



ETUDE DE LA PREVALENCE DES ESCARRES
DANS LES HOPITAUX BELGES
2008
Projet PUMap

Universiteit Gent

Prof. Dr. Tom Defloor

Nadia Bouzegta

Dimitri Beeckman

Dr. Katrien Vanderwee

Université Catholique de Louvain

Dr. Micheline Gobert

Thérèse Van Durme

Résumé

Une mesure de la prévalence des escarres, réalisée selon les recommandations les plus récentes en matière d'enregistrement et de classification des escarres de l'European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), a été mise en œuvre pour la première fois en Belgique en 2008. Cet enregistrement s'est effectué dans 84 hôpitaux auprès de 19.968 patients, qui ont été observés au cours des mois avril à mai 2008, par des équipes de deux infirmières.

La prévalence des escarres observée était de 12,1%. En comparaison avec les mesures antérieures de la prévalence des escarres, une distinction a été opérée dans cette étude entre les lésions d'escarre et les lésions de macération. La prévalence des lésions d'escarres (degré 2 à 4) était de 7%. Le pourcentage de patients présentant une lésion de macération était de 5,7%. L'escarre du talon représentait 47% de tous les escarres.

Les hôpitaux avec une prévalence élevée de lésions d'escarres avaient plus souvent un comité d'escarre mais réalisaient moins souvent un enregistrement.

Au niveau des unités de soins, les lésions d'escarre étaient plus fréquentes dans les unités de gériatrie. Dans cette unité se trouvait également le nombre le plus élevé de patients à risque (comme aux soins intensifs).

Au niveau des patients, les lésions d'escarres étaient plus fréquentes chez les patients masculins, ou qui étaient âgés de 70 ans ou plus, présentant une incontinence fécale, un score de Braden bas ou dont la peau du siège était oedématiée, sèche, ou qui présentaient une lésion de macération.

Dans l'échantillon, 30% présentaient un risque d'escarre. Ce risque pouvait être mesuré par un score de Braden égal ou inférieur à 17 et/ou la présence d'une escarre. Ces patients nécessitaient par conséquent des soins préventifs. Parmi ceux-ci, seuls 25,5% bénéficiaient de soins adéquats au lit, 34% de soins adéquats dans le fauteuil et 10,8% tant au lit qu'au fauteuil. Les soins adéquats complets étaient plus fréquents dans les hôpitaux où un enregistrement régulier des escarres avait lieu, où une vérification des pratiques conformément au protocole était organisée et où une brochure d'information au sujet de la prévention des escarres était présente.

Les recommandations portent essentiellement sur la nécessité de réaliser régulièrement des mesures de prévalence. Pour soutenir l'effort des institutions, les comités d'escarres devraient pouvoir bénéficier d'indicateurs de qualité, ainsi que d'un logiciel d'enregistrement et de traitement des données. L'actualisation des protocoles en matière de prévention des escarres pourrait contribuer à améliorer la qualité des soins. L'optimisation des mesures préventives pourrait se traduire par une diminution importante de la prévalence des escarres.

Table des matières

RESUME.....	2
TABLE DES MATIERES	3
LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES	5
INTRODUCTION.....	6
CHAPITRE 1 : METHODOLOGIE	7
1. 1. LA PROBLEMATIQUE ET SON CONTEXTE	7
1.2. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	9
1.3. POPULATION ET ECHANTILLON	10
1.4. COLLECTE DE DONNEES	12
1.4.1. L'INSTITUTION ET LES UNITES DE SOINS.....	12
1.4.2. LES PATIENTS.....	12
1.4.3. PROCEDURE	15
1.4.3.1. FORMATION DES COORDINATEURS HOSPITALIERS	15
1.4.3.2. PROCEDURE DE COLLECTE DES DONNEES.....	16
1.5. COMITE ETHIQUE.....	17
1.6. ANALYSE DES DONNEES	18
CHAPITRE 2: RESULTATS.....	19
2.1. DESCRIPTION DES DONNEES	19
2.1.1. HOPITAUX	19
2.1.2. UNITES DE SOINS.....	21
2.1.3. REPRESENTATIVITE DE L'ECHANTILLON	21
2.1.4 PATIENTS	23
2.2. ANALYSE UNIVARIEE	48
2.2.1 ANALYSES AU NIVEAU DE L'HOPITAL	48
2.2.2 ANALYSES AU NIVEAU DE L'UNITE DE SOINS	56

2.2.3 ANALYSES AU NIVEAU DU PATIENT	57
2.3. ANALYSE MULTIVARIEE	61
2.3.1. ANALYSE AU NIVEAU HOSPITALIER : PREVALENCE DES LESIONS D'ESCARRE	61
2.3.2. ANALYSE AU NIVEAU DE L'UNITE DE SOINS: PREVENTION ADEQUATE CHEZ LE PATIENT A RISQUE.....	63
2.3.3. ANALYSE AU NIVEAU DU PATIENT : PREVALENCE DES ESCARRES	64
<u>CHAPITRE 3 DISCUSSION</u>	<u>67</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>72</u>
<u>ANNEXES.....</u>	<u>75</u>

Liste des abréviations utilisées

ddl	Degrés de liberté
DS	Déviations standard
EBN	Evidence-based nursing
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
ETP	Equivalent Temps Plein
PrePURSE	Prevention and Pressure Ulcer Risk Score Evaluation Study
PUCLAS	Pressure Ulcer CLASsification
PUMap	Pressure Ulcer Mapping

Index des unités de soin

C	Service de diagnostic et de traitement chirurgical
CD	(pas un indice officiel) : Service qui contient des lits des indices C et D
D	Service de diagnostic et de traitement médical
E	Service de pédiatrie
G	Service de gériatrie et revalidation
USI	Unité de soins intensifs
M	Service de maternité
NIC	Service de soins néonataux intensifs
N*	Section des soins néonataux non-intensifs

Introduction

Les escarres constituent un problème fréquent. Elles ne sont pas seulement à la base d'un coût majoré pour le patient et la société mais sont également responsables de douleurs et d'inconfort pour le patient.

La prévention des escarres est donc d'une importance fondamentale. La littérature scientifique abonde à ce sujet. Afin de pouvoir évaluer les mesures préventives et aussi estimer l'évolution de l'ampleur du problème des escarres, des mesures sont indispensables.

L'Arrêté Royal du 14 août 1987 contraint les hôpitaux belges à enregistrer systématiquement les escarres '*comme soutien au suivi de la qualité et de l'efficacité des soins infirmiers*'. Les mesures effectuées à un intervalle régulier permettent d'accentuer l'attention pour la prévention des escarres. De 1995 à 2000, le Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement a fait effectuer des mesures de prévalence des escarres, permettant de réaliser une cartographie de la problématique des escarres. A la suite d'une étude à l'échelle européenne en 2001, il est apparu que plusieurs cas d'escarres avaient été ignorés, d'où l'importance d'une méthode d'observation plus rigoureuse, systématique et standardisée.

A la demande du Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, une nouvelle mesure de prévalence des escarres a été organisée, utilisant une méthode d'observation uniforme, recommandée par l'European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Cette mesure de la prévalence s'est limitée aux hôpitaux belges. La finalité de cette mesure était d'obtenir une image réelle de la prévalence des escarres dans les hôpitaux belges, ainsi qu'une idée de la prévention effectivement utilisée.

Le premier chapitre du présent rapport décrit le problème, les objectifs de la recherche, le cadre contextuel, les participants, la collecte des données, ainsi que la procédure suivie.

Le deuxième chapitre contient les résultats —décrits par région et index de l'unité de soins.

En conclusion, les points de discussion et les recommandations sont repris au chapitre 3.

Chapitre 1 : Méthodologie

1. 1. La problématique et son contexte

Dans le domaine des soins de santé, les escarres constituent un problème majeur. Ses répercussions sur la qualité de vie sont importantes, car elles sont source de douleurs et d'inconfort et restreignent le patient dans ses activités quotidiennes. En outre, les escarres sont responsables de l'allongement de la durée de séjour à cause du long temps de guérison et leur traitement entraîne un coût additionnel important pour le patient et la société.

La prévalence des escarres dans les hôpitaux belges a été estimée en 2000 à 10,7% (Groupe Belge d'Assurance Qualité sur la Prévention des Escarres). En 2001, sous l'impulsion de l'European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), une première étude de prévalence a été menée, à laquelle participèrent un nombre limité d'hôpitaux belges.

