + C4/C1	9,7 %	6,7 %	7,4 %	7,1 %	6,0 %	6,7 %	6,6 %	6,2 %
C4/C1	2,7 %	2,4 %	2,5 %	2,7 %	2,0 %	3,0 %	2,4 %	1,9 %

Signification des compteurs :

C 1 : nombre de patients/résidents dépistés à risque. Puis selon l'évolution de l'état cutané de ces patients/résidents identifiés à risque.

C 2 : absence d'escarre constituée. - C 3 : constitution d'une escarre de stade 1, stade de la rougeur.

C 4 : constitution d'une escarre de stade supérieur à 1.

- **l'historique des compteurs des établissements les ayant renseignés tous les mois** (juin 2014 inclus). On peut estimer, pour ces 71 établissements, une tendance à la réduction des escarres acquises, chez les patients/résidents identifiés à risque, même si la différence n'est pas significative (*Tableau III*).
- **l'analyse des compteurs en suivant l'évolution de la médiane des compteurs par établissement**. On constate en fin de projet que la médiane des compteurs 3 et 4 est nulle.

Résultats des évaluations

Évaluation de la mise en œuvre des pratiques à fort impact de la campagne par les établissements

La plupart (plus de 70 %) des 105 établissements répondant au questionnaire d'évaluation de la campagne, étaient en cours ou avaient mis en œuvre les pratiques de soins à fort impact [15]. En revanche, « éduquer les patients, résidents et leurs proches » a été réalisé ou est en cours de réalisation par moins de 50 % des établissements répondants.

Évaluation des pratiques de dépistage et de prévention des escarres, « avant-après »

D'après la comparaison des synthèses régionales des audits de dossiers réalisées et transmis en début et en fin de campagne, on constate une amélioration de la traçabilité des pratiques de dépistage notamment la réévaluation du risque d'escarre (+ 35 %), l'évaluation de l'état buccodentaire (+16 %), l'évaluation initiale du risque escarre (+15 %), la recherche clinique de dénutrition (+12 %), l'évaluation de la douleur (+ 11 %). Les pratiques de prévention se sont aussi améliorées, notamment la traçabilité de la surveillance de l'état cutané (+ 19 %), du suivi des *ingesta* trois jours de suite (+12 %), de la mobilisation (+ 8 %), et une amélioration de l'adaptation des supports chez les patients à risque (+14 %).

Évaluation de la campagne régionale par questionnaire (224 professionnels répondant lors des réunions de clôture)

L'analyse quantitative retrouve un avis très favorable des professionnels sur le projet, plus nuancé sur les compteurs (accessibilité et externalisation), la documentation et la clôture (*Figure 1*). L'analyse qualitative identifie comme principaux points forts, la dynamique et les échanges entre professionnels, comme principaux points faibles, l'aspect chronophage et un lancement confus.

Discussion

Cette campagne, relevait pour une part du défi par l'importation d'une méthodologie anglosaxonne. Elle a montré que de nombreux établissements, dans une

grande région sanitaire, pouvaient y adhérer et améliorer leurs pratiques de dépistage et de prévention du risque d'escarre.

Les limites de la campagne

Un projet chronophage pour les établissements

Les établissements ont dû solliciter des professionnels, dans un temps limité, avec un calendrier collectif et contraint. Ils avaient des outils facilitants, mais de nombreuses tâches à réaliser et la nécessité de travailler en multidisciplinarité, avec un référent aguerri à la conduite de projet. Deux situations ont été identifiées à risque d'abandon : un référent isolé et le *turn-over* des personnels. Les clés de succès : un secteur bien identifié et limité, la sollicitation du volontariat dans tous les corps professionnels, notamment les aides-soignantes, la capitalisation de la démarche dans une évaluation des pratiques professionnelles, la multidisciplinarité effective et le soutien institutionnel objectivé par l'acquisition de supports d'aide à la prévention d'escarres (matelas et/ou coussins). La sollicitation excessive en fin de projet a été contre-productive puisque seuls 71 établissements ont renseigné les compteurs le dernier mois. Il paraît souhaitable d'éviter une clôture en juin, période de clôture de nombreux autres projets, et de dissocier le renseignement des compteurs du lancement et de la clôture, temps d'évaluation de la campagne.

Tous les établissements engagés n'ont pas réussi à mener le projet, découragés par son aspect chronophage, un lancement confus, le mot de passe pour l'accès aux compteurs, un accompagnement individuel insuffisant, en raison d'une ressource humaine limitée.

