

BILAN

RAPPORT LA CAMPAGNE REGIONALE



« Maîtriser le risque d'escarre »
juin 2016

Sommaire

INTRODUCTION	2
METHODOLOGIE	4
1- Une phase pilote	4
2- Un affichage clair de l'intervention de l'ARS.....	4
3- Les outils mis à disposition.....	6
4- Une synthèse régionale des évaluations.....	7
5- L'animation de la campagne	7
6- Evaluation de la campagne selon deux échelons :	8
RESULTATS	10
1- Résultats concernant le concept « campagne ».....	10
2- Résultats concernant l'aspect « escarre ».....	14
DISCUSSION	19
1- Concernant l'aspect « campagne » :.....	19
2- Concernant l'aspect « escarre ».....	20
3- Principaux enseignements et perspectives	22
CONCLUSIONS	23
REFERENCES	24
Annexe : affiche de la campagne	25
CONTACTS	26

INTRODUCTION

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.

Les recommandations pour la prévention et la prise en charge des escarres existent, ont été réactualisées en France 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. Pourtant, de nombreux établissements mènent depuis longtemps des démarches d'amélioration de la prise en charge des escarres et des plaies, avec un groupe de travail dédié, la réalisation d'une enquête de prévalence annuelle, d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles dans le cadre de leur certification par la Haute Autorité de Santé pour le secteur sanitaire, ou de leur évaluation externe pour le secteur médicosocial.

Les chiffres interpellent :

A l'hôpital :

- Une prévalence nationale décennale était de 8,9%, stable de 1994 à 2004, dont une part est évitable [1]. La publication des résultats de la dernière enquête nationale de prévalence organisée par PERSE (Prévention, Education, Recherche, Soins, Escarre) en 2014-2015 est en attente, mais les résultats présentés font état d'un taux de prévalence à 8,1%, en diminution, avec des escarres moins sévères, mais une persistance au-dessus de 8% [2].
- Un surcoût estimé à 4500 euros par l'IRDES [3]

En ville, d'après l'analyse de l'Assurance Maladie [4]:

- 130 000 patients souffrent d'escarre à domicile tous les ans
- Avec un coût en soins de 693 Millions d'euros en 2011

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 de dépister le risque d'escarre chez les patients, d'adapter les mesures de prévention au risque, et d'identifier l'escarre à son tout début, à un stade facilement et rapidement réversible.

Les stratégies pour avoir un réel impact sur la maîtrise du risque d'escarre sont connues, et les conditions à réunir identifiées et rapportées dans la littérature : simplification, standardisation, multidisciplinarité, leadership, champions, formation, maintien des audits et de la rétro-information (5).

On est donc devant une pathologie douloureuse pour le patient, chronophage et source de culpabilité pour les professionnels de santé et coûteuse pour la collectivité. Une part de cette pathologie est évitable par un dépistage et une prévention adaptée, et si une escarre apparaît,

les conséquences néfastes pourront être évitées, par un diagnostic et une intervention précoces.

Face aux chiffres, aux données de la littérature et aux expériences internationales (Pays Bas, Pays de Galles), l'ARS Île-de-France a décidé de mener une démarche de **conduite du changement sur la thématique escarre**, par une campagne régionale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : la Campagne « Sauve ma peau, maîtriser le risque escarre ».



METHODOLOGIE

Un objectif clairement affiché par l'ARS : éviter les escarres graves, en sensibilisant à l'identification du risque d'escarre pour adapter la prévention, et réagir tôt si une escarre apparaît, dès la rougeur.

1- Une phase pilote

20 établissements pilotes

Depuis novembre 2011, l'ARS Ile de France a accompagné 20 établissements, par trois vagues de 5 établissements sanitaires d'abord, puis une dernière vague constituée d'EHPAD. Cet accompagnement était structuré d'après celui de la Mission nationale d'évaluation et d'audit hospitalier, mené en 2008, et publié par l'Agence nationale d'appui à la performance [6]. Ces établissements étaient volontaires, et pouvaient avoir été sollicités selon les premiers résultats des Indicateurs de Qualité Sécurité des Soins, (IPAQSS), concernant le dépistage des troubles nutritionnels et la traçabilité de l'évaluation de la douleur. Cette phase pilote a permis, en partenariat avec les établissements, de construire cette campagne, de lui trouver son nom, d'élaborer et simplifier les outils, en les adaptant au secteur médico-social.

Un investissement des établissements pilotes dans la campagne :

Les établissements pilotes, identifiés comme « Champions dans la démarche d'amélioration sur les escarres », ont été ensuite sollicités pour faire partie du Comité de pilotage comme établissements témoins. Les professionnels les plus motivés ont été volontaires pour faire partie du groupe de travail de suivi de la campagne, boîte à réflexions et idées pour la mener. Ce groupe de travail, se réunissait tous les mois, au téléphone, pendant une heure, durant tout le projet.

2- Un affichage clair de l'intervention de l'ARS

Un soutien méthodologique

L'ARS venait en soutien méthodologique aux établissements et aux professionnels dans cette démarche d'amélioration des pratiques de soins. L'expertise escarre restait aux professionnels de santé, avec une expertise régionale et nationale clairement identifiée à travers les Sociétés Savantes (PERSE et Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisations), alors que la tutelle régionale assurait des fonctions **d'animation** lors des réunions départementales, de **facilitation** (par la mise à disposition d'outils d'évaluation, de suivi de projet, de communication), de **fédération** entre des établissements très différents par leurs activités et leur statut, de **valorisation** des équipes de professionnels engagés et motivés, pour améliorer leurs pratiques.

Pour la mise en œuvre de pratiques à fort impact

Un soutien à la mise en œuvre de cinq pratiques à fort impact pour maîtriser le risque d'escarre, ces pratiques étant sélectionnées par les établissements pilotes :

- piloter en multi-professionnel
- évaluer et réévaluer le risque
- adapter la prévention au risque : support et mobilisation
- traiter vite, au stade 1: dès la rougeur
- former les professionnels et éduquer les patients et leur entourage.

Selon un calendrier annoncé et respecté

Un calendrier de campagne sur 9 mois, de septembre 2013 à juin 2014, précédé d'un temps d'annonce de la part de l'ARS et d'engagement des établissements, et suivi par un temps de valorisation et de communication :

La campagne a été annoncée en juin 2013, lors de la 1ère rencontre régionale sur ce thème, (<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Premiere-rencontre-regionale.157716.0.html>), en même temps qu'une charte d'engagement a été diffusée aux établissements du secteur sanitaire et médico-social de la région.

Un temps d'engagement, l'été 2013, pendant lequel les établissements retournaient à l'ARS la charte complétée.

Un temps d'accompagnement, par l'animation de réunions départementales tous les deux mois, qui permettaient de suivre le projet, en rassemblant des établissements qui exercent sur le même territoire. Ces réunions, au nombre de 5 réunions par département, cadençaient les phases du projet : lancement, diagnostic, structuration du plan d'actions, suivi de ce plan d'actions, et clôture, soit 40 réunions au total pour le projet régional.

Un temps de valorisation des équipes de soins, en octobre 2014, par une cérémonie dans chaque département, de remise d'un « Certificat Sauve ma peau », par le Délégué Territorial de l'ARS aux équipes engagées au sein des établissements qui avaient mené le projet dans sa totalité, avec une prise de photos des équipes recevant ce certificat.