En 2001, la prévalence des escarres s'élevait à 21,1% pour les escarres du premier au quatrième degré. Pour les escarres du deuxième au quatrième degré, ce chiffre était estimé à 10,5%. Ces chiffres sont le double de ceux émanant de l'étude de prévalence de l'année précédente (2000). L'explication donnée pour ce doublement de prévalence était que, dans le cadre de cette étude, tous les patients étaient observés par deux infirmières, dont l'une n'était pas rattachée à l'unité où séjournait le patient (Vanderwee et al., 2007). Cette méthode d'observation plus objective a été conduite dans d'autres pays européens, où les équipes de recherche arrivèrent à la même constatation : le nombre de lésions d'escarres y était sous-estimé lorsqu'un seul observateur relevait les données (Clark et al., 2002 & Vanderwee, 2007).

Plusieurs études, dont celles de Bergstrom, Braden et al. (1995) et celles de Moody et al. (1998), estiment que la sensibilisation des infirmières pourrait réduire l'incidence et la prévalence des escarres. Le fait de cartographier la prévalence des escarres dans les hôpitaux belges permettra non seulement d'évaluer la fréquence et la gravité du problème, mais aussi de mettre en évidence des lacunes éventuelles au niveau des soins préventifs. Ceci permettra d'aider à la prise de décision en matière de gestion de la prévention des escarres et d'optimiser la prise en charge des patients à cet égard.

Afin de pouvoir mesurer l'ampleur réelle du problème des escarres au sein des hôpitaux belges et de permettre la comparaison entre hôpitaux, il fallait que toutes les mesures et observations aient lieu de manière uniforme auprès des patients. Les chiffres de prévalence ainsi obtenus pourront être comparés et les hôpitaux seront en mesure d'apprécier et, le cas échéant, d'adapter les mesures préventives utilisées.

1.2. Objectifs de la recherche

Les objectifs poursuivis dans cette recherche sont, d'une part, de réaliser une cartographie de la prévalence des escarres dans les hôpitaux belges et, d'autre part, de dresser un profil des hôpitaux belges en matière de politique de prévention des escarres. . La recherche doit permettre d'étudier la relation entre les résultats obtenus et la politique préventive institutionnelle en matière d'escarres mais aussi de voir dans quelle mesure la politique mise en œuvre correspond aux recommandations basées sur des données scientifiques probantes actualisées.

Ces objectifs mènent aux questions de recherche suivantes :

- Quelle est la prévalence des escarres dans les hôpitaux belges ?
- Quelles sont les mesures préventives utilisées dans ces hôpitaux?
- Ces mesures correspondent-elles aux recommandations basées sur des données scientifiques probantes (*guidelines* belges) ?
- En quoi les institutions qui présentent des chiffres de prévalence bas diffèrent-elles des institutions ayant des chiffres de prévalence élevés ?

1.3. Population et échantillon

L'INAMI a classé les hôpitaux belges en 6 catégories différentes : hôpitaux généraux, hôpitaux généraux à caractère universitaire, hôpitaux universitaires, hôpitaux gériatriques, hôpitaux spécialisés et hôpitaux psychiatriques. L'ensemble des hôpitaux, hormis les hôpitaux psychiatriques, a été contacté au cours du mois de décembre 2007 par le Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, afin de les inviter à participer à la mesure de prévalence nationale (voir annexe 1).

Un rappel a été envoyé un mois plus tard aux directeurs des départements infirmiers. Les institutions avaient un mois pour marquer leur accord et désigner un coordinateur local.

L'échantillon des hôpitaux a été constitué selon le schéma représenté ci-dessous (figure 1)

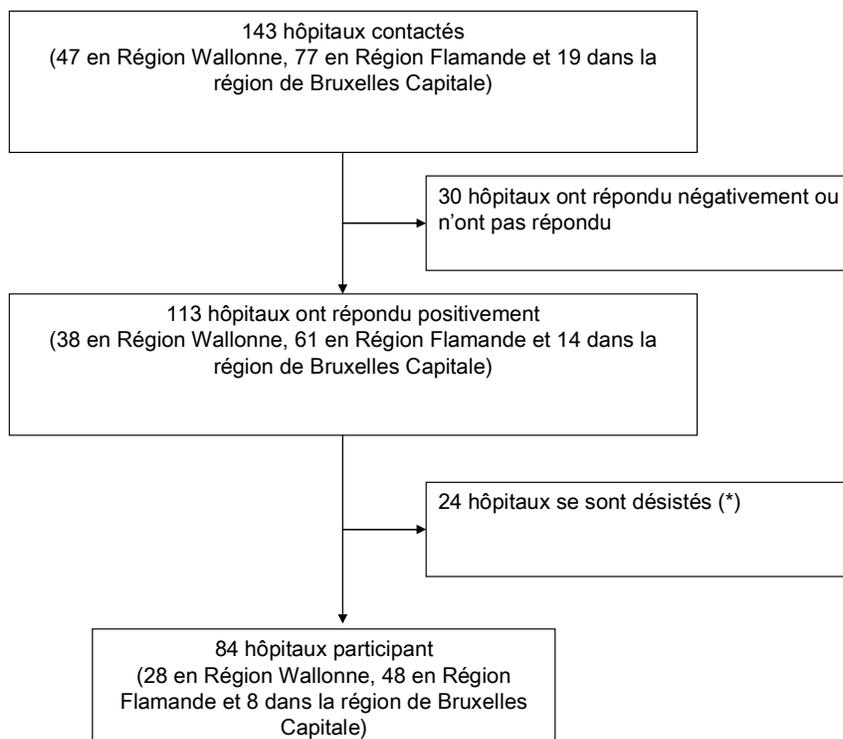


Figure 1. Constitution de l'échantillon

(*) Les raisons évoquées pour le désistement par les hôpitaux étaient les suivantes :

- La concurrence avec d'autres projets nécessitant un investissement important de la part des équipes infirmières et/ou les cadres infirmiers (DI-RHM, le projet équipe mobile, par ex.) ;

- la charge de travail en regard des résultats attendus (en octobre 2008) ;
- les délais courts pour former les équipes d'infirmières et réaliser la mesure de la prévalence (initialement, de la mi-mars à fin avril ; ce délai a ensuite été prolongé jusqu'à fin mai) ;
- L'habitude de réaliser les mesures de prévalence à l'aide du protocole « Biomed » et l'absence d'un nouveau logiciel.

1.4. Collecte de données

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un formulaire d'enregistrement standardisé, permettant de comparer les données des institutions entre elles.

1.4.1. L'institution et les unités de soins.

Le questionnaire interrogeait les institutions quant à leur gestion des escarres (voir annexe 2). A la demande du Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, la variable « catégorie d'hôpital » (voir 1.3) a été ajoutée par l'équipe de recherche à la banque de données comportant les données concernant les institutions. Ceci s'est fait sur base de données fournies par le SPF Santé Publique.

1.4.2. Les patients

Afin de garantir l'anonymat des patients, il a été demandé à chaque infirmière qui observerait les patients au sein des unités de soins, d'attribuer un numéro séquentiel aux patients observés. Le code de l'unité correspond au code attribué par le coordinateur à l'unité (voir 1.4.3.).

Le consentement à participer à la recherche était demandé verbalement au patient ou à son représentant légal. Ceci était noté sur le formulaire (voir annexe 3).

Les caractéristiques du patient étaient classées en quatre catégories.

La première catégorie concernait quelques caractéristiques générales du patient, telles que sa classe d'âge, le sexe, son degré d'incontinence, son poids à l'admission et le fait de devoir subir une intervention chirurgicale dans la semaine à venir.

La deuxième catégorie portait sur l'évaluation du risque, mesurée à l'aide de l'échelle de Braden (voir annexe 4). La validité prédictive de cette échelle a été largement étudiée et est internationalement la plus utilisée (Nixon et McGough, 2001 ; RCN, 2000).

L'échelle de Braden comprend 6 items : perception sensorielle, humidité, activité, mobilité, nutrition et friction et cisaillement. Les scores totaux varient de 6 à 23. Les patients ayant un score inférieur à 17 sur l'échelle de Braden sont considérés comme étant à risque de développer des escarres (Defloor et al., 2001).

Il est primordial de comprendre les mécanismes de friction et de cisaillement, afin d'évaluer le risque que court un patient de développer une escarre. Ces facteurs sont responsables de l'altération tissulaire, diminuent la perfusion tissulaire et peuvent aboutir à la création d'escarres, voire à la nécrose tissulaire, surtout chez le patient immobile.