La transmission partielle des données des établissements à l'ARS a fragilisé la synthèse régionale. Les établissements craignaient une inspection de l'ARS, malgré l'anonymisation de leurs données et l'affichage de l'accompagnement. Si les 230 équipes qui ont finalisé le projet avaient envoyé leurs audits, la synthèse régionale aurait représenté une réelle consolidation des données. La comparaison des audits initiaux et finaux dans les mêmes unités, n'a pas été possible compte tenu de l'anonymisation.

Une démarche pragmatique plus que scientifique

Cette démarche s'adressait à la motivation intrinsèque des professionnels de santé, dans un esprit volontairement positif et militant pour susciter de l'enthousiasme, sans aucune compensation financière [16]. Ce type d'accompagnement et de soutien pour la conduite du changement a demandé des réajustements en continu pour l'adapter au monde de la santé [17,18]. Les publications rapportant des campagnes, comme mode de conduite du changement pour améliorer la sécurité des patients, sont toutes

de culture anglosaxonne ou d'Europe du nord, et peu lisibles sur la méthodologie optimale à mener dans notre contexte hexagonal et régional [19,20]. L'expérience galloise rapportait le découragement des équipes face à l'objectif « 0 escarre ». Elle a été utile, un objectif atteignable a été fixé : « éviter les escarres graves ». L'atteinte de cet objectif n'est pas statistiquement démontrée car les indicateurs retenus dans ce type de campagne évaluent le processus et non les résultats [19,20].

La difficulté à prouver la réduction de l'incidence des escarres acquises d'après les compteurs régionaux, alors que les établissements en faisaient état. Les compteurs n'étaient pas renseignés par tous, certains patients étaient perdus de vue, et certaines saisies incohérentes n'ont pu être corrigées, même après sol-

licitation des établissements. La tendance à la réduction des escarres acquises pour les 71 établissements ayant renseigné les compteurs tout au long du projet n'est pas significative.

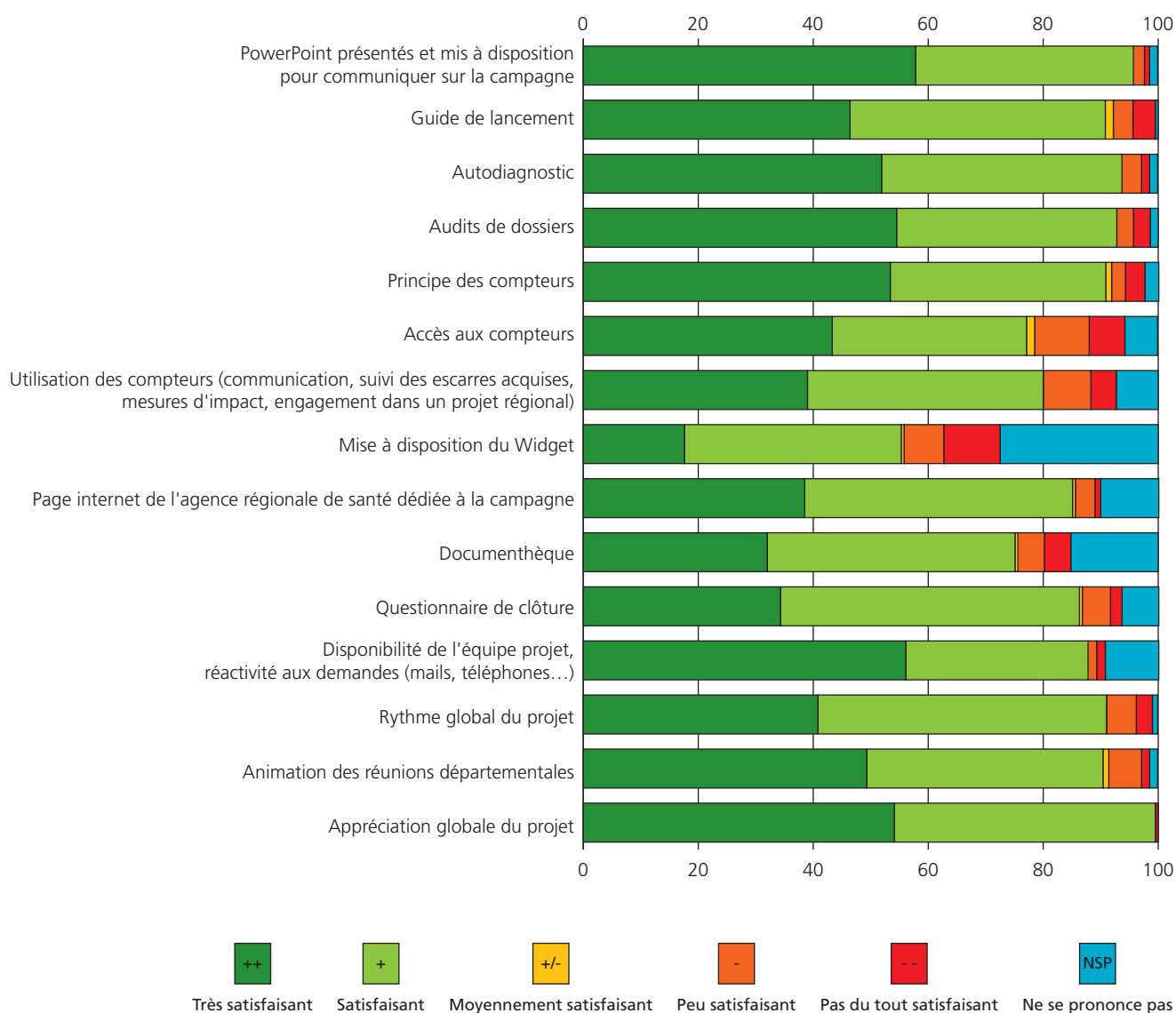
La démarche était limitée à 40 lits maximum, pour tester la méthodologie et se l'approprier. Son déploiement était laissé à la discrétion de l'établissement.