Un temps de communication et de retro-information des résultats et du bilan de cette campagne, en novembre 2014, lors de la deuxième rencontre régionale consacrée aux escarres (<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Les-presentations-de-la-2eme-r.177149.0.html>).

Une évaluation de la campagne a été réalisée auprès des professionnels pour capitaliser et tirer des enseignements pour mener d'autres campagnes de ce type.

La proposition de l'ARS reposait sur cinq principes pour les établissements :

1. Un engagement de la gouvernance de l'établissement, par la signature d'une charte

Une charte d'engagement dans le projet était proposée aux établissements, et devait être signée par le directeur général de l'établissement (et non par le directeur qualité), et le représentant de la communauté médicale (pour le sanitaire, le président de la Conférence Médicale d'Etablissement ou pour le médico-social, le médecin coordonnateur). L'engagement de cette gouvernance était un garant du soutien institutionnel aux professionnels pour la réalisation du plan d'actions, la valorisation des

personnels, et la compréhension de la dynamique.

2. La responsabilisation des établissements et des professionnels

Cette campagne se concevait, au sein de chaque établissement selon une démarche projet. Un référent était identifié, chef du projet au sein de son établissement, sa mission étant de le mettre en œuvre, en sollicitant les différents niveaux (stratégique, de coordination et opérationnel) pour sa réalisation dans les meilleures conditions.

La sollicitation de tous les professionnels impliqués dans la prévention et la prise en charge des escarres, leur responsabilisation et leur valorisation, comme les aides-soignantes, permettaient au projet d'aboutir, avec la satisfaction de tous, dans le cadre d'une transversalité effective, pluri-professionnelle et pluridisciplinaire.

3. **Commencer petit** : il était proposé d'engager au maximum deux unités, d'environ 20 lits, ce qui permettait de tester la méthodologie, et de réaliser le projet dans sa totalité, avec, comme objectif à terme, de déployer la démarche à l'ensemble de l'établissement.

4. **Ne pas faire reposer le projet sur une seule personne**. Le référent ne pouvait être la seule personne impliquée dans le projet, la phase pilote ayant bien identifié ce type d'organisation à haut risque d'abandon du projet.

5. **Centrer le projet sur les actions d'amélioration, et non sur le diagnostic : veiller à une structuration, une mise en œuvre et un suivi du plan d'actions**. La mise en œuvre effective du plan d'action représente une difficulté importante pour les équipes de soins, qui identifient pourtant les points à améliorer et les mesures correctives pertinentes. Les principaux freins à leur mise en œuvre identifiés étant, pour les équipes de soins, leur turn-over parfois important, leur fonctionnement souvent en flux tendu, la multiplicité des sollicitations, et un niveau tellement élevé de qualité théorique, qui, même s'il est nécessaire, peut entraîner un certain découragement, en étant perçu comme inatteignable. L'absence d'indicateur de suivi simple et mesurable, compréhensible par tous, et permettant une rétro-information aux équipes sur leurs changements de pratiques, ainsi que leur impact, représente un autre frein à l'amélioration des pratiques. C'est pourquoi il était proposé aux équipes de prioriser, de ne cibler qu'une ou deux actions, si le contexte ne permettait pas plus, mais de les mettre en œuvre, et de constater leur impact. Cette technique des petits pas rassurait les établissements, et leur permettait d'amorcer la démarche d'amélioration, et de la mener jusqu'au bout du projet, avec une vision positive d'une qualité opérationnelle et accessible.

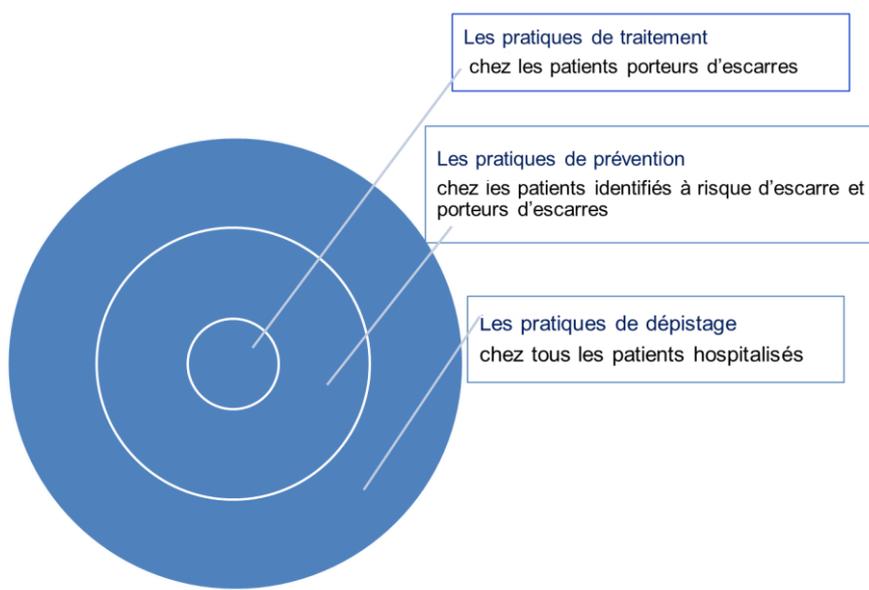
3- Les outils mis à disposition

Pour le diagnostic, deux outils d'évaluation :

- un outil d'évaluation de la démarche institutionnelle, appelé « autodiagnostic », selon une analyse par processus (stratégiques, clés, support), rempli par le groupe projet.
- un outil d'évaluation des pratiques de soins, ou « audit de dossiers », nécessitant une traçabilité des pratiques de soins, et évaluant les pratiques de dépistage, de prévention chez les sujets identifiés à risque, et de traitement chez les porteurs d'escarres.

Pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du plan d'actions :

- un support de présentation était fourni aux établissements, pour faciliter l'élaboration et la structuration de leur plan d'actions, sa communication institutionnelle, et son suivi.
- Une modélisation du processus clinique reliant les populations de patients/résidents et l'évaluation des pratiques :
 - Evaluation des pratiques de dépistage chez tous les patients ou résidents de l'unité volontaire
 - Evaluation des pratiques de préventions chez ceux identifiés à risque
 - Evaluation des pratiques de prise en charge chez les ceux porteurs d'escarres
- un outil de priorisation des actions, selon la facilité de mise en œuvre et l'efficacité des mesures d'améliorations proposées.



Pour la communication :

- une affiche pour le lancement : « l'escarre, c'est l'affaire de tous », pour les patients/résidents et leurs proches, rappelait l'engagement de l'établissement sur la mise en œuvre des pratiques à fort impact (cf. Annexe).
- le compteur n°2 régional, donnant durant le projet le nombre de patients/résidents dépistés à risque d'escarre, n'ayant pas développé d'escarre. Cette information était considérée comme positive, puisqu'elle évoquait une pathologie évitée. Ce compteur régional pouvait apparaître sur le site internet ou intranet de l'établissement.
- Des « goodies » qui rappelaient les stades d'escarre et l'engagement des professionnels, sous forme de stylos données aux établissements qui complétaient le projet et étaient distribués à la réunion de clôture.

4- Une synthèse régionale des évaluations

Envoi des évaluations à l'ARS : il était proposé aux établissements d'adresser leurs audits de dossiers par mail à l'ARS, afin de constituer une base régionale. La garantie de l'anonymat des données transmises, ainsi que l'affichage clair de l'utilisation prévue des données, (à des fins d'évaluation régionale de l'impact de la campagne sur les pratiques), ont permis de surmonter les craintes des établissements les plus motivés.