La catégorie « observation de la peau » permet d'obtenir des détails quant à la présence et la nature d'éventuelles lésions cutanées, le degré et la localisation des lésions d'escarres et, pour finir, le lieu où la lésion la plus sévère est survenue.

Le système de classification de l'European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP, 1999) a été retenu pour déterminer le stade de l'escarre. Une escarre de premier degré est une rougeur qui ne disparaît pas à la levée de la pression, un deuxième degré est une phlyctène ouverte ou fermée, un troisième degré est une ulcération superficielle et un quatrième degré est une lésion profonde (voir tableau 1). Lorsque plusieurs lésions de degrés différents étaient présentes sur un même site, c'est la lésion la plus grave qui était enregistrée

Table 1. Classification des escarres selon EPUAP (1999)

Degré	Définition
1 ^{er} degré érythème ne cédant pas à la pression	Erythème cutané, sur une peau apparemment intacte, ne disparaissant pas à la levée de la pression. Ceci peut s'accompagner d'une décoloration de la peau, une chaleur, un œdème ou une induration.
2 ^{ème} degré phlyctène ouverte ou fermée	Perte de substance impliquant l'épiderme et/ou le derme. La lésion est superficielle, se présente comme une phlyctène, ouverte ou non
3 ^{ème} degré lésion superficielle	Perte de substance, impliquant le tissu sous-cutané. Elle peut impliquer le fascia, mais pas davantage
4 ^{ème} degré lésion profonde	Atteinte étendue, nécrose tissulaire et/ou musculaire, osseuse ou des tissus conjonctifs, avec ou sans lésion de l'épiderme ou du derme. Un creusement des tissus ou des lésions sinusoidales sont possibles.

Lors de l'observation de la peau, on procédait également à la recherche de lésions de macération dans trois zones distinctes : le pli fessier, la cuisse et la hanche. En cas d'incontinence, ces zones sont les plus touchées par les lésions de macération. Il est important de faire la distinction entre les lésions de macération et d'escarres, vu que beaucoup de lésions de macération sont classées indûment en tant qu'escarres.

La dernière catégorie du questionnaire comportait les modalités utilisées par l'équipe infirmière pour prévenir les escarres chez le patient alité ou dans le fauteuil. Cette catégorie comprenait tant les modalités préventives efficaces qu'inefficaces. Il y était relevé si le patient bénéficiait d'un schéma de

mobilisation au lit et dans le fauteuil. Ce changement de position pouvait intervenir selon un schéma préétabli (toutes les heures, toutes les deux, trois, quatre heures) ou n'être pas planifié.. Il était également demandé sur quel type de matelas ou de coussin le patient reposait dans le lit ou dans le fauteuil. Pour finir, il y était également demandé si d'autres mesures étaient utilisées, telles que la décharge de l'appui des talons, l'utilisation de protège-talons pour prévenir les escarres des talons, de peau de mouton, d'une crème barrière hydrolipidique ou si des massages ou autres mesures étaient appliqués.

1.4.3. Procédure

Pour effectuer la mesure de la prévalence, il a été fait usage de la procédure développée par l'EPUAP. Afin de garantir l'anonymat, il a été demandé à chaque coordinateur hospitalier d'attribuer un code à deux chiffres à chaque unité de soins. Sur le formulaire d'enregistrement figurait uniquement l'index de l'unité de soins : C, D, CD, G, USI ou 'autre service'. Les coordonnées du coordinateur local étaient demandées, afin de pouvoir lui demander des renseignements complémentaires si nécessaire (annexe 2).

1.4.3.1. Formation des coordinateurs hospitaliers

A la mi-mars 2008, deux sessions de formation, d'une heure et demi environ, ont été organisées en Français et en Néerlandais : à Bruxelles, Gand et Anvers. Chaque hôpital était invité à se faire représenter par au moins un coordinateur hospitalier, pour participer à la formation. Au total, 196 coordinateurs ont été formés (96 néerlandophones et 100 francophones). La finalité de cette formation était d'offrir une information univoque, permettant une mesure et un enregistrement les plus uniformes possible.

La formation était composée de deux parties. La première portait sur un rappel des données théoriques concernant les escarres, telles que la pathophysiologie, le système de classification de l'EPUAP, la détermination du risque de survenue des escarres à l'aide de l'échelle de Braden et la prévention des escarres. La deuxième portait sur la procédure à suivre et l'enregistrement des questionnaires.

Un manuel a été élaboré à l'attention des coordinateurs hospitaliers afin de servir de support à l'information pour l'organisation de la mesure de la prévalence et les modalités de remplissage des questionnaires (annexe 5) . Ceci permettait d'augmenter la fiabilité des données recueillies. Chaque coordinateur s'est vu remettre un CD-rom comprenant le manuel, les questionnaires, une présentation PowerPoint à l'attention des infirmières et le module d'apprentissage de classification des escarres (Pressure Ulcer Classification ou PUCLAS), en français et en néerlandais.

A l'aide de la présentation PowerPoint remise, toutes les infirmières qui réaliseraient les observations auprès des patients ont été formées à leur tour par les coordinateurs hospitaliers, afin de pouvoir classer les escarres selon les recommandations de l'EPUAP, de pouvoir déterminer le risque de survenue des escarres et, enfin, de pouvoir remplir correctement les questionnaires.

1.4.3.2. Procédure de collecte des données.

Il était prévu initialement que la mesure de prévalence se déroule au cours d'une seule même journée dans toutes les unités hospitalières, à l'exception des unités de pédiatrie, de psychiatrie, de maternité et l'hôpital de jour. Le jour de la mesure était déterminé par les institutions elles-mêmes, dans la période du 15 au 25 avril 2008. Certaines institutions ont dû étaler cette mesure sur plusieurs journées, à cause de la charge de travail induite par la mesure, conjuguée au manque de personnel. Certains hôpitaux ont réalisé la mesure au mois de mai 2008.

Le coordinateur composait des équipes de deux infirmières qui ont observé et collecté les données des patients dans les unités de soins. Il réalisait une planification à l'attention des infirmières réalisant la mesure, afin de clarifier qui réalisait la mesure auprès de quels patients, avec qui et quand. Un exemple d'une telle planification a été inclus en guise d'exemple au manuel (annexe 6).

Tous les patients ayant marqué leur accord verbal à participer à l'étude ont été inclus à la recherche et ont été observés par des équipes composées de deux infirmières. Une des infirmières faisait partie de l'unité de soins où le patient était hospitalisé, afin de disposer d'informations annexes utiles concernant la prévention des escarres chez le patient. La deuxième infirmière travaillait dans une autre unité ou n'était pas rattachée à une unité de soins. La formation des équipes infirmières était, comme déjà décrit, assurée par le coordinateur hospitalier. Les questions et remarques émanant des coordinateurs et des infirmières après que les sessions de formation aient été données ont été rassemblées et publiées, avec leurs réponses, sur le site PUMap. Il est possible de les trouver via le lien http://www.puclas.ugent.be/francais_presentations_questions.html

Les données portant sur l'institution et les unités de soins ont été remplies par les coordinateurs hospitaliers. Quant aux données concernant les patients, elles ont été rassemblées et introduites par les infirmières réalisant les observations au chevet des patients. L'accord entre les infirmières quant au degré d'escarres observé chez le patient était requis. En cas de désaccord, c'est l'avis de l'infirmière qui ne faisait pas partie de l'unité de soins qui prévalait.

La mesure de la prévalence a été clôturée le 31 mai 2008. L'introduction des données était possible jusqu'au 10 juin 2008. Au total, 84 hôpitaux participèrent, ce qui correspond à 1005 unités de soins, et 19.968 patients.

1.5. Comité éthique

Une demande d'accord a été introduite auprès du comité d'éthique de l'hôpital universitaire de Gand et, après amendement, auprès de chaque comité d'éthique des hôpitaux participants. L'accord pour le projet a été obtenu (numéro de projet EC B7020072953). (annexe 7).

L'introduction de la demande s'est faite au cours du mois de novembre 2007. Un premier accord avait été donné au cours du mois de janvier 2008, sous réserve de quelques modifications mineures, portant notamment sur les modalités d'accord verbal de la part du patient et le mode opératoire lorsque l'accord du patient n'était pas possible.