Les enseignements issus de cette campagne

Les compteurs, un outil utile

Le compteur 2, comptabilisant les patients à risque restés indemnes d'escarre, a été dénommé « compteur de l'espoir » par certains représentants des usagers. Il a permis une communication positive sur une pathologie évitée. Pour un établissement, le fait de renseigner ses compteurs et d'en voir l'impact immé-

Figure 1 – Analyse quantitative des questionnaires renseignés par les professionnels lors des réunions départementales de clôture, selon une échelle de satisfaction.



diat sur le compteur départemental et régional, favorisait la notion d'appartenance à un territoire et participait à la dynamique.

La valorisation du rôle des aides-soignants

dans la prévention et la réactivité à la rougeur, représentait un des temps forts des réunions départementales. Cela leur a permis un investissement important et ils ont exprimé une grande créativité dans le projet (bande dessinée, fonction de référent, recherche de formation).

Un partenariat à construire

avec les usagers aussi bien en sanitaire qu'en médico-social : la communication institutionnelle vis-à-vis des usagers peut encore être améliorée, dans les instances dédiées, mais aussi par des actions de sensibilisation et d'information (affiches, plaquettes).

Une estimation médico-économique des escarres évitées à partir des compteurs

Nous avons postulé que les escarres de stade 1, (stade de la rougeur), ne sont pas prises en compte dans le codage PMSI et qu'un patient sur six ou sept à risque d'escarre développe une escarre d'après la Haute Autorité de santé [21], donnant un taux attendu de 14 à 17 % de patients à risque qui développent des escarres de stade supérieur à 1. L'analyse des compteurs de campagne révèle un taux moyen de patients à risque développant une escarre de stade supérieur à 1, de 4 % chaque mois, faisant estimer que nous avons évité des escarres chaque mois chez 10 % des patients identifiés à risque, soit, au bout de neuf mois, chez 2 790 patients. Le surcoût de l'escarre étant de 4 500 € [8], nous avons estimé que, sur neuf mois, les escarres évitées chez 2 790 patients avaient généré une économie d'environ 12 M€. La première approximation a été de prendre en compte la durée d'exposition au risque d'escarre, sur toute la campagne, soit neuf mois. La deuxième approximation a consisté à estimer le surcoût de l'escarre identique dans le secteur sanitaire et médicosocial, et la troisième à choisir qu'un sur sept (14 %) des patients à risque d'escarre réalise le risque, au lieu d'un sur six (17 %). Cette évaluation est donc à considérer avec prudence, les compteurs n'étant pas conçus pour cela, mais pour dynamiser la campagne. Il est cependant intéressant de noter que, si tous les établissements d'Ile-de-France s'étaient engagés, ils auraient généré des économies encore plus conséquentes.