5- L'animation de la campagne

Cette animation devait permettre de développer une dynamique régionale, par trois approches :

L'alimentation mensuelle de compteurs, sur une plateforme élaborée par l'ARS

Pendant toute la campagne, les professionnels devaient renseigner ces compteurs. Ils étaient au nombre de 4, et concernaient les patients ou résidents des unités ou secteurs ciblés par l'établissement (maximum deux unités d'environ 20 lits).

- compteur 1 : nombre de patients/résidents à risque, dépistés par une échelle de risque associée au jugement clinique, 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 constituait plusieurs escarres, l'escarre la plus grave était prise en compte pour alimenter le compteur.

- Le compteur 2 pouvait être externalisé et mis sur le site internet de l'ARS, mais aussi mis à disposition des établissements, qui, via leur responsable informatique pouvaient aussi l'installer sur leur site intranet et internet.



L'animation de réunions départementales,

Ces réunions étaient un lieu d'échanges, de partage d'expérience et de documents, entre professionnels, permettant de donner une cadence au projet, de s'y tenir, et de faciliter la formalisation pour les établissements plus récents dans la démarche.

Une page dédiée sur le site de l'ARS,

pour la mise en ligne des documents partagés par les établissements engagés, après validation par les Sociétés Savantes et la mise à disposition des outils d'évaluation et de communication.

6- Evaluation de la campagne selon deux échelons :

Un échelon établissement

Il comportait le bilan du suivi des étapes de la campagne, et un bilan des actions mises en place

pour la mise en œuvre des 5 pratiques à fort impact de la campagne.

Un échelon individuel

Par un questionnaire papier, remis lors de la réunion de clôture, et rempli par les professionnels présents.

RESULTATS

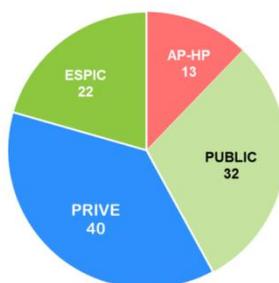
1- Résultats concernant le concept « campagne »

Le concept séduit

224 établissements s'engagent en signant et renvoyant la charte

- 117 Médico-Sociaux (les statuts n'ont pu être renseignés de manière fiable)
- 107 Sanitaires dont 14 mixtes

La répartition des statuts des établissements sanitaires engagés :

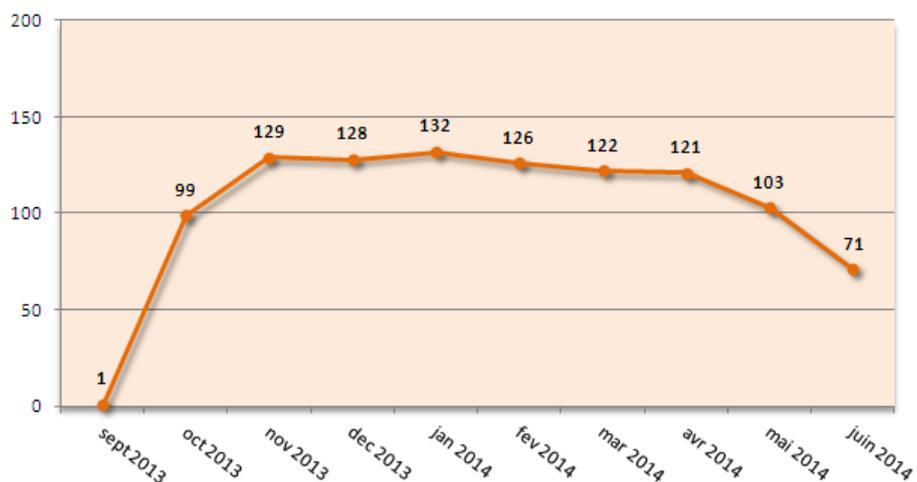


Tous les établissements qui avaient signé et renvoyé la charte ne vont pas terminer le projet dans sa totalité :

- 189 établissements ont été représentés aux réunions départementales d'animation
- 172 établissements ont renseigné les compteurs.

Renseignements des compteurs

Evolution du nombre d'établissements en IDF ayant renseigné les compteurs durant la campagne



Les compteurs ont été mis à disposition des établissements à partir du mois d'octobre, avec une possibilité de renseigner le mois de septembre. On constate une moyenne de 120 établissements qui ont renseigné les compteurs sur 8 mois, (d'octobre à mai), et le dernier mois, beaucoup moins d'établissements. Seuls les 71 établissements les plus motivés ont rempli les compteurs au mois de juin 2014, portant à 104 la moyenne d'établissements ayant renseigné les compteurs lors de l'ensemble de la campagne.

Envoi des évaluations à l'ARS

L'envoi des audits de dossiers à l'ARS a concerné 111 établissements au total, entre l'envoi du premier et/ou du dernier audit. Nous avons les données du premier audit pour 96 unités, et du dernier audit, pour 131 unités. Comme il était demandé de choisir des unités d'environ 20 lits, les données sur les pratiques ont été compactées, en considérant que le nombre de lits par unités volontaires étaient quasi identiques.

Valorisation des équipes engagées

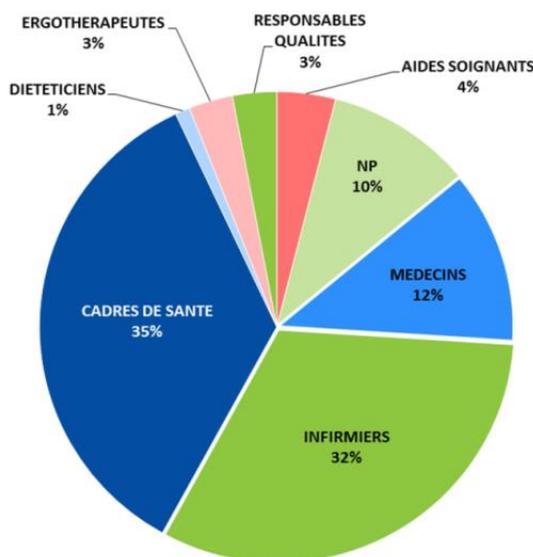
La valorisation, ou remise d'un «certificat « Sauve ma peau » a concerné 128 établissements, totalisant 230 unités engagées.

Participation aux réunions départementales

Ces réunions départementales multi-professionnelles et pluridisciplinaires, réunissaient surtout des infirmières et des cadres de santé, mais aussi des médecins, des aides-soignantes et des professionnels comme les diététiciennes et les ergothérapeutes, tous impliqués dans la prévention et la prise en charge des escarres.

La participation aux réunions départementales étaient variable, les réunions les plus fréquentées était les réunions de lancement, pour se stabiliser ensuite à environ 200 personnes sur l'ensemble de la région à partir de la deuxième réunion, consacrée au diagnostic. Les réunions les moins fréquentées étaient celles dédiées à l'élaboration du plan d'actions.

