

GUIDE DE LANCEMENT DE LA CAMPAGNE



Cette campagne est lancée par le pôle d'appui à la qualité et à la performance de l'ARS Ile de France.

Votre établissement s'est engagé dans la campagne « Sauve ma peau », maîtriser le risque, Bravo !

Il a retourné la charte d'engagement, et un référent et un groupe projet sont identifiés.

L'objectif de cette campagne est de vous aider **à mettre en œuvre les 5 bonnes pratiques** identifiées par les professionnels des 20 établissements d'Ile de France déjà accompagnées, comme ayant fait leurs preuves pour **réduire le risque d'escarre grave** :

1. piloter en multi-professionnel
2. évaluer et réévaluer le risque
3. adapter la prévention au risque : support et mobilisation
4. traiter vite, au stade 1: dès la rougeur
5. former et éduquer

Cette campagne doit permettre de :

- sensibiliser à l'identification du risque escarre pour adapter la prévention,
- réagir dès la rougeur pour éviter les escarres graves chez les patients et résidents en Ile de France.

En lien avec les 5 bonnes pratiques à fort impact, et pour vous aider à les mettre en œuvre, des outils d'évaluation, des documents, vous sont fournis par le pôle d'appui à la qualité et à la performance de l'ARS Ile de France, afin de mener à bien ce projet au sein de votre établissement.

L'explication des outils vous est fournie dans ce guide.

Le lien pour accéder à la page internet « escarre » de l'ARS Ile de France :

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Escarre.161820.0.html>

Pour plus de renseignements, n'hésitez pas à contacter ars-idf-qss@ars.sante.fr

Généralités sur l'escarre :

L'escarre se définit comme une lésion cutanée et sous cutanée ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et une saillie osseuse.

La prévalence annuelle chez les patients hospitalisés est de près de 9%.

Les recommandations pour la prévention et la prise en charge des escarres existent, ont été réactualisées en 2013, sont consensuelles, nationales et internationales. Malgré cela, chaque année, en France et ailleurs, des malades acquièrent des escarres, dont une part est évitable.

La persistance de patients porteurs d'escarre(s) évitable(s) ne résulte pas d'une mauvaise volonté ou d'une incompétence des professionnels de santé, mais de la nécessité de mettre en place une organisation qui va permettre dépister le risque escarre chez les patients, d'adapter les mesures de prévention au risque, et d'identifier l'escarre à son tout début, à un stade encore réversible.

La revue de la littérature récente nous apprend qu'il est efficace de s'intéresser à la thématique escarre, avec un réel impact sur la sécurité des soins si les conditions suivantes sont réunies (cf. CHOU R, DANA T, BOUATSOS C, et al, *Ann. Intern. Med.* 2013 ; 159 :23-38.)

- Simplification et standardisation
- Multidisciplinarité
- Leadership
- Champions
- Formation
- Maintien des audits et feedback

On est donc devant une pathologie :

- douloureuse pour le patient,
- source de souffrance et d'insatisfaction pour les professionnels de santé,
- coûteuse pour la collectivité (cf. le rapport de la CNAM : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie)
- dont une part est évitable par un dépistage, une prévention adaptée, et un diagnostic précoce
- pour laquelle les mesures à fort impact sont connues.

Principe de la campagne : un accompagnement dans une démarche d'amélioration, une dynamique.

L'ARS Ile de France a choisi de s'emparer de cette première thématique et depuis novembre 2011, a accompagné des établissements par vagues successives, et a montré avec eux qu'il était possible d'obtenir des améliorations très significatives.

Ces 4 vagues d'établissements (3 vagues de sanitaires, et une vague d'établissements médico-sociaux) ont permis, par leur retour, d'adapter les outils pour un déploiement régional, et d'identifier 5 bonnes pratiques à mettre en œuvre pour maîtriser le risque escarre : La campagne « Sauve ma peau, maîtriser le risque escarre » pouvait être lancée.

Cette Campagne se conçoit au sein de chaque établissement comme une conduite de projet, l'ARS est en appui méthodologique, en soutien aux établissements engagés dans une démarche de gestion des risques cliniques et d'amélioration des pratiques, en support pour l'animation départementale.