Pour poursuivre la dynamique régionale initiée sur la prévention et la prise en charge des escarres

Des rendez-vous régionaux réguliers sont organisés : une rencontre régionale annuelle et une enquête de prévalence régionale sur le risque d'escarre tous les

deux ou trois ans (la première a eu lieu en juin 2015). Deux pistes d'amélioration nous paraissent intéressantes à suivre : développer un réel partenariat avec les représentants des usagers au sein des institutions, et augmenter le niveau de connaissances des professionnels, par la sollicitation de l'expertise, très spécifique des ergothérapeutes sur le positionnement et le choix des supports, et de l'expertise d'autres professionnels, médicaux ou paramédicaux, sur la prévention et la prise en charge des plaies chroniques. La diffusion de cette expertise est encouragée par l'animation d'un groupe régional d'ergothérapeutes volontaires et engagés pour partager leurs connaissances sur les supports d'aide à la prévention d'escarres et leur utilisation, et l'identification d'équipes mobiles « autour des plaies et de la cicatrisation » au sein des établissements de santé [22,23].

Conclusion

L'objectif de mise en œuvre des pratiques à fort impact est atteint à 70 % pour les 105 établissements l'ayant évalué. La mesure de l'impact sur l'incidence des escarres acquises met en évidence une tendance à la réduction, bien que les données soient partielles et qu'elles ne soient pas significatives. Le principal enseignement de cette campagne « Sauve ma peau, maîtriser le risque escarre », est que des professionnels, du secteur sanitaire comme médicosocial, ont adhéré à ce concept anglosaxon. Les clés de succès ont été les échanges, la pluridisciplinarité, la démarche pragmatique « clés en mains », les compteurs et la valorisation des équipes. Les principes d'auto-évaluation et de responsabilisation des établissements, sur la base du volontariat, représentent des leviers efficaces pour la conduite du changement. L'accompagnement d'une tutelle permet de lever certains freins organisationnels sur un sujet complexe et multifactoriel parfois culpabilisant pour les équipes. Le défi actuel est d'entretenir la dynamique régionale initiée sur la gestion du risque d'escarre, de poursuivre le changement de regard sur l'escarre, pour l'identifier comme un risque clinique à repérer pour le maîtriser. Trois pistes sont identifiées : développer le partenariat avec les usagers, renforcer la formation des professionnels et poursuivre les rendez-vous régionaux. Les enseignements de cette première campagne régionale sont capitalisés pour la deuxième en cours sur la maîtrise du risque de chute (février 2016-2017).

Remerciements

À tous les professionnels qui se sont engagés dans cette campagne et ont reçu un certificat, à leur direction pour les avoir soutenus, www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Actualites/Agenda/Escarres/17_11_2014/8.listes_etablissements_participant_Mode_de_compatibilite_.pdf

Au comité de pilotage et au groupe de travail qui ont

suivi et soutenu ce travail : HAS, FEHAP-IdF, FHF-IdF, FHP-IdF, Siège AP-HP, SYNERPA-IdF, GH Nord Essonne, CH de Fontainebleau, PERSE, SFFPC, CH de Pontoise, ehpad Péan/ACCPA, Siège AP-HP, SSIAD ADIAM.

Un vif remerciement aux deux expertes : le Dr Brigitte Barrois, du CH de Gonesse, et le Dr Sylvie Meaume, de l'Hôpital Rothschild, pour leur soutien, leur aide et leur surveillance.

Références

- 1- LYDER CH, AELLO EA. Chapter 12 Pressure Ulcers: A Patient Safety Issue, in Hughes RG (ed.). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. (Prepared with support from the Robert Wood Johnson Foundation). AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD, : Agency for Healthcare Research and Quality, 2008. Accessible à : www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2650/ (Consulté le 07-09-2016).
- 2- EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANNEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANNEL. Prevention and treatment of pressure ulcer: quick reference guide. Washington DC, National Pressure Ulcer Advisory Pannel, 2009. Accessible à : www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_French.pdf (Consulté le 07-09-2016).
- 3- AGENCE NATIONALE D'ÉVALUATION ET D'ACCREDITATION EN SANTÉ. Conférence de consensus, Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 2001. Accessible à : www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271996/fr/prevention-et-traitement-des-escarres-de-l-adulte-et-du-sujet-age (Consulté le 07-09-2016).
- 4- L'ESCARRE. Recommandations pour la prise en charge d'escarres par consensus formalisé d'experts. L'escarre 2003, n° 57. Accessible à : www.escarre-perse.com/escarres/index.php/archives-anciens-numeros/176-nd57-mars-2013-recommandations-pour-la-prise-en-charge-des-escarres-par-consensus-formalise-dexperts.html (Consulté le 07-09-2016).
- 5- BARROIS B, LABALETTE C, ROUSSEAU P, et al. A national prevalence study of pressure ulcers in French hospital inpatients. J Wound Care 2008; 9: 373-379.
- 6- BARROIS B, ALLAERT F. Épidémiologie des escarres dans les établissements de santé en France. Escarre 2015; 67: 4.
- 7- BARROIS B, ALLAERT F. Enquête nationale de prévalence des escarres. Résultats 2014. Accessible à : www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/1_Offre_hospitaliere/3_Qualite_et_performance/qualite_et_securite/Escarre/Escarre_2015/Journee_10_12/3-Barrois_PREVALENCE_resultats_ARS_.pdf (Consulté le 07-09-2016).
- 8- NESTRIGUES C, OR Z. Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital, Question d'Économie de la Santé 2011; 171: 2-8. Accessible à : www.irdes.fr/Publications/2011/Qes171.pdf (Consulté le 07-09-2016).
- 9- ASSURANCE MALADIE. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2014. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014. Accessible à : www.ameli.fr/rapport-charges-et-produits-2014/data/catalogue.pdf (Consulté le 07-09-2016).
- 10- SULLIVAN N, SCHOELLES KM. Preventing in-facility pressure ulcers as a patient safety strategy: a systematic review. Ann Intern Med 2013; 5: 410-416.
- 11- AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICOSOCIAUX (ANAP). Améliorer la prévention et la prise en charge des escarres. Anap 2008. Accessible à : www.anap.fr/publications-et-