Catégories sociaux-professionnelles des participants aux réunions départementales



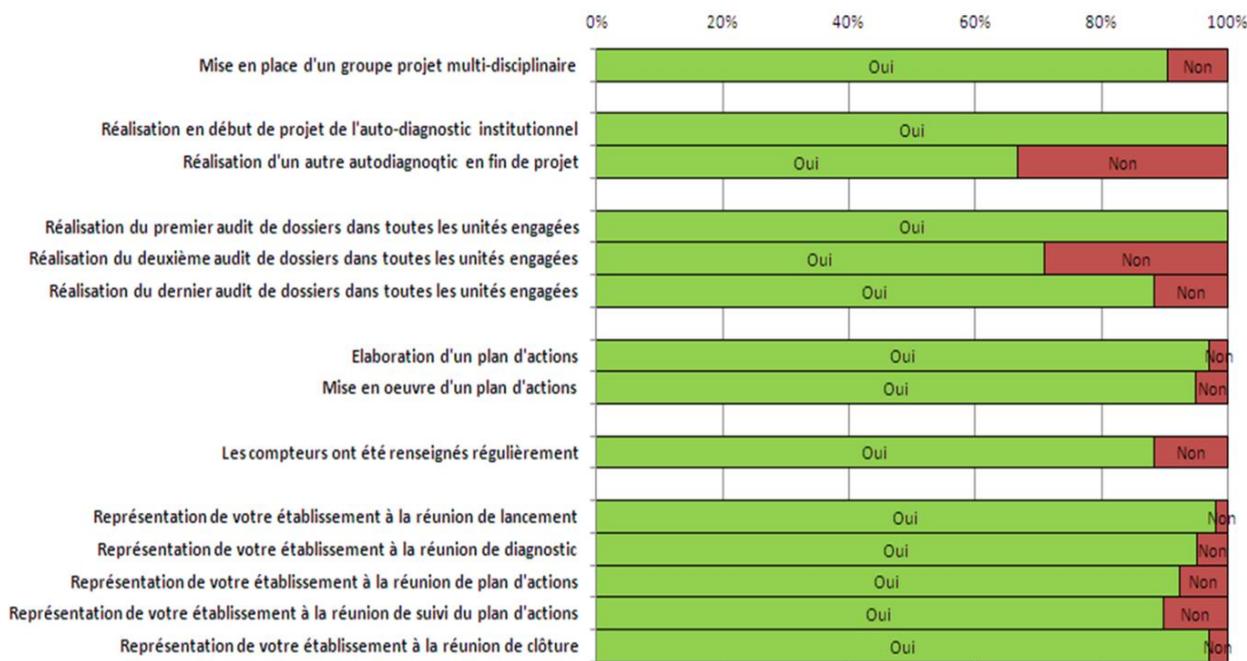
Résultat de l'évaluation de la campagne

Bilan des étapes réalisées par les 105 établissements ayant retourné l'évaluation

Sur ces 105 établissements l'on peut considérer comme les plus motivés, on constate que l'évaluation initiale par l'audit institutionnel et l'audit de dossiers est réalisée à 100%, alors que l'évaluation à mi-projet (deuxième audit de dossier), l'est moins, à 70%. L'audit de dossier terminal est réalisé à près de 90%, permettant aux équipes de mesurer l'évolution de leurs pratiques, en revanche, l'audit terminal, institutionnel, qui n'était pas demandé, a été réalisé par plus de 60% des établissements.

Ensuite, toutes les étapes du projet étaient réalisées par ces établissements très engagés, à plus de 85% pour chaque étape du projet.

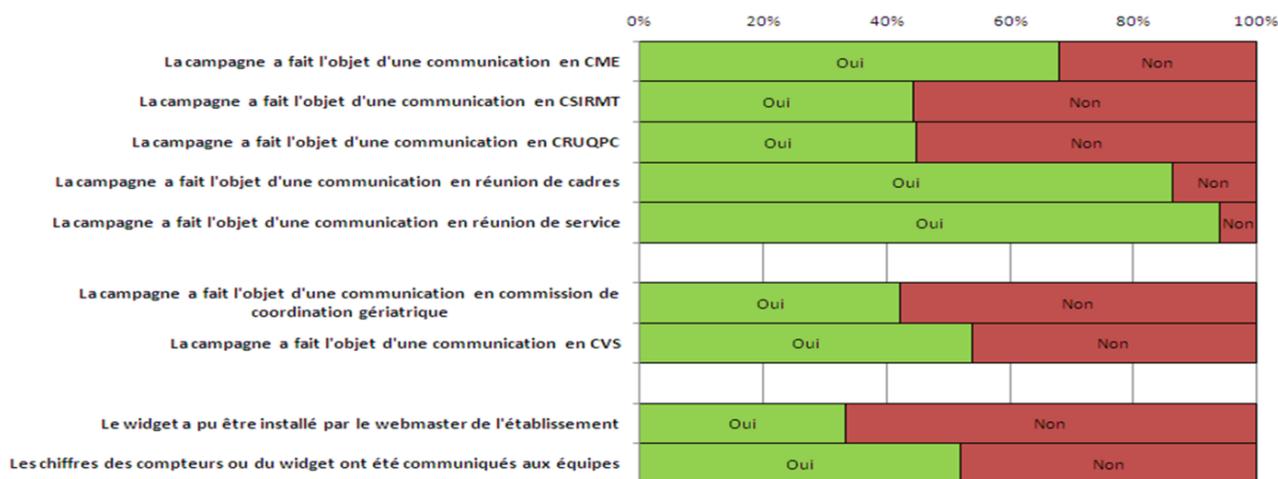
Bilan de mobilisation de la campagne : Suivi des étapes du projet



Une communication plus en retrait :

- Dans le sanitaire, la communication en réunion de cadre et au sein des équipes engagées est courante, mais dans les instances, peut encore s'améliorer, même si le taux de communication en CME dépasse 60%, le taux de communication en CRUQPC et en CSIRMT est inférieur à 50%.
- Dans le médico-social, on peut se rendre compte qu'il est possible d'améliorer la communication institutionnelle, en conseil de vie sociale ou en commission de coordination gériatrique.

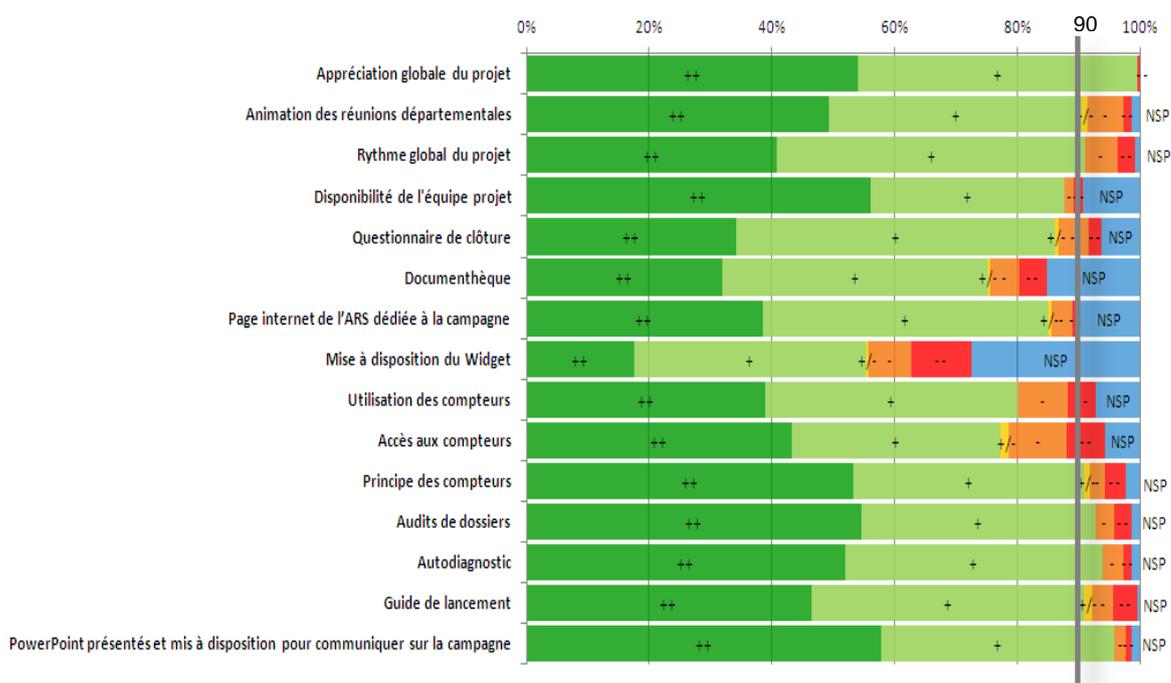
Bilan de mobilisation de la campagne : Suivi des étapes de communication autour du projet