Cette animation départementale a la volonté de permettre la rencontre de professionnels de santé du même territoire sur une thématique de soins, venant d'institutions sanitaires et médico-sociales, qui peuvent partager la prise en charge de patients communs. Ces professionnels peuvent ainsi avoir, au cours de ces réunions départementales, un temps d'échange, de partage d'expériences, de documents.

Réunion de lancement de la Campagne « Sauve ma peau »

– Comment réussir votre lancement ?

- En impliquant le management : expliquer à la direction et à l'encadrement les enjeux liés à l'escarre et l'intérêt de participer à ce projet régional
- En constituant une équipe projet pluridisciplinaire si elle n'existe pas déjà (groupe « escarre » ou « plaies et cicatrisation ») : chaque membre de l'équipe doit engager ses collègues
- En définissant des objectifs (cf. charte d'engagement) : « dépistage systématique dans les 24 premières heures », « X jours sans escarres acquises », « 0 escarre de niveau 2 acquise »...
- En ciblant des unités ou des secteurs, au moins 2, d'au moins 20 patients ou résidents. Si l'unité fait 25-30 lits, vous pourrez faire l'audit de dossiers sur les 25-30 lits, et suivre les patients à risque d'escarre (pour les compteurs), sur ce secteur. Le nombre de lits reste à la discrétion de l'établissement pour avoir du sens sur le plan statistique (au moins 20) mais il est nécessaire que le projet soit faisable avec les ressources dont l'établissement dispose.
- En communiquant en interne (diaporama de présentation de la campagne), dans les instances (CME, CMIRST, coordination gériatrique), et au sein des unités de soins/secteurs ciblés.

– La réunion de lancement présente les outils du diagnostic :

- Réalisation d'un état des lieux, en utilisant les outils d'évaluation proposés :
 - Au sein de l'établissement : l'autodiagnostic, rempli par l'équipe projet (environ 40 mn)
 - Au sein des unités ciblées : l'audit de dossiers sur un secteur comptant de 20 à 30 patients/résidents. S'il s'agit d'une unité comme la réanimation ou une USC, compte tenu du risque, ne pas hésiter à prendre ce secteur, même s'il est bien inférieur à 20 lits.
- Synthèse des résultats (diaporama de présentation du diagnostic)
- Evaluation de l'état cutané des patients identifiés à risques, à leur sortie ou chaque mois selon leur durée de séjour, et alimentation des compteurs de la campagne :
 - Compteur 1 : nombre de patients/résidents identifiés à risque, alimenté tous les mois
 - Compteurs s'intéressant à la survenue ou non d'escarres chez ces patients/résidents à risque pendant leur séjour ou durant un mois :
 - Compteur 2 : nombre de patients/résidents à risque qui n'ont pas constitué d'escarre
 - Compteur 3 : nombre de patients/résidents qui ont constitué une escarre de stade 1
 - Compteur 4 : nombre de patients/résidents qui ont constitué une escarre d'un stade 2, 3 ou 4.

– le partage du diagnostic est un point clé du projet :

- Avec les équipes engagées : Retro-information des équipes et prise en compte de leurs propositions.
- Au sein du groupe projet
- Lors d'une communication en CME, en CMIRST, en réunion de coordination gériatrique

– Comment élaborer un plan d'actions ?

- Les éléments collectés dans le cadre du diagnostic donnent « en transparence » les axes clés du diagnostic. La mise en œuvre des 5 bonnes pratiques à fort impact identifiées par vos collègues des premières vagues est également un élément fondamental de votre plan d'actions
- A construire et valider en équipe projet
- Au vu du diagnostic issu de l'état des lieux, avec les équipes de soins et le groupe projet
- En utilisant le diaporama de structuration du plan d'actions (ppt « diagnostic plan d'actions » fourni)
- En complétant les fiches actions de ce diaporama. Elles permettent d'identifier clairement l'action d'amélioration, son pilote, ses objectifs, son indicateur, son calendrier, son suivi et son rythme.