Un second accord, incluant ces modifications, a été demandé et obtenu, ce qui a permis de demander aux hôpitaux participants d'adhérer à cet accord, moyennant un amendement pour l'accord monocentrique. La réaction des hôpitaux n'est intervenue qu'après plusieurs semaines, vu qu'il leur fallait respecter leur calendrier des réunions du comité d'éthique. Comme, à leur tour, les hôpitaux marquaient leur accord au projet de recherche, sous réserve de quelques modifications portant sur l'accord verbal du patient, il a fallu réintroduire une demande auprès du comité d'éthique central à l'Université de Gand. Un deuxième courrier a été ensuite envoyé aux comités d'éthique locaux, afin de demander leur accord sur base du projet modifié. La totalité de cette procédure aura nécessité plus de cinq mois.

Chaque patient ou, à défaut, son représentant légal, était informé quant à l'objectif et aux risques de la recherche et quant à la possibilité offerte de refuser de participer à la recherche. Son accord verbal était ensuite sollicité. Lorsque le patient marquait son accord pour participer à la recherche, ceci était noté sur le formulaire d'enregistrement et dans son dossier infirmier.

Tout a été mis en œuvre pour préserver l'anonymat des patients : aucune donnée permettant l'identification du patient n'est reprise sur le formulaire d'enregistrement et il a été demandé aux infirmières d'attribuer un code séquentiel au formulaire d'enregistrement afin de pouvoir identifier le

questionnaire sans identifier le patient. Un double filtre a été constitué par le fait que les données relevées auprès du patient étaient notées sur un document papier. Ces données étaient ensuite encodées par le coordinateur hospitalier, qui n'avait pas de contact avec le patient et aucun moyen de relier le questionnaire à un patient donné.

1.6. Analyse des données

Le formulaire d'enregistrement des données a été élaboré à l'aide du logiciel SNAP surveys (version 9). Quant aux données, elles ont été introduites via le site Internet PUMap, créé pour le projet. Un identifiant et mot de passe ont été communiqués à chaque coordinateur hospitalier. Les données introduites ont été converties par l'équipe de recherche en une base de données SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), version 15.0.

Chapitre 2: résultats

Ce chapitre comprend successivement l'analyse descriptive des résultats concernant les données des institutions, des unités de soins et des patients. Cette description sera suivie de l'analyse univariée et multivariée, portant sur ces mêmes données..

2.1. Description des données

2.1.1. Hôpitaux

La mesure de la prévalence a été effectuée du 15 avril au 10 juin 2008. Au total, 84 institutions hospitalières y ont participé, parmi lesquelles 28 se situaient en Région Wallonne, 8 en Région Bruxelles-Capitale et 48 en Région Flamande.

Les hôpitaux participants provenaient principalement du secteur privé (70%).

Table 2.1. Catégories des hôpitaux par région

Catégorie de l'hôpital (n= nombre d'hôpitaux)	Région Flamande	Région Wallonne	Région Bruxelles Capitale	Total	
				n	%
Hôpital général	37	19	3	59	70,2
Hôpital général à caractère universitaire	3	6	0	9	10,7
Hôpital universitaire	1	0	3	4	4,8
Hôpital gériatrique	1	1	2	4	4,8
Hôpital spécialisé	6	2	0	8	9,5
Total	48	28	8	84	100

En ce qui concerne les catégories hospitalières, ce sont les hôpitaux généraux qui étaient le mieux représentés (n = 59), comme le montre le tableau repris ci-dessus (tableau 2.1).

Table 2.2. Profil des hôpitaux par région

Profil institutionnel (n= nombre d'hôpitaux)	Région Flamande		Région Wallonne		Région Bruxelles Capitale		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Comité d'escarres	34	70,8	21	75	5	62,5	60	71,4
Protocole écrit	46	95,8	24	85,7	6	75	76	90,5
Responsable de l'actualisation du protocole	43	89,6	24	85,7	7	87,5	74	88,1
Vérification quant à l'application du protocole	28	58,3	10	35,7	3	37,5	41	48,8
Infirmière responsable des escarres	14	29,2	13	46,4	2	25	29	34,5
Enregistrement régulier des escarres	41	85,4	21	75	4	50	66	78,6
Formation concernant les escarres au cours des deux dernières années	30	62,5	22	78,6	5	62,5	57	67,9

La majeure partie (71%) des hôpitaux déclarait avoir un comité d'escarres (tableau 2.2). Ce comité était soit un organe purement consultatif, au sens limité, tel que rédiger un protocole en matière de gestion et de prévention des escarres. Soit il s'agissait d'un comité au sens large, ayant en plus, des tâches cliniques, intervenant dans la gestion des escarres —par l'organisation d'un dépistage systématique des escarres auprès des patients ou par la vérification que le protocole défini soit mis en œuvre de manière appropriée. Dans le cadre de cette étude, les hôpitaux ne devaient pas spécifier la nature du travail de ce comité.

La grande majorité des hôpitaux (91%) avait un protocole écrit portant sur la prévention des escarres au sein de l'institution. Parmi ceux-ci, 93% avaient également désigné un responsable de l'actualisation dudit protocole et de sa diffusion auprès des soignants. Cette personne n'était pas nécessairement un praticien de l'art infirmier, vu que seuls 34% des hôpitaux participants (n=29/84) déclaraient avoir une infirmière responsable pour la gestion des escarres. Dans la moitié des hôpitaux interrogés, une vérification avait lieu dans les unités de soins, afin d'évaluer dans quelle mesure les soins étaient dispensés conformément au protocole de prévention.

Plus de trois hôpitaux sur quatre (n=66/84) réalisait régulièrement une mesure de prévalence des escarres. Au cours des deux années précédentes, les infirmières de plus de la moitié des hôpitaux avaient bénéficié d'une formation concernant les escarres et leur prévention.

Moins de la moitié des hôpitaux (n=53) déclarait avoir une brochure d'information à l'attention des patients et leurs proches, concernant la prévention des escarres.

2.1.2. Unités de soins

Table 2.3. Index des unités de soins participantes par région

Index unités de soins (n= nombre d'unités de soins)	Région Flamande		Région Wallonne		Région Bruxelles Capitale		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
C	141	26,4	80	25,2	30	19,6	251	24,9
D	147	27,5	84	26,5	29	19	260	25,8
CD	27	5	21	6,6	13	8,5	61	6
G	83	15,5	38	12	19	12,4	140	13,9
USI	56	10,5	38	12	15	9,8	109	10,8
Autres	81	15,1	56	17,6	47	30,7	184	18,3
Total	535		317		153		1005	

Les 84 hôpitaux participants représentaient 1005 unités de soins . Un peu plus de la moitié des hôpitaux était situé en Région Flamande, 32% en Région Wallonne et 15% dans la Région de Bruxelles Capitale.

L'index des unités de soins participantes était le plus souvent C, D ou CD dans les hôpitaux des Régions Flamande (59%) et Wallonne (58%). Dans la Région Bruxelles Capitale ce nombre était légèrement inférieur (47% des unités de soins).

Le tableau 2.3 offre un aperçu de la répartition des unités de soins, selon leur index et la région où ils se situaient.

2.1.3. Représentativité de l'échantillon

Afin de vérifier dans quelle mesure cet échantillon était représentatif pour l'ensemble des hôpitaux belges, les données fédérales ont été demandées auprès du Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Les données qui suivent proviennent de l'enregistrement des données du Résumé Infirmier Minimum (RIM) 2005 pour ce qui concerne les données concernant les hôpitaux et unités de soins. En ce qui concerne les données patients, ce sont les données du RIM 2006 qui ont été prises en compte.

2.1.3.1. Représentativité de l'échantillon hospitalier

Le tableau affiché ci-dessous donne un aperçu des catégories par région, en comparant celles de l'étude en cours (PUMap) à celles des données RIM 2005.

Table 2.4. Catégories hospitalières par région

Catégorie hospitalière (n= nombre d'hôpitaux)	Région Flamande		Région Wallonne		Région Bruxelles Capitale		Total			
	RIM	PUMap	RIM	PUMap	RIM	PUMap	RIM		PUMap	
	n	n	n	n	n	n	n	%	n	%
Hôpital général	51	37	32	19	7	3	90	62,9	59	70,2
Hôpital général à caractère universitaire	7	3	7	6	3	0	17	11,9	9	10,7
Hôpital universitaire	3	1	1	0	3	3	7	4,9	4	4,8
Hôpital gériatrique	2	1	1	1	5	2	8	5,6	4	4,8
Hôpital spécialisé	14	6	6	2	1	0	21	14,7	8	9,5
Total	77	48	47	28	19	8	143	100	84	100

La comparaison de l'échantillon avec les données fédérales permet d'observer un pourcentage d'hôpitaux généraux plus élevé dans l'échantillon (70,2% versus 62,9%) et un pourcentage d'hôpitaux spécialisés plus bas (9,5% versus 14,7%). Les autres catégories présentaient des proportions similaires (tableau 2.4).