Bilan des questionnaires d'évaluation remplis par les professionnels (n=224) :

Les professionnels présents aux réunions départementales de clôture expriment clairement un avis positif sur le projet, avec un retour plus nuancé sur trois points :

- Les compteurs, leur accessibilité, leur utilisation et l'externalisation du compteur 2 (Widget)
- la documenthèque,
- la clôture.



L'analyse et la synthèse des 183 réponses à l'item « points forts du projet », soulignent l'importance de la dynamique et de l'échange pour les professionnels, alors que pour les 108 professionnels qui se sont exprimés, les deux points faibles principaux identifiés sont l'aspect chronophage du projet, et un lancement confus sur des outils pas assez accompagnés.

POINTS FORTS (183 réponses)	
Dynamique	37%
Echanges et partages	36%
Accompagnements et outils	16%
Impact sur les pratiques	11%

POINTS FAIBLES (108 réponses)	
Projet chronophage	46%
Manque d'accompagnement sur les outils et lancement confus	42%
Manque de soutien financier	6%
Animation	4%
Adaptation au secteur MS	2%

2- Résultats concernant l'aspect « escarre »

Les compteurs

Les compteurs permettaient, chaque mois, d'obtenir un nombre de patients dépistés à risque, et parmi eux, un nombre de patients qui développaient des escarres d'un stade supérieur à 1, c'est-à-dire avec une atteinte de la barrière cutanée.

Résultats des compteurs régionaux au bout des 9 mois du projet :

- **Compteur 1 (C1)** : 27 903 patients ou résidents ont été dépistés à risque d'escarre
- **Compteur 2 (C2)** : 24 911 patients 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

Le différentiel de 604 patients entre la somme des compteurs 2, 3 et 4, et le compteur 1 étant lié à une marge d'erreur liée d'une part à une perte de suivi d'un ou de deux patients par établissement possible (sur 120 établissements chaque mois), et d'autre part à une dizaine d'établissements dont le différentiel du nombre de patients était plus important (de plus de 20), et qui, même contactés, et de bonne volonté, n'ont pas tous réussi à corriger leurs données.

Impact sur les escarres acquises

Contrairement à ce qui était attendu, (augmentation du compteur 2, et baisse du compteur 4), tous les compteurs régionaux ont baissé en fin de projet, compte tenu de la baisse du nombre d'établissements les renseignant, à partir de février 2014, ne permettant de tirer aucune conclusion de l'analyse simple de ces compteurs pour l'ensemble des établissements.

Pourtant, la campagne ne s'intéressait qu'aux escarres acquises, le ressenti des établissements, individuellement, était qu'ils réduisaient les escarres acquises dans la ou les unités ciblées pour ce projet, et nous avons besoin d'en objectiver l'impact sur l'acquisition des escarres.

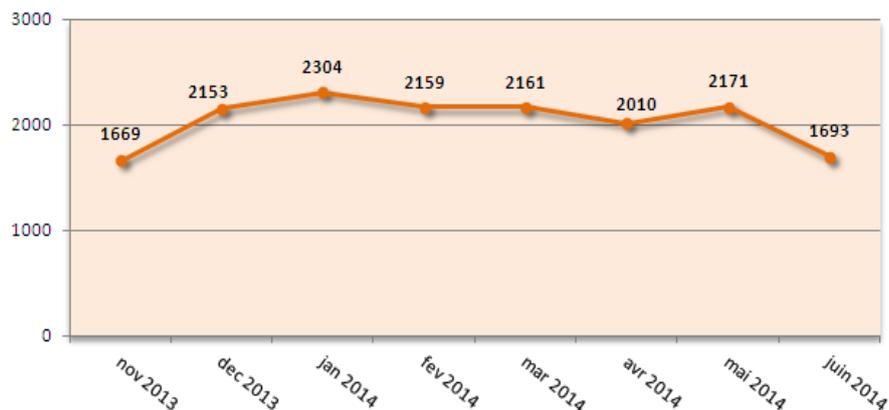
Deux approches ont permis d'objectiver une réduction des escarres acquises :

1. **l'analyse de l'historique des compteurs des 71 établissements les ayant renseignés en juin 2014 :**

La proportion des patients ou résidents à risque qui ont développé des escarres (de stade 1 ou supérieur à 1) dans le mois, est passée de 9,7% en début de projet, puis a oscillé vers la baisse pour arriver en juin à 6,2%, soit une réduction de 36%. Cette baisse se confirme, aussi, même si elle est dans des proportions moindres, pour l'acquisition des escarres d'un stade supérieur à 1, qui passe de 2,7% en début de projet à 1,9% le dernier mois, soit une réduction de 29%.

Suivi mensuel des compteurs pour les 71 établissements les ayant renseignés en juin 2014 par compteur

C1



Récapitulatif de l'évolution des compteurs pour les 71 établissements les ayant renseignés en juin 2014

	Nov 2013	Déc.2013	Janv.2014	Fév.2014	Mars 2014	Avril 2014	Mai 2014	Jun 2014
C1	1669	2153	2304	2159	2161	2010	2171	1693
C2	1492	1996	2110	1920	2003	1849	1999	1583
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%	6.7%	6.6%	6.2%
C4/C1	2.7%	2.4%	2.5%	2.7%	2%	3%	2.4%	1.9%

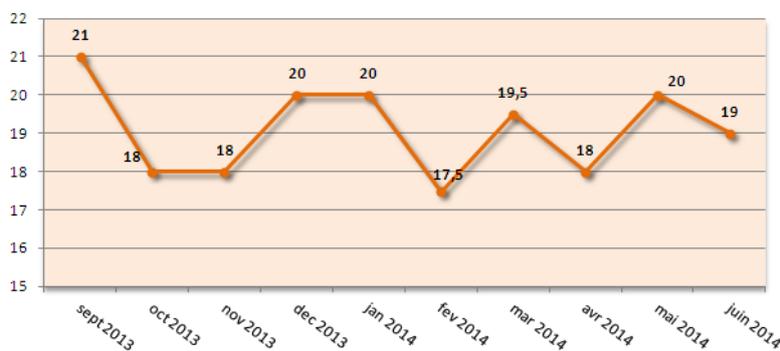
On peut donc estimer, pour ces 71 établissements, un impact de résultat avec une réduction d'environ 30% d'escarres acquises.