[outils/publications/detail/actualites/ameliorer-la-prevention-et-la-prise-en-charge-des-escarres/">outils/publications/detail/actualites/ameliorer-la-prevention-et-la-prise-en-charge-des-escarres/](#) (Consulté le 07-09-2016).

12- INTERNATIONAL FORUM OF QUALITY AND SAFETY HEALTHCARE. Singapour, septembre 2016. Accessible à : <http://internationalforum.bmj.com/> (Consulté le 07-09-2016).

13- The 1000 lives campaign. 2008-2010. Accessible à : www.1000livesplus.wales.nhs.uk/1000-lives-campaign (Consulté le 07-09-2016).

14- AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ. Première rencontre régionale. Comment réduire le risque escarre en Ile-de-France ? Accessible à : www.ars.iledefrance.sante.fr/Premiere-rencontre-regionale.157716.0.html / (Consulté le 07-09-2016).

15- AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ. Les présentations de la 2^e rencontre régionale sur la maîtrise du risque escarre. Accessible à : www.ars.iledefrance.sante.fr/Les-presentations-de-la-2eme-r.177149.0.html (Consulté le 07-09-2016).

16- FREY BS, OBERHOLZER-GEE F. The Cost of Price Incentives: An Empirical Analysis of Motivation Crowding-Out. American Economic Review 1997; 87: 746-755.

17- KOTTER JP. Leading Change. Why transformation efforts fail. Harvard Business Review, January 2007: 92-107.

18- SHOJANIA KG, McDONALD KM, WACHTER RM, et al. Closing The Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies, Volume 1- Series Overview and Methodology. Technical Review 9. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Publication No. 04-0051-1. Rockville, MD: August 2004. Accessible à : www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43908/ (Consulté le 07-09-2016).

19- MCCANNON CJ, SCHALL MW, PERLA RJ. Planning for Scale: A guide for designing large-scale improvement initiatives. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement, 2008. Accessible à : www.IHI.org (Consulté le 07-09-2016).

20- INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. 5 Million Lives Campaign, 2008. Accessible à : www.ihl.org/Engage/Initiatives/Completed/5MillionLivesCampaign/Pages/default.aspx (Consulté le 07-09-2016).

21- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Avis de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé, 22 décembre 2009. Accessible à : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/cnedimts-1684-prevention_escarres-projet_de_nomenclature-cahier_des_charges_2010-01-07_17-17-22_580.pdf (Consulté le 07-09-2016).

22- AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS). Retour d'expérience sur le choix du bon positionnement et du bon support. www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/1_Offre_hospitaliere/3_Qualite_et_performance/qualite_et_securite/Escarre/Escarre_2015/Journee_10_12/7-topo-ergo.pdf (Consulté le 07-09-2016).

23- AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS). Résultat de l'appel à projet concernât la création d'une équipe mobile « Plaies et cicatrisation ». Accessible à : www.ars.iledefrance.sante.fr/Resultats-de-l-appel-a-projets.193018.0.html (Consulté le 07-09-2016).

Pour en savoir plus

Campagne « Sauve ma peau »

Méthodologie : www.ars.iledefrance.sante.fr/La-campagne-Sauve-ma-peau.179055.0.html

Bilan : www.ars.iledefrance.sante.fr/Les-presentations-de-la-2eme-r.177149.0.html

Conflit potentiel d'intérêts : aucun.