Le principe

C'est une évaluation du processus de prise en charge des escarres, selon les aspects :

- stratégiques, lisibilité de l'engagement et des actions de l'institution, des instances.
- de soins : dépistage, prévention, traitement.
- supports : formation, communication, gestion des matériels, étude de coût

Les réponses aux questions sont gradées en 4 stades (pas du tout, plutôt non, plutôt oui, tout à fait). L'onglet de synthèse vous permet d'obtenir un score global, et selon les aspects stratégiques, de soins, de supports (formation, communication, gestion des matériels).

Qui le remplit ?

Le groupe projet pluridisciplinaire remplit cet autodiagnostic. Le temps nécessaire peut être évalué à une minute par question, soit pour 35 questions, environ 45 mn.

La réponse aux questions est subjective, mais c'est l'aspect pluri-professionnel et pluridisciplinaire du groupe qui permet une réponse la plus objective possible.

Pourquoi cet outil ?

Pour faire un état des lieux de l'organisation et donner des pistes pour le plan d'actions, en cohérence avec les pistes que donnera l'autre outil d'évaluation que représente l'audit de dossiers.

Il s'agit d'une évaluation de l'établissement, et non de l'unité ou du secteur de prise en charge des patients ou résidents.

Il n'est pas nécessaire d'avoir des éléments de preuve, en revanche, dans le cadre de la démarche qualité de l'établissement, il est souhaitable de tracer les réunions du groupe projet, avec des relevés de décisions, des feuilles de présence, vous permettant ensuite de valoriser cette action, cela peut être dans une EPP, dans le cadre de la certification pour les établissements de santé, ou lors de l'évaluation interne et externe pour les établissements médico-sociaux.

Quel devenir de cet outil ?

Il est propre à l'établissement, c'est une auto-évaluation, qui reste au sein de l'établissement, est chiffrée globalement et par processus, et peut être refaite à un rythme défini par ce dernier, par exemple au rythme de l'enquête de prévalence annuelle pour certains établissements, pour objectiver l'amélioration, ou les points qu'il faut continuer d'améliorer.

Le principe

C'est une évaluation des pratiques de soins au sein d'une unité/secteur, par un audit de dossiers un jour donné. Cela sous entend que les pratiques sont tracées dans le dossier médical ou le dossier de soins.

Les parties 1 et 2 sont à remplir pour tous les patients de l'unité/ secteur engagé dans la campagne.

La partie 1 pour tracer le dossier du patient audité en conservant son anonymat.

La partie 2 évalue les pratiques du dépistage du risque escarre chez tous les patients.

Il est nécessaire, le jour de l'enquête, de réaliser une évaluation par une échelle de risque chez tous les patients/résidents du secteur ciblé, afin d'évaluer, chez les patients/résidents identifiés à risque, les pratiques de prévention.

La partie 3 n'est donc à remplir que pour les patients/résidents identifiés à risque d'escarre le jour de l'enquête. Il est alors nécessaire d'évaluer l'adéquation des supports de prévention le jour de l'enquête, en fonction du risque.

La partie 4 n'est à remplir que pour les patients/résidents porteurs d'escarre le jour de l'enquête.

Qui le remplit ?

Les professionnels de santé de l'unité, cadre soignant et cadre médical ou responsable d'unité.

Le temps de remplissage de la grille dépend de la qualité de la tenue du dossier médical, de la traçabilité des données concernant le risque escarre, de l'informatisation du dossier.

Il faut compter le temps d'évaluation du risque escarre par une échelle de risque validée au sein de l'établissement, pour tous les patients/résidents du secteur et le temps d'évaluation des supports s'il y a un risque escarre.

Avec quelle fréquence ?

Cette évaluation est faite à trois reprises dans l'unité/secteur durant les 8 mois que dure le projet :

1. au début du projet (en octobre 2013),
2. à mi-parcours (en février 2014),
3. en fin de projet (mai 2014)

Cela fait, pour l'ensemble du projet, sur une unité/secteur de 20 lits, 60 dossiers audités sur 8 mois.

Pourquoi cet outil d'évaluation ?

Cette évaluation permet de disposer, en début de projet, d'un état des lieux sur les pratiques de soins, au plus près des patients/résidents, (en tenant compte de la traçabilité de ces soins).