2. Analyse des compteurs en suivant l'évolution de la médiane des compteurs par établissement :

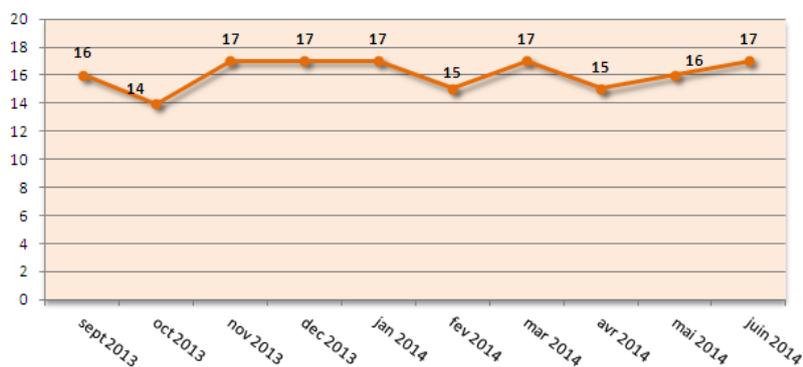
On constate en fin de projet que la médiane des Compteurs 3 et 4 est nulle.

Evolution mensuelle médiane des compteurs en île de France

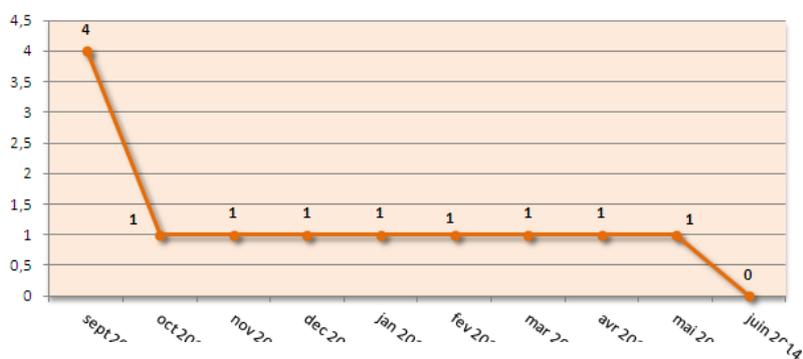
C1



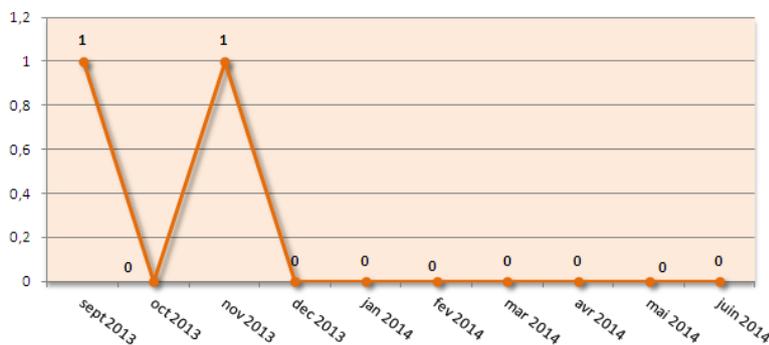
C2



C3



C4



Estimation médico-économique

On a postulé que les escarres de stade 1, (stade de la rougeur), ne sont pas prises en compte dans le codage PMSI. Nous disposons d’une estimation rapportée par la HAS, qu’un patient sur 6 ou 7 à risque d’escarre développait une escarre [7], donnant un taux attendu de 14 à 17% de patients à risque qui développent des escarres de stade supérieur à 1.

Or, notre taux de patients à risque développant une escarre de stade supérieur à 1, chaque mois, était plus faible, en moyenne de 4%, faisant estimer que nous avons évité des escarres chaque mois chez 10% des patients identifiés à risque, soit, au bout de 9 mois, chez 2790 patients.

Le surcoût de l’escarre étant estimé par une étude de l’IRDES à 4500 euros dans le secteur sanitaire, nous avons estimé que, sur 9 mois, les escarres évités chez 2790 patients avaient généré une économie d’environ 12 millions d’euros.

Impact sur les pratiques

Amélioration des pratiques de dépistage

Les constats issus de la comparaison des synthèses régionales des audits de dossiers réalisés et transmis en début et en fin de campagne mettent en évidence une amélioration des pratiques de dépistage concernant la traçabilité de :

- la réévaluation du risque d'escarre (+ 35 %)
- l'évaluation de l'état bucco-dentaire (+16 %)
- l'évaluation initiale du risque escarre (+15 %)
- la recherche clinique de dénutrition (+12 %)
- l'évaluation de la douleur (+ 11%)

Comparaison des synthèses régionales des audits de dossiers réalisés et transmis en début et en fin de campagne concernant les pratiques de dépistage

Variable	Audit 1 (%)	Audit 2 (%)	Variation entre les 2 audits
<i>Evaluation du risque escarre avec une échelle de risque à l'arrivée ou dans les délais définis et formalisés</i>	60%	75%	+15%
<i>IMC tracé dans le dossier</i>	63%	71%	+8%
<i>Evaluation de l'état bucco-dentaire tracé</i>	36%	52%	+16%
<i>Recherche clinique de dénutrition</i>	58%	70%	+12%
<i>Dosage d'albumine présent dans le dossier</i>	60%	62%	+2%
<i>Dosage de CRP présent dans le dossier</i>	75%	78%	+3%
<i>Evaluation de la douleur tracée dans le dossier</i>	73%	84%	+11%
<i>Suivi du poids à la fréquence définie dans le protocole</i>	81%	84%	+3%
<i>Réévaluation de la douleur</i>	71%	80%	+9%
<i>Réévaluation du risque d'escarre avec échelle systématique selon les modalités et la fréquence définies et formalisées dans l'établissement ou en cas d'aggravation</i>	43%	78%	+35%

Amélioration des pratiques de prévention

- concernant la traçabilité :
 - de la surveillance de l'état cutané (+ 19 %)
 - du suivi des *ingesta* 3 jours de suite (+12 %)
 - de la mobilisation, plus en retrait, (+ 8%)
- concernant l'adaptation des supports chez les patients à risque (+14 %)

Résultats

Comparaison des synthèses régionales des audits de dossiers réalisés et transmis en début et en fin de campagne concernant les pratiques de prévention chez les patients ou résidents à risque

Variable	Audit 1 (%)	Audit 2 (%)	Variation entre les 2 audits
Suivi des ingesta 3 jours de suite	35%	47%	+12%
Surveillance de l'état cutané tracée	58%	77%	+19%
Soins d'effleurage tracés dans le dossier	59%	65%	+6%
Mobilisation tracée dans le dossier	45%	53%	+8%
Supports adaptés	68%	82%	+14%

Lors des réunions départementales, les établissements ont fait part des améliorations qu'ils constataient sur leurs pratiques, essentiellement le dépistage, par la mise en place d'une échelle de dépistage, la sensibilisation des professionnels à l'importance du dépistage pour repérer les patients à risque et mettre en place les mesures de prévention adaptée.

Le point faible restait la traçabilité de la mobilisation, qui avait du mal à être effective, au moment du passage à l'informatisation du dossier patient pour certains, ou en raison de la difficulté à tracer une action réalisée au lit du malade, et à reporter secondairement dans le dossier.

Mise en œuvre des pratiques à fort impact de la campagne : l'éducation des patients/résidents et de leurs proches plus en retrait

La plupart (plus de 70%) des 105 établissements répondant au questionnaire d'évaluation de la campagne, sont en cours ou ont mis en œuvre les pratiques de soins à fort impact de cette campagne :

- évaluer et la réévaluer le risque,
- adapter de la prévention (supports adaptés et mobilisation tracée),
- traiter précocement, dès la rougeur
- former les professionnels

En revanche, « éduquer les patients, résidents et leurs proches », est beaucoup plus en retrait, réalisé ou en cours de réalisation par moins de 50% des établissements répondants, témoignant d'un partenariat encore débutant avec les patients ou résidents et leurs proches, pour améliorer leur prise en charge.