2.1.3.2. Représentativité de l'échantillon au niveau des unités de soins

Pour apprécier la représentativité des unités de soins participantes, il a été tenu compte des unités de soins exclues de l'échantillon, à savoir les unités de pédiatrie, de maternité, de psychiatrie et les hôpitaux de jour. Le nombre total d'unités de soins en Belgique est 2043, si on exclut les index E, N*, M, MI et Z. Au total, 1005 unités de soins ont participé à l'étude PUMap, soit quasiment la moitié des unités de soins belges.

Table 2.5. Nombre d'unités de soins par région

Index de l'unité de soins (n= unités de soins)	Région Flamande		Région Wallonne		Région Bruxelles Capitale		Total			
	RIM	PUMap	RIM	PUMap	RIM	PUMap	RIM		PUMap	
	n	n	n	n	n	n	n	%	n	%
C	295	141	143	80	61	30	499	18	251	24,9
D	307	147	156	84	58	29	521	37	260	25,8
CD	31	27	58	21	51	13	140	5,1	61	6
G	153	83	62	38	38	19	253	51,4	140	13,9
USI	117	56	61	38	37	15	215	7,8	109	10,8

Par rapport à l'ensemble des unités de soins en Belgique, l'échantillon comportait

- davantage d'unités C (26,4% vs 19,6%) ;
- moins d'unités D (26% vs 37%)
- quasiment le même nombre d'unités CD (6 % vs 5,07%) ;
- nettement moins d'unités G (14% vs 51%) ;
- davantage de services USI (10,8% vs 7,7%).

Une sous-représentation des unités D et G dans l'échantillon pourrait donner une image faussée de la prévalence nationale des escarres, vu que, comme le montreront les tableaux 2.22 et 2.23, le nombre de patients à risque et la prévalence des escarres varie selon l'index de l'unité de soins.

2.1.4 Patients

2.1.4.1. Caractéristiques des patients par région

A. Caractéristiques générales des patients : par région

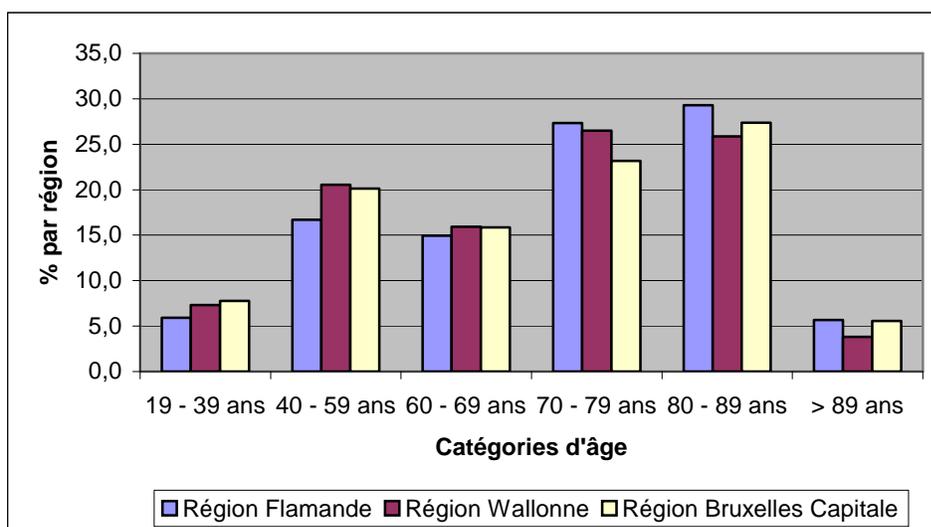


Figure 2. Catégories d'âge par région (PUMap : n= 19968)

Au total, 19.968 patients ont été observés, dont 55% en Région Flamande, 31% en Région Wallonne et 14% en Région Bruxelles Capitale (voir tableau 2.6).

Environ 60% de ces patients avaient un âge supérieur ou égal à 70 ans. Ce pourcentage était supérieur en Région Flamande (62%) à ceux des deux autres régions (56%)

Table 2.6. Caractéristiques des patients par région

Caractéristiques des patients n = nombre de patients	Région Flamande		Région Wallonne		Région Bruxelles Capitale		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Âge >70 ans	6845	62,0	3444	56,2	1599	56,20	11888	59,6
Genre :féminin	6048	55,4	3355	54,7	1660	58,30	11099	55,6
Insuffisance pondérale (<55kg)	1373	12,5	790	12,9	368	12,90	2531	12,7
En surpoids (>94kg)	667	6,1	523	8,5	172	6,00	1362	6,8
Incontinence urinaire	1458	13,3	871	14,2	457	16,00	2786	14,0
Incontinence fécale	1474	13,4	949	15,5	470	16,50	2893	14,5
Intervention chirurgicale prévue endéans la semaine	909	8,3	320	5,2	219	7,70	1448	7,3

Les femmes représentaient 55% des patients inclus dans l'étude. Les chiffres des données RIM 2006 sont de l'ordre de 55,1%. Environ trois quart des patients avaient un poids entre 55 et 94 kg. Une insuffisance pondérale (<55kg) et une surcharge pondérale(>94kg) a été observée respectivement auprès de 13% et 7% des patients.

La plus grande partie des patients ne souffrait pas d'incontinence, tant pour les urines (74%) que pour les selles (77%).

L'insuffisance urinaire, présente chez 14% des patients, était le plus souvent occasionnelle, alors que l'incontinence fécale (14,4% des patients) était souvent permanente.

Représentativité de l'échantillon au niveau des patients

En comparant les données de l'échantillon aux données fédérales de 2006 (RIM), la population belge hospitalière comportait 1 521 123 patients, âgés de 18 à 108 ans, entre le premier janvier et le 31 décembre 2006. Ces chiffres comprennent également les patients hospitalisés dans les unités psychiatriques, les hôpitaux de jour et de maternité. La comparaison des données met en évidence que ce sont surtout les catégories des patients de 19 à 39 ans et ceux de 40 à 59 ans qui sont les moins bien représentées dans l'échantillon.

En étudiant le pourcentage de patients plus âgés que 70 ans, il apparaît que 36,8% des patients en Région Flamande avait 70 ans ou plus, tandis qu'ils n'étaient que 35,1% en Région Wallonne et 30,7% en Région Bruxelles Capitale. L'échantillon comprend donc davantage de patients âgés. Pour rappel, le pourcentage de patients plus âgés que 70 ans en Région Flamande était de 62%, en Région Wallonne et en Région Bruxelles Capitale, 56%.

Le pourcentage par région et par catégorie d'âge, sur base des données RIM 2006, est présenté dans la figure 3.

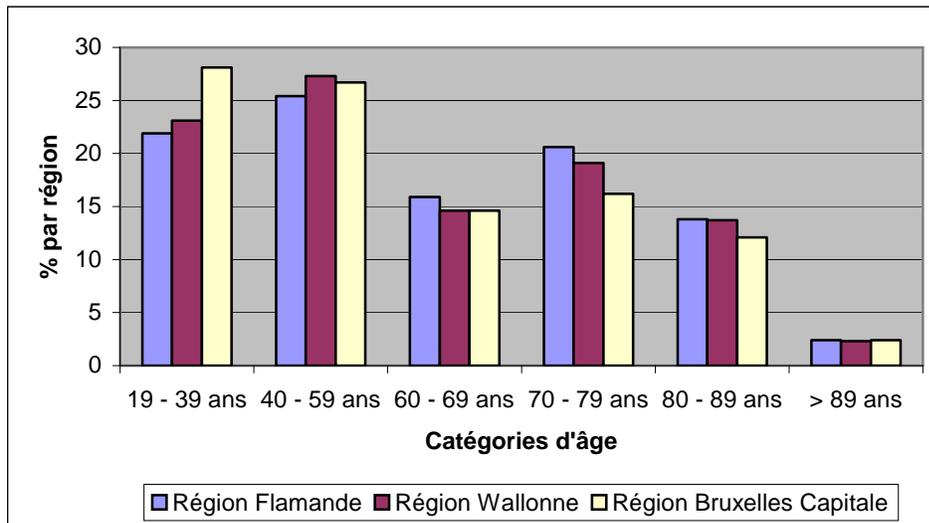


Figure 3. Catégories d'âge des patients par région (données RIM 2006 ; n= 1 521 123)

B. Risque d'escarre par région

Le score de Braden moyen des patients participants s'élevait à 18,9 (DS 3,8). Le score moyen était de 18,9 en Région Flamande et 18,6 en Région Wallonne (voir tableau 2.7).