Cet état des lieux fournit des pistes pour le plan d'actions, en cohérence avec les pistes suggérées par l'autre outil d'évaluation (de l'organisation de l'établissement) que représente l'autodiagnostic.

Ensuite, à mi-parcours du projet, elle permet d'avoir une lisibilité de l'impact des mesures d'amélioration mises en œuvre, sur les pratiques de soins.

Cet audit de dossiers permet de suivre des indicateurs de processus : ex. % de patients dépistés avec une échelle de risque, % de patients réévalués avec une échelle de risque au cours de leur séjour selon le protocole en vigueur dans l'unité/secteur (cela dépend de la durée moyenne de séjour) etc...

Il est encourageant, pour les équipes de voir s'améliorer le taux de traçabilité (par exemple de l'IMC) dans les dossiers, ce qui aura un impact sur les résultats des indicateurs IPAQSS, et donc sur la certification.

Le dernier audit, en mai, permet de voir se confirmer l'amélioration de la traçabilité et des pratiques de soins, permet de conforter les équipes dans leur démarche, et si l'amélioration ne se confirme pas, permet une analyse des résultats pour lever les difficultés, une remise en cause du plan d'actions et un réajustement si nécessaire.

Cet outil d'évaluation peut vous permettre ensuite de valoriser votre démarche d'amélioration, cela peut être dans le cadre d'une EPP, ou lors de l'évaluation interne et externe pour les établissements médico-sociaux.

Quel devenir de cet outil ?

L'audit de dossier (reflet des pratiques) est anonymisé, puisqu'il ne comporte pas, au sein du fichier, d'identification de l'établissement.

Seul le département est identifié, pour permettre une analyse des résultats au sein de chaque département, et de réaliser une analyse régionale.

Il est proposé que chaque établissement renvoie les fichiers de l'audit de dossier de début et de fin de projet, pour toutes les unités engagées, lorsqu'ils sont réalisés, à l'adresse ars-idf-qss@ars.sante.fr.

Il s'agit d'une démarche d'amélioration, et d'accompagnement, donc l'adresse électronique qui renseignera l'établissement ne sera pas prise en compte pour identifier l'établissement.

Les fichiers d'audit anonymisés entreront dans une base de données départementale et régionale qui sera restituée aux établissements, qui pourront ainsi comparer leurs résultats à ceux des établissements de leur département et de la région.

Les résultats départementaux et régionaux seront restitués lors des réunions d'animation départementale.

Comment compléter cet outil ?

- On obtient le fichier « audit de dossier » en le téléchargeant sur le site de l'ARS
- Il est nécessaire de reprendre un fichier à chaque audit de dossiers, pour chaque unité/secteur engagé.
- A chaque audit, bien identifier la date, et l'unité, et nommer le fichier ainsi, exemple « SSR audit de dossier 1 »
- Principe général : il n'y a pas de réponse proposée « inadaptée », pour ne pas compliquer les calculs. Si vraiment, au sein de votre unité, une mesure vous paraît parfaitement inadaptée pour un patient (exemple mobilisation tracée pour un patient en soins palliatifs chez qui elle est très douloureuse), vous ne répondez rien, ce qui enlève ce patient du dénominateur, et vous permet d'avoir les statistiques pour les patients chez qui cette pratique est pertinente.
- Code couleur : l'orange signifie qu'il s'agit d'une des 5 pratiques à fort impact de la campagne. On retrouve ces pratiques dans :
 - o la partie 2 (dépistage) : évaluation à l'arrivée et réévaluation avec une échelle de risque validée au sein de l'établissement. L'échelle doit être validée au sein de l'établissement, que le choix se soit portée sur l'échelle Braden ou Norton, ou une autre. C'est l'utilisation de l'échelle pour dépister le risque qui est évaluée et non le type d'échelle utilisée.
 - o La partie 3 (prévention) : mobilisation et supports.
- Focus sur l'item en orange, « supports adaptés » : cet item se remplit automatiquement, selon ce que vous avez rempli dans les 3 questions concernant les supports : matelas adapté, accessoires adaptés, fauteuil adapté. Si le patient/résident n'a pas besoin de supports ou de fauteuils, l'item non évaluable est pris en compte. Cela nécessite aussi que cette évaluation des supports soit réalisée le jour de l'audit. A noter qu'un patient porteur d'escarre est également un patient à risque d'escarres, et que l'évaluation de l'adaptation des supports chez lui est dans l'item prévention, même si le support est différent d'un patient à risque qui n'a pas développé d'escarre.