DISCUSSION

1- Concernant l'aspect « campagne » :

Une perte d'établissements entre l'engagement et la réalisation

La démarche a été appréciée par les professionnels des établissements qui ont réalisé le projet, d'après les questionnaires remplis en réunion de clôture, mais on peut s'interroger sur la perte de près de la moitié des établissements, entre le renvoi de la charte, et le remplissage des compteurs pendant la campagne. Plusieurs explications peuvent être avancées :

- une annonce en réunion régionale, en juin 2013, alors que les compteurs n'étaient pas encore définis, et l'évaluation de la charge de travail pas encore estimée par les établissements,
- une attente des établissements d'un référentiel ARS pour répondre aux questions des audits, alors que l'ARS leur proposait de définir leur propre référentiel, adaptée à leur contexte et leur secteur d'activité, en s'aidant des référentiels nationaux et internationaux, de protocoles d'autres établissements mis à disposition, et des échanges lors des réunions départementales,
- une méconnaissance du rôle d'accompagnement et de « coaching » de l'ARS, pour mener une campagne, assez éloigné de la fonction régaliennne, d'inspection, de contrôle et de régulation mieux identifiée par les établissements.
- un lancement confus, lors des réunions départementales, avec un guide de lancement trop long,
- une pédagogie concernant les compteurs à améliorer,
- un accompagnement des établissements qui n'a pu être personnalisé, en raison d'une ressource humaine limitée. Il eut été souhaitable, par exemple, par un contact téléphonique mensuel avec tous les référents, d'évaluer leurs besoins d'information et d'aide et d'y répondre, dans l'intervalle des réunions départementales

Un réel engagement des établissements qui mènent le projet dans sa totalité, et apprécient :

- le partage d'expérience et les échanges lors des réunions départementales avec des professionnels d'établissements de secteurs d'activité et de statuts très différents, soulignant la communauté d'interrogations, de doutes, de freins, et le partage de solutions et de leviers pour améliorer leurs pratiques, sans jugement,
- un projet qui s'adapte à chaque établissement, quel que soit son degré d'avancement dans la démarche d'amélioration de la prévention et la prise en charge des escarres,
- la valorisation des équipes engagées par la remise officielle des certificats « Sauve ma peau » par leur Délégué Territorial
- un objectif atteignable, qui garde du sens, éviter les escarres graves
- la simplification et la priorisation des bonnes pratiques
- une ambition limitée à un secteur de 20 lits minimum par établissement,
- la conduite de projet dans le soin.

Toutes les étapes du projet sont réalisées par ces établissements, et pourtant la

communication institutionnelle peut être encore améliorée.

Les équipes qui réalisent le projet ne considèrent pas toutes encore comme important de le communiquer aux instances, aux usagers via la CRUQPC ou le CVS, pour valoriser leur travail, le déployer dans l'institution, favoriser l'information et la formation des représentants des usagers et capitaliser cette évaluation dans une démarche qualité institutionnelle (EPP ou évaluation externe).

L'audit de dossier à mi-chemin du projet a été réalisée par moins d'établissements, demandant de simplifier et réduire le nombre des évaluations.

Une dynamique de campagne entretenue par un compteur positif, de patients à risque, restés indemnes d'escarre :

L'existence d'un compteur par établissement, alimentant un compteur départemental et régional a permis, pour les établissements motivés, de créer une dynamique.

Le nombre de patients ou résidents à risque qui ne développaient pas d'escarre augmentaient, tout au long du projet, illustrant l'engagement des établissements, en se recentrant toujours sur le patient ou le résident, cœur de préoccupation des professionnels. Et même si les résidents d'une EHPAD pouvaient rester à risque chaque mois, le fait qu'ils ne développent pas d'escarre, et soient de nouveau comptabilisés dans le compteur 2, était encourageant.

L'externalisation du compteur 2 sur le site de l'ARS, et la possibilité aux établissements de l'afficher sur leur site Internet, (pour ceux qui l'ont fait), ont été vécues comme un point positif. En revanche, on ne peut négliger la difficulté, pour certains établissements d'identifier leur webmaster, ne leur permettant pas d'envisager la communication de ce compteur.

Une sollicitation excessive des établissements lors de la clôture, contre-productive :

Il est à noter que les multiples sollicitations des établissements avant la période estivale, sur le plan institutionnel, ajoutées aux sollicitations liées à la clôture du projet, ont fait que seulement 71 établissements ont renseigné les compteurs en juin 2014. Il sera souhaitable, pour la prochaine campagne, d'éviter une clôture en juin, et de dissocier les compteurs du lancement et de la clôture.

2- Concernant l'aspect « escarre »

Les résultats des compteurs

Une surprise de l'absence d'information sur les données brutes des compteurs régionaux, en raison d'une diminution de leur renseignement au cours du projet. Le travail suite à la campagne a consisté à rechercher comment mettre en évidence l'impact rapporté par les établissements, en ne s'intéressant qu'aux établissements ayant renseigné les compteurs en juin, et s'intéressant aux compteurs par établissement.

L'estimation des économies réalisées

La première approximation est de prendre en compte la durée d'exposition au risque d'escarre, sur toute la campagne, soit 9 mois, en pouvant comptabiliser, chaque mois, surtout dans les établissements médico-sociaux, avec un faible turn-over, les mêmes patients ou résidents, s'ils étaient toujours exposés au risque d'escarre, suite à la réévaluation mensuelle du risque.

La deuxième approximation, est que le surcoût d'une escarre, estimé par l'IRDES dans les établissements de santé, est identique dans les établissements médico-sociaux.

La troisième approximation est que nous avons pris une fourchette basse, de 14% de patients à risque d'escarre qui développent une escarre (un sur 7), alors que l'estimation peut aller jusqu'à un sur six, soit 17%.

Cette estimation de 10% de patients à risque chez qui on a évité des escarres, est donc à

considérer avec prudence, les compteurs n'étant pas du tout faits au départ pour cela, mais pour alimenter une dynamique régionale et départementale. Cependant, cette estimation a l'intérêt d'insister sur le coût des escarres, et surtout le coût évitable, avec toutes les précautions citées plus haut.

Il est intéressant de noter qu'une telle estimation médico-économique, si elle avait concerné tous les établissements sanitaires d'Ile de France (plus de 400 établissements et plus de 600 EHPAD en Ile de France), auraient permis d'éviter des escarres chez beaucoup plus de résidents et de patients, et de générer des économies encore plus conséquentes.

Impact sur les pratiques de dépistage et de prévention (indicateurs de processus)

Il est réel, individuellement, et d'après la base régionale consolidée, même si cette dernière n'a pas concerné toutes les unités engagées, et pas toujours les mêmes unités (96 unités pour le premier audit, et 130 pour le dernier audit, contre 230 unités qui ont recueillies un certificat « Sauve ma peau »). Par ailleurs, la garantie donnée aux établissements d'anonymiser les unités et les établissements a permis cette analyse globale régionale.

On peut proposer, pour une prochaine campagne, que la saisie soit organisée directement sur une plateforme, permettant ainsi de constituer une base régionale exhaustive des données recueillies, en développant avec les établissements un climat de confiance leur permettant de rentrer leurs données, automatiquement transmises à l'ARS à des fins de consolidations de données régionales, permettant d'évaluer l'impact de la campagne sur les pratiques de soins.