Table 2.7. Score de Braden moyen par région

Région	n	Moyenne	Déviat ion standard
Région Flamande	10987	18,98	3,7
Région Wallonne	6132	18,67	3,8
Région Bruxelles Capitale	2849	18,91	3,9

Selon l'échelle de Braden, un quart des patients observés avaient un risque de développer des

escarres (score inférieur à 17). Ce pourcentage est plus bas que les chiffres internationaux (35,5% ; in Vanderwee et al., 2007).

La répartition selon la région montre que les pourcentages étaient similaires en Région Flamande et en Région Bruxelles Capitale, mais étaient plus élevés en Région Wallonne (27%).

Cette même tendance s'observe lorsque l'évaluation du risque d'escarres s'effectue sur base d'un score de Braden inférieur à 17 et/ou la présence d'escarres, quoiqu'avec des pourcentages plus élevés.

Si le risque était évalué à l'aide de l'échelle PrePURSE*, un nombre inférieur de patients était considéré comme étant à risque de développer des escarres (20%). Cette même échelle a permis d'identifier davantage de patients à risque en Région Flamande qu'en Région Wallonne et Bruxelles Capitale (respectivement 22%, 17% et 20%). (voir tableau 2.8). Pour finir, il a été étudié combien de patients présentaient un risque d'escarres, sur base de la présence d'un érythème ne disparaissant pas à la pression et/ou des escarres. En fonction de ce critère, il y avait plus de patients à risque en Région Wallonne (12,6%) que dans les autres régions.

(*) L'échelle PrePURSE (Prevention and Pressure Ulcer Risk Score Evaluation Study) a été élaborée par le groupe du même nom, sous la direction de Schoonhoven L. (2005). A l'occasion d'une étude de cohorte, menée auprès de 1229 patients hospitalisés, 5 caractéristiques de patients ont été pu être mises en évidence, permettant d'identifier les patients à risque. Ces facteurs sont l'âge, le poids à l'admission, l'aspect anormal de la peau, la friction et le cisaillement et la perspective d'une intervention chirurgicale endéans la semaine.

Table 2.8. Nombre de patients à risque par région

Patients à risque (% par région)	Région Flamande		Région Wallonne		Région Bruxelles Capitale		Total	
	n=10 987		n=6132		n=2849		n=19 968	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Echelle de Braden	25	2691	27	1640	25	724	25	5055
Echelle PrePURSE	22	2444	17	1030	20	555	20	4029
Braden et/ou escarres	29	3190	31	1889	29	834	30	5913
Erythème ne disparaissant pas à la pression et/ ou escarre	11,8	1296	12,6	775	12,2	348	12,1	2419

Dans l'audit de 2000 (Décubitus et ses Indicateurs de qualité), réalisé par le Groupe Belge d'Assurance Qualité sur la Prévention des Escarres, une prévalence de 29,8% de patients à risque avait été trouvée (probablement définie par un score de Norton < 14). Quant au pourcentage de patients présentant un risque et/ou une escarre, il était de 32,1%.

Une estimation du nombre de patients présentant une escarre a été calculée à partir de deux méthodes et les résultats ont été comparés. Les patients ont été divisés en deux groupes, selon qu'ils présentaient un érythème ne disparaissant pas à la pression ou s'ils présentaient une lésion d'escarre. Les patients qui avaient un risque d'escarre —défini selon le score de Braden— présentaient moins souvent une escarre (28,2%) que les patients qui présentaient un risque selon le score de PrePURSE (30,1%).

Table 2.9. Nombre de patients à risque présentant des escarres

Patients à risque	Risque	Escarre degré 1	Escarre degré 2 à 4	Total
Score de Braden ≤ 17	6360 (25%)	697 (11%)	1095 (17,2%)	1792 (28,2%)
PrePURSE ≥ 20	20%	532 (13,2%)	682 (16,9%)	1214 (30,1%)
Erythème ne disparaissant pas à la pression et/ou présence d'escarre	12,1%	1023 (42,3%)	1396 (57,3%)	2419 (100%)

C. Prévalence des escarres par région

Dans la présente étude, la prévalence des escarres s'élevait à 12% en Belgique. Ce chiffre comprenait les escarres du premier degré (érythème ne disparaissant pas à la pression) au quatrième degré (voir tableau 2.10).

La prévalence des escarres était sensiblement la même en Région Flamande qu'en Région Bruxelles Capitale. En Région Wallonne cette prévalence était toutefois légèrement plus élevée (13%).

En ne considérant que les lésions d'escarres (à partir du deuxième degré), la prévalence était moins élevée (7%), tant au niveau national que pour les trois régions.

Table 2.10. Prévalence des escarres par région

	Région Flamande		Région Wallonne		Région Bruxelles Capitale		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Escarre degré 1-4	1296	11,8	775	12,6	348	12,2	2419	12,1
Lésion d'escarre degré 2-4	748	6,8	446	7,3	202	7,1	1396	7

Dans l'audit de 2000 (Décubitus et ses Indicateurs de qualité), réalisé par le Groupe Belge d'Assurance Qualité sur la Prévention des Escarres), l'estimation de la prévalence était de 10,7% pour les escarres du premier au quatrième degré.

Table 2.11. Origine de l'escarre la plus sévère

Origine de l'escarre (n=nombre de patients)	Degré 1		Degré 2		Degré 3		Degré 4		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Même unité de soin	596	59	304	52	164	38	89	24	1153	49
Autre unité au sein de la même institution	96	9	80	13	72	16	70	19	318	14
Autre institution	83	8	81	14	107	24	110	30	381	16
Domicile	111	11	98	16	81	9	84	23	374	16
Inconnu	68	13	17	5	12	3	14	4	111	5
Total	1023		580		437		368		2337	

L'escarre la plus sévère était survenue le plus fréquemment (49%) au sein de la même unité de soin. Ceci concerne le degré le plus sévère d'escarre observé chez un patient. L'escarre profond, quant à elle, trouvait le plus souvent son origine dans une autre institution (30%) (voir tableau 2.11). Ces différences sont à interpréter avec précaution, car il s'agit de données rapportées par les infirmières et ne reposent pas sur des données documentées par un dossier.

Dans l'audit de 2000 (Décubitus et ses Indicateurs de qualité), réalisé par le Groupe Belge d'Assurance Qualité sur la Prévention des Escarres), il avait été relevé que 50% des escarres trouvait son origine au sein même de l'unité de soins.

Table 2.12. Prévalence en fonction du risque et du degré de sévérité, par type d'hôpital

Catégorie d'hôpital	Prevalence escarres degré 1 à 4 (%)	Prevalence escarres degré 2 à 4 (%)	Prevalence escarres degré 2 à 4 chez les patients à risque (%)
Hôpital général	12,11	6,8	23,4
Hôpital général à caractère universitaire	11,12	6,49	25,4
Hôpital universitaire	10,6	6,73	22,6
Hôpital gériatrique	18,01	9,81	27,6
Hôpital spécialisé	13,84	8,32	21,6

Le tableau 2.12 synthétise la prévalence en fonction du risque et du degré de sévérité, par type d'hôpital. . Au sein des hôpitaux gériatriques, tant la prévalence des escarres de degré 1 à 4, que celle du degré 2 à 4 est élevée. Cette différence par rapport aux autres catégories d'hôpitaux s'explique par le pourcentage plus élevé de patients à risque dans ces hôpitaux. La différence avec les autres hôpitaux s'estompe légèrement lorsque l'on compare la prévalence des escarres chez les patients à risque.

Les figures 3 à 7 indiquent les prévalences des escarres par catégorie d'hôpital.

Les prévalences variaient

- de 2,3% à 15,6% dans les hôpitaux généraux,
- de 4,6% à 9,4% dans les hôpitaux généraux à caractère universitaire,
- de 3,4% à 11,9% dans les hôpitaux universitaires,
- de 6,7 à 18,8% dans les hôpitaux gériatriques,
- de 3,7 à 22,7% dans les hôpitaux spécialisés.