Les résultats de cet audit sont immédiatement disponibles

Ils figurent dans l'onglet « statistiques » et vous permettent immédiatement d'avoir accès aux résultats de cette évaluation des pratiques par une évaluation de dossiers. Les équipes apprécient ce retour immédiat.

Le principe

Le comité de pilotage a proposé un compteur qui faisait appel à la notion d'escarre évitée. Ce compteur devait être ludique, simple, pour mobiliser tous les acteurs de la région sur la thématique escarre.

Rappel des 4 compteurs (cf. p3) :

- compteur 1 : nombre de patients/résidents à risque, dépistés par une échelle de risque, le risque étant tracé dans le dossier
- évaluation de l'état cutané chez le patient/résident à risque, soit à la sortie, soit tous les mois si la durée de séjour est supérieure au mois, avec 3 compteurs selon l'état cutané :
 - o compteur 2 : absence d'escarre constituée
 - o compteur 3 : constitution d'une escarre de stade 1
 - o compteur 4 : constitution d'une escarre de stade supérieur à 1

Si un patient/résident constitue plusieurs escarres, l'escarre la plus grave est prise en compte pour alimenter le compteur.

Les outils fournis : un fichier Excel, et une adresse internet pour se connecter à un logiciel de saisie des données.

LE FICHIER EXCEL®

Le fichier fourni est constitué de 3 onglets :

1. Sanitaire-MCO,
2. SSR-SLD-Médico-social,
3. Récapitulatif pour tout le projet

Il est nécessaire, pour cet outil, de passer à une fiche papier pour chaque onglet :

- **une fiche par patient/résident** (onglet 1 si le secteur est MCO et onglet 2 si le secteur est SSR, SLD ou médico-social),
- **une fiche récapitulative pour l'unité engagée** (onglet 1), pour la toute la durée du projet (8 mois).

La partie gauche des fiches patients/résidents est renseignée par les soignants

Comment est générée une fiche pour un patient/résident ?

Au moment où un membre de l'équipe soignante identifie un patient à risque escarre par une échelle de risque, et trace ce risque dans le dossier, il génère cette fiche qui va dans le dossier de soins du patient/résident.

La fiche est complétée selon les secteurs de soins ou de prise en charge, pour chaque patient/résident à risque:

- **à la sortie du patient ou du résident :**
Pour tous les secteurs, (MCO, SSR, SLD ou médico-social), le soignant renseigne l'état cutané du patient le jour de la sortie : constitution d'une escarre ou non, en précisant le stade de l'escarre (1 ou supérieur à 1).
- **tous les mois avec l'évaluation du risque d'escarre et de l'état cutané (onglet 2)**
Pour les secteurs SSR, SLD, et Médico-social, le soignant remplit chaque mois cette évaluation, pour un patient/résident identifié à risque. Une organisation est à trouver entre le cadre et les soignants pour que chaque mois cette évaluation soit réalisée par les soignants. A noter que si un patient /résident sort avant 1 mois, la fiche est remplie à la sortie, et renseignée le même mois qu'est générée la fiche.

La partie droite des fiches patients/résidents est renseignée par le cadre ou la personne déléguée qui alimentera les compteurs

En fonction des données renseignées par les soignants, la personne chargée d'alimenter les compteurs, coche, pour chaque fiche patient/résident :

- le compteur 1 si le soignant a coché que le risque escarre était identifié par une échelle de risque et tracé dans le dossier.
- un des compteurs 2, 3 ou 4 selon l'état cutané renseigné par le soignant (cf. supra)

Avec quelle fréquence ?

Chaque unité choisit l'organisation qui lui convient le mieux pour renseigner ces fiches patients/résidents.

En MCO, les fiches sont complétées à la sortie du patient, et peuvent être stockées dans une pochette chez le cadre de proximité (ou la personne déléguée), en charge d'alimenter les compteurs. Puis, chaque mois (ou une autre fréquence, hebdomadaire par exemple) selon l'activité du service et son organisation, cette personne remplit sa partie, et le récapitulatif mensuel (onglet 3).