Ce projet a permis aux professionnels de prendre conscience du caractère évitable des escarres, et de l'importance du dépistage. Les EHPAD, au départ, considéraient tous leurs résidents à risque, et ont réalisé que ce n'était pas le cas, ce qui leur a permis, en identifiant les résidents à risque, de les cibler pour une prévention adaptée et efficace.

Par ailleurs, améliorer la prise en charge du risque escarre chez les patients ou les résidents permettait d'améliorer la prise en charge globale des patients et des résidents : amélioration de l'hygiène bucco-dentaire, de la nutrition, de la mobilisation, par une équipe pluridisciplinaire.

Une autre conséquence de ce projet a été, par l'audit initial, et la réactivité dès la rougeur, de mettre en valeur le travail quotidien réalisé par les Aides-Soignantes (AS) qui mobilisent régulièrement les patients ou résidents, et sont très attentives à l'état cutané, en donnant l'alerte dès l'apparition d'une rougeur. Cette valorisation a été un levier important, pour susciter de l'enthousiasme, rendre visible et valoriser un travail quotidien efficace, en évitant à une pathologie de se constituer.

Impact sur les escarres acquises (indicateurs de résultats)

Pour les établissements qui surveillaient les compteurs, et n'étaient pas anonymisés, la diminution des escarres acquises était visible assez rapidement, dès le deuxième mois du projet, et se poursuivait ensuite, valorisant toutes les actions menées.

3- Principaux enseignements et perspectives

Concernant une prochaine campagne d'amélioration des pratiques

- **être vigilant et pédagogue lors du lancement**, en accompagnant par des documents synthétiques les outils et la démarche, en expliquant la responsabilisation des établissements et la nécessité de se construire leur propre référentiel de réponse aux évaluations
- **limiter les sollicitations lors de la clôture**
- **limiter les évaluations** en cours de projet
- **simplifier** au maximum
- **accompagner davantage** les référents sur la gestion de projet et la communication
- **garder** le principe des compteurs, le volontariat, l'engagement de la direction, le format départemental des réunions, le partage d'expérience, de documents, les outils communs d'évaluations et de communication, au service de la dynamisation des équipes, aboutissant à une reconnaissance et une valorisation de leur travail, lors d'une cérémonie de remise de « certificats ».

Concernant l'aspect « escarre » :

Une dynamique régionale sur le risque d'escarre à maintenir

L'ARS pourrait proposer aux établissements des rendez-vous régionaux réguliers selon deux modalités :

- l'organisation et la coordination d'une enquête de prévalence régionale sur le risque escarre, dont la première a eu lieu en juin 2015, comprenant une évaluation des pratiques de dépistage et de prévention de la campagne,
- l'organisation d'une réunion régionale annuelle, d'une demi-journée, sur la thématique escarre.

Deux points où une marge de progrès est identifiée et l'ARS pourrait jouer un rôle

- favoriser l'éducation du patient ou résident et/ou de son entourage sur le risque escarre
- développer la diffusion des connaissances par deux actions :
 - favoriser la reconnaissance de l'expertise des ergothérapeutes pour le choix du support et du positionnement, et le recours à cette expertise.
 - favoriser la diffusion des connaissances sur la prévention et la prise en charge des escarres, par un appel à projet favorisant la sortie de l'expertise des locaux de l'hôpital, vers la ville (cf. appel à projet http://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/Appel_a_projet_25nov2014.pdf)

CONCLUSIONS

L'enseignement principal de cette campagne « Sauve ma peau, maîtriser le risque escarre », est que le concept de campagne est capable de séduire et mobiliser les professionnels de santé d'activité et d'horizons très différents, grâce à une communauté d'outils d'évaluation, de communication, (les compteurs), d'échanges et de partage d'expériences.

Le rôle d'une ARS pour engager leur management et aider les professionnels à mettre en œuvre des pratiques connues de tous, par une démarche pragmatique et qui a du sens pour eux, permet de lever certains freins organisationnels, de susciter de l'enthousiasme, sur un sujet plutôt délicat et culpabilisant pour les équipes.

La prise en charge pluri-professionnelle du risque escarre donne tout son sens au travail en équipe, avec un impact sur la maîtrise du risque, visible et mesurable en quelques mois, et une amélioration de la prise en charge globale des résidents et des patients, par des pratiques de soins plus efficaces.

Plus spécifiquement sur « escarre », le défi est maintenant d'entretenir la dynamique régionale initiée, sur des actions régulières, régionales, d'entraîner davantage de structures de soins, et de poursuivre et maintenir l'amélioration des pratiques.

La prochaine campagne concerne la maîtrise du risque de chute dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et est en cours (menée de février 2016 à février 2017).

REFERENCES

1. Barrois B, Labalette C, Rousseau P, et al. A national prevalence study of pressure ulcers in French hospital inpatients, J Wound Care. 2008 Sep;17(9):373-6, 378-9;
2. Dr Brigitte BARROIS, Pr F.André ALLAERT ;
http://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
3. Nestrignes C, OR Z, Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital, Question d'Economie de la Santé, 2011, n°171, 2-8 ;
<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes171.pdf>
4. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014, 94-99, 161-163, 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 (loi du 13 août 2004) ;
<http://www.wk-rh.fr/actualites/upload/CP-propositions-DEF-08072013.pdf>
5. Sullivan N, Schoelles KM. Preventing in-facility pressure ulcers as a patient safety strategy: a systematic review, Annals of Internal Medicine 2013; 158(5 Part 2): 410-416;
<http://annals.org/article.aspx?articleid=1657885>
6. ANAP, 2008, Améliorer la prévention et la prise en charge des escarres ;
<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/ameliorer-la-prevention-et-la-prise-en-charge-des-escarres/>
7. Avis du CNEDIMTS du 22 décembre 2009, p6 ;
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

Remerciements à tous les professionnels qui se sont engagés dans cette campagne, et ont reçu un certificat, à leurs directions pour leur soutien.

http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/Actualites/Agenda/Escarres/17_11_2014/1_Reu_escarre_revueSL_.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.

Pour en savoir plus sur la campagne :

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

Annexe : affiche de la campagne

**LES ESCARRES
C'EST L'AFFAIRE DE TOUS !**

Parce qu'une immobilisation prolongée
peut entraîner des complications...

NOUS NOUS ENGAGEONS

- ✓ à vous **changer de position** régulièrement
- ✓ à utiliser les **supports adaptés** (coussins, matelas, ...)
- ✓ à veiller à votre **alimentation** et à votre **hydratation**
- ✓ à surveiller votre peau, pour **détecter au plus tôt les lésions**
- ✓ à **sensibiliser vos proches** à ces mesures

L'escarre est une
nécrose de la peau

Écrivez une lettre
de réclamation et / ou de plainte

participe au programme
**SAUVE
MA PEAU**

ars
à l'Agence Régionale de Santé
Languedoc-Roussillon

04 67 51 71 00 / 04 67 51 71 01

CONTACTS

EQUIPE EPOD

Samia LEVY - DJEBBOUR
Coordinatrice Efficience des Pratiques
Pôle Efficience du Système de Santé
Direction Générale Adjointe
☎ 01 44 02 05 99
✉ samia.levy@ars.sante.fr

Direction générale / Equipe EPOD

35, rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19

Tél. : 01 44 02 00 00 Fax : 01 44 02 01 04

ars.iledefrance.sante.fr