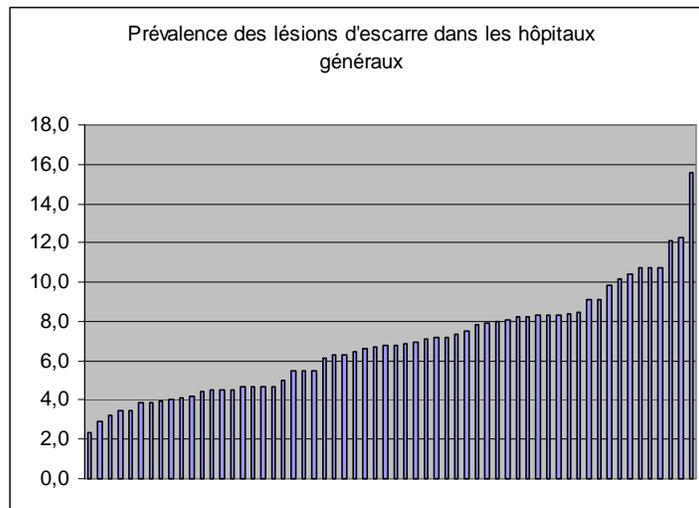


Figure 4. Prévalence des lésions d'escarre (degré 2 à 4) dans les hôpitaux généraux (n =59)

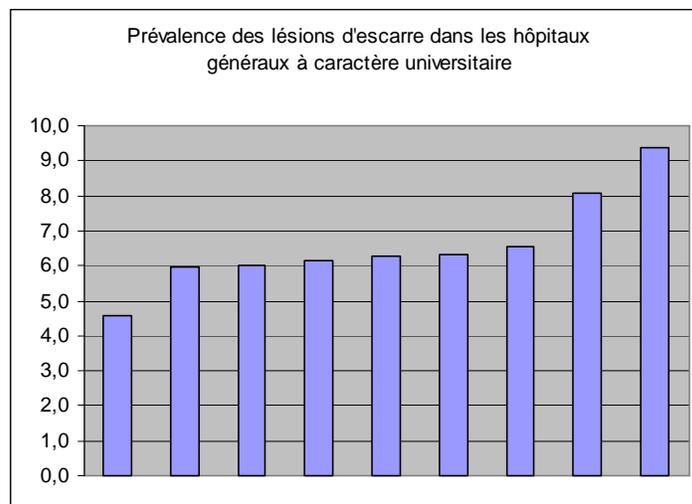


Figure 5. Prévalence des lésions d'escarre (degré 2 à 4) dans les hôpitaux généraux à caractère universitaire (n=9)

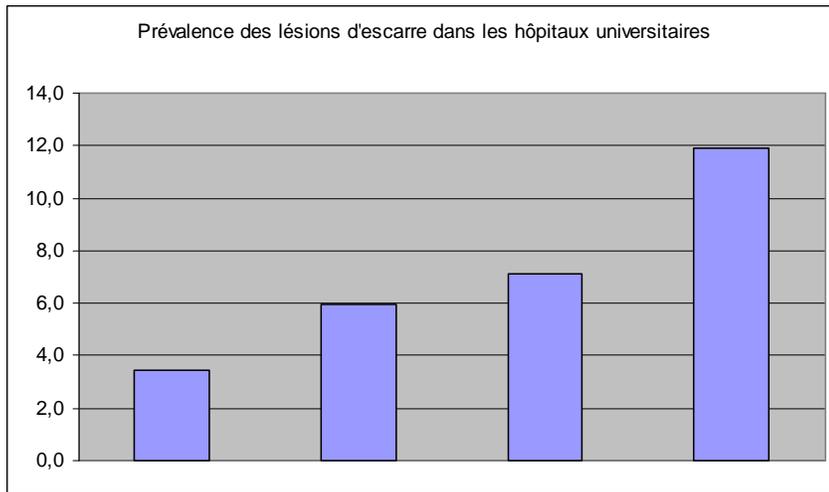


Figure 6. Prévalence des lésions d'escarre (degré 2 à 4) dans les hôpitaux universitaires (n=4)

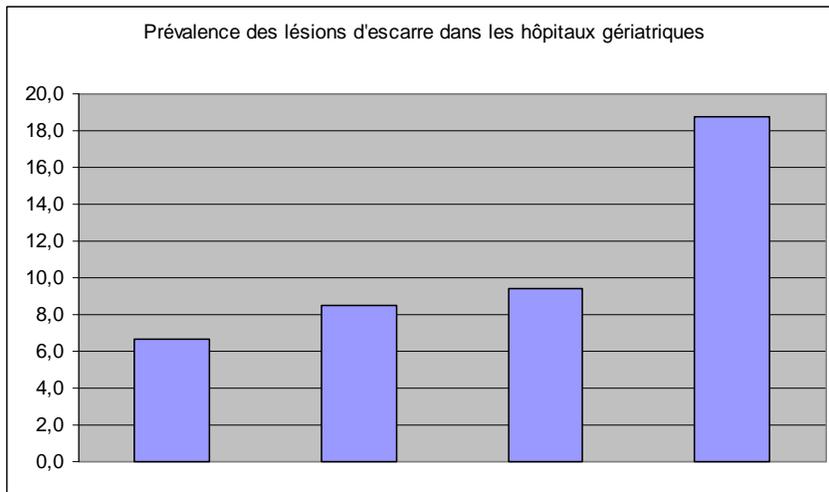


Figure 7. Prévalence des lésions d'escarre (degré 2 à 4) dans les hôpitaux gériatriques. (n=4)

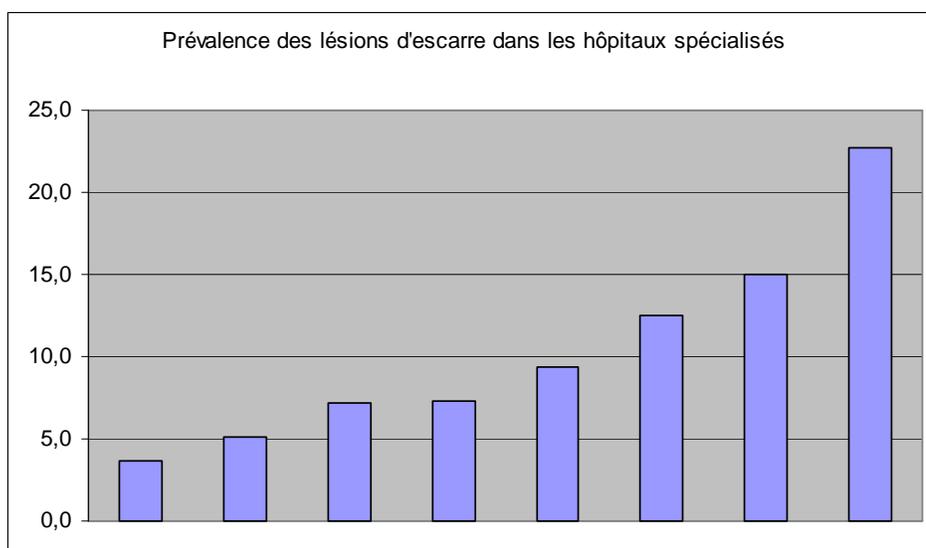


Figure 8. Prévalence des lésions d'escarre (degré 2 à 4) dans les hôpitaux spécialisés. (n=8)

L'escarre la plus fréquente était l'érythème ne cédant pas à la pression. Parmi le nombre total d'escarres observées, 41% étaient des escarres du premier degré (voir tableau 2.13) et 12% étaient des escarres profondes (= degré 4).

Table 2.13. Site de l'escarre la plus sévère

Site de l'escarre la plus sévère (n= nombre de patients)	Degré 1		Degré 2		Degré 3		Degré 4		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Siège	735	52	390	54	242	44	146	35	1663	49
Talons	502	35	234	32	224	41	224	53	1292	38
Hanches	38	3	15	2	15	3	14	3	89	3
Autres	140	10	90	12	67	12	39	9	370	11
Total	1415	100	729	100	548	100	423	100	3415*	100

(*)Comme il était possible d'observer plusieurs lésions d'escarres chez le même patient, ce chiffre est plus élevé que celui qui correspond au nombre total des patients ayant des escarres (n=2419).