En SSR, SLD et médico-social on peut proposer, par exemple, deux modes d'organisation :

1. Les fiches sont dans les dossiers des patients, et elles sont complétées par les soignants chaque mois ou à la sortie du patient/résident, puis par la personne qui alimente les compteurs. La fiche récapitulative est remplie à une fréquence mensuelle.
2. Le cadre de l'unité peut aussi décider de réaliser une pochette avec les fiches patients/résidents et de les compléter avec les soignants chaque mois, où lorsque le patients/résidents sort.

Pourquoi cet outil ?

Pour avoir une lisibilité pour chaque patient à risque, de l'état cutané à la sortie, ou à une fréquence mensuelle si la durée de séjour est longue.

Il s'agit cette fois d'un indicateur de résultats : le patient à risque a-t-il constitué une escarre ? Si oui : détecté à un stade précoce, facilement réversible ? ou détecté à un stade plus avancé, nécessitant un traitement plus long ?

Il y a une volonté de ne pas décourager les équipes, d'être positif, en individualisant les escarres de stade 1. En effet, lors du congrès de l'IHI (Institute for Healthcare Improvement) qui s'est tenu à Londres en avril 2013, il a été demandé aux Gallois qui ont lancé une campagne « 1000 vies sauvées » incluant un programme d'amélioration sur les escarres, ce que devenait ce programme. Il a été répondu que les équipes galloises se décourageaient lors de l'apparition d'escarre, qui ne leur permettait pas d'atteindre la cible de la campagne : 0 escarre acquise.

Dans la campagne « sauve ma peau », l'objectif est de sensibiliser à l'identification du risque pour adapter la prévention, et de réagir dès la rougeur, pour éviter les escarres graves.

Quel devenir de cet outil ?

Cet outil (le fichier Excel®), reste au sein de l'établissement, et même de l'unité.

Les fiches papiers n'ont pas vocation à rester dans le dossier du patient, mais plutôt à être collectées au sein de l'unité par le cadre du service, à la sortie du patient ou en fin de projet selon la durée de séjour du patient/résident.

LE LOGICIEL DE SAISIE

L'accès à ce logiciel se fait sur une adresse internet qui sera communiquée en octobre 2013 par mail au référent. Chaque établissement aura des codes d'accès comportant un identifiant et un mot de passe qui lui seront communiqués en même temps que l'adresse.

Si plusieurs unités sont engagées, ces codes d'accès seront partagés au sein de l'établissement dans chacune des unités engagées, par le cadre (ou la personne déléguée), en charge de l'alimentation du compteur.

Chaque mois, au sein de chaque unité, les 4 compteurs sont alimentés, et augmentent le compteur établissement, départemental, et régional. Ces données sont cumulatives.

L'établissement est le seul à voir ses données.

Le traitement régional et départemental des données anonymisées, permettront une analyse de la cinétique des données dans le temps.

Le critère de réussite de la campagne, outre le nombre d'établissements engagés, sera le buzz généré par ces compteurs.

Le diaporama de lancement de la campagne « Sauve ma peau »

Cet outil comporte le rationnel pour le choix de la thématique, la présentation de la démarche, et vous permet de sélectionner des diapositives pour communiquer en interne et présenter cette campagne lors du lancement interne dans l'établissement (unités de soins, CME, CMIRST, coordination gériatrique ...).

Le diaporama de présentation du diagnostic et du plan d'action

Ce diaporama sera présenté dès la réunion de lancement.

C'est un diaporama très utile pour structurer votre démarche, tout au long de la campagne.

Il doit vous permettre, par processus clés (dépistage, prévention traitement), et par processus support (formation, communication, gestion des supports) de poser le diagnostic et d'élaborer un plan d'actions, d'emblée structuré.

Des fiches actions vous permettent de suivre et d'évaluer ce plan d'actions.

Une documenthèque

Documents d'Etablissements de Santé :

- Fiche descriptive des stades escarres + échelle de risque Norton format poche (Meaux)
- Echelle de risque Braden (Mantes la Jolie)