A peine moins de la moitié (49%) des escarres les plus sévères étaient situées au niveau du siège. L'escarre profonde du quatrième degré s'observait le plus fréquemment au niveau des talons (53%). Lors de l'audit national de 2000 —(Décubitus et ses Indicateurs de qualité), réalisé par le Groupe Belge d'Assurance Qualité sur la Prévention des Escarres —, 49,5% des escarres étaient situés au niveau du siège (sacrum + ischions), 19,4% au niveau des talons ou des chevilles et 2,2% au niveau de la hanche.

D. Lésions de macération par région

Une attention toute particulière avait été apportée lors de la présente étude à la distinction entre les lésions de macération et les escarres. Le tableau ci-dessous (2.14) indique les sites des lésions de macération observées, par région.

Table 2.14. Site des lésions de macération par région

(n = patients)	Region Flamande		Region Wallonne		Region Bruxelles Capitale		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Lésions de macération	644	5,9	348	5,7	139	4,90	1131	5,7
Au niveau du pli fessier	498	4,5	273	4,5	107	3,80	878	4,4
Au niveau du siège	312	2,8	177	2,9	67	2,40	556	2,8
Au niveau de la hanche	60	0,5	62	1,0	18	0,60	140	0,7

Parmi les patients observés, 6% présentaient une lésion de macération, située le plus souvent au niveau du pli fessier.

En résumé

Au total, 84 des 143 hôpitaux invités ont participé à cette étude. Ceci représente 1005 unités de soins, dans lesquelles 19.968 patients, âgés de plus de 18 ans, ont été observés.

Dans ce groupe de patients, 25% présentaient un risque d'escarre, défini par un score de Braden inférieur à 17 et/ou présentant une escarre.

La prévalence des escarres du premier au quatrième degré s'élevait à 12,1%. Si le premier degré n'était pas pris en compte, la prévalence des lésions d'escarre (degré 2 à 4) s'élevait à 7%. Les lésions de macération étaient présentes chez 5,7% des patients observés.

E. Mesures préventives par région

Afin de pouvoir évaluer le caractère adéquat des soins, les patients à risque ont été identifiés à l'aide de l'échelle de Braden (score < 17) et/ ou la présence d'escarres (degré 1 à 4).

Sur base de ces critères, 5913 (30%) patients nécessitaient des soins préventifs (voir tableau 2.8 ; pour plus d'explications, voir la page suivante).

Parmi les nombreuses analyses que permet le tableau ci-dessous, relevons que 12% des patients à risque ne disposaient pas de matériel spécifique au lit. Parmi ceux-ci, seuls 2% bénéficiaient d'un schéma de mobilisation toutes les deux heures.

Environ 61% des patients à risque non-alités (n=4055) ne bénéficiaient pas de matériel de prévention lorsqu'ils étaient dans le fauteuil et à peine 0.3% parmi ceux-ci étaient mobilisés toutes les heures (voir tableau 2.15).

Table 2.15. Mesures préventives chez le patient à risque

		Changement de position (n=nombre de patients)															
		Pas		Irrégulière		/4h		/3h		/2h		/heure		Inconnu		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
LIT	Matériel préventif																
	Pas de matériel particulier	238	34	328	47	82	12	31	4	14	2	0	0	0	0	0	693
	Matelas réduisant la pression	745	28	1032	38	651	24	198	7	59	2	1	0	8	0,3	2694	
	Matelas à pression alternée	277	14	770	39	625	32	189	10	92	5	2	0,1	9	0,5	1964	
	Matelas d'eau	33	16	79	39	72	35	15	7	5	2	0	0	0	0	204	
	Matelas low-airloss	41	36	26	23	36	31	9	8	3	3	0	0	0	0	115	
	Matelas d'air	33	16	79	39	72	35	15	7	5	2	0	0	0	0	204	
	Lit de sable	18	13	86	61	20	14	14	10	1	0,7	1	0,7	1	1	141	
	Autre	17	55	6	19	7	23	0	0	0	0	0	0	1	3	31	
	Inconnu	3	27	1	9	5	46	0	0	0	0	1	9	1	9	11	
FAUTEUIL	Pas de coussin particulier	1031	42	1019	41	257	10	62	2	76	3	8	0,3	9	0,4	2462	
	Coussin réduisant la pression	254	27	459	48	127	13	56	6	38	4	8	1	5	0,5	947	
	Coussin d'eau	7	20	21	60	7	20	0	0	0	0	0	0	0	0	35	
	Coussin d'air	72	26	105	38	51	18	19	7	20	7	0	0	8	3	275	
	Coussin gel	13	24	25	46	9	17	3	6	3	6	1	2	0	0	54	
	Autre	53	23	125	54	28	12	3	1	20	9	3	1	0	0	232	
	Inconnu	11	22	20	40	4	8	2	4	0	0	0	0	13	26	50	

Tout patient qui présente un risque d'escarre devrait pouvoir bénéficier de soins adéquats. Un soin adéquat signifie que le patient bénéficie des soins correspondant à ses besoins. Par conséquent, il est important de déterminer le niveau de soin adapté à chaque patient. Dans le présent contexte, cela signifie que les patients à risque devraient bénéficier de soins préventifs personnalisés en vue de prévenir l'apparition des escarres.

Pour tout patient complètement alité, cela signifie de pouvoir reposer,

- soit sur un lit ou un matelas réduisant la pression, avec un schéma de mobilisation au moins toutes les 4 heures,
- soit sur un matelas ne réduisant pas la pression, avec un schéma de mobilisation toutes les deux heures.

Les patients reposant sur un matelas dynamique ne nécessitent pas de mobilisation dans ce cadre. En tout état de cause, les patients à risque devraient pouvoir bénéficier d'une décharge de l'appui des talons.

L'algorithme complet pour les soins adéquats se trouve en annexe 8.

Pour le patient à risque qui n'était pas alité en permanence, un 'soin adéquat' signifiait qu'il bénéficiait des mesures préventives au lit comme dans le fauteuil. Si le patient à risque était alité en permanence, seules les mesures préventives utilisées au lit étaient prises en compte.

Lorsque le patient n'était pas un patient à risque, le soin était considéré comme 'adéquat' si aucune mesure préventive n'était indiquée. Les tableaux ci-dessous résument la notion du 'soin adéquat' au lit comme dans le fauteuil pour le patient à risque.

Table 2.16. Prévention efficace au lit

	Système dynamique*	Système statique**	Mobilisation / 1/2h	Mobilisation 1/2/3/4h	Décharge de l'appui des talons	Risque
LIT	x				x	x
		x		x	x	x
			x		x	x

* Système dynamique = matelas à pression alternée, low airloss, lit de sable

** Système statique = matelas réducteur de pression, matelas d'air ou d'eau

Table 2.17. Prévention efficace dans le fauteuil

	Coussin statique	Mobilisation/ 1h	Mobilisation 2/3h	Ne peut pas se lever	Risque
FAUTEUIL	x		x		x
		x			x
				x	x

*coussin statique= coussin réducteur de pression, coussin d'air ou d'eau

A partir de cet algorithme (tableau 2.16 et 2.17), l'analyse des données montre que seuls 11% des patients à risque non-alités bénéficiaient de soins adéquats complets, tant au lit qu'dans le fauteuil. En ne considérant que les patients à risque, 26% parmi eux recevaient des soins adéquats au lit et 34% dans le fauteuil (voir tableau 2.18).

Table 2.18. Soins adéquats chez le patient à risque

Prévention	Absence de soins adéquats*		Soins incomplets**		Soins adéquats	
	n	%	n	%	n	%
Lit	519	9	3887	66	1507	26
Fauteuil (pas alité en permanence)	2652	45	1250	21	2011	34
Lit et fauteuil	929	16	4348	74	636	11

* Absence de soins adéquats = aucune mesure préventive n'est appliquée

** Soins incomplets = des mesures préventives sont appliquées, mais de manière inadaptée

Soins adéquats : différences selon les régions

Table 2.19. Soins adéquats chez le patient à risque par région

Index unité de soin (n= nombre de unité de soins)		Région Flamande		Région Wallonne		Région Bruxelles Capitale		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
AU LIT & AU FAUTEUIL	Absence de soins adéquats	444	13,9	375	19,9	110	13,2	929	15,7
	Soins incomplets	2302	72,2	1391	73,6	655	78,5	4348	73,5
	Soins adéquats complets	444	13,9	123	6,5	69	8,3	636	10,8
AU LIT	Absence de soins adéquats	162	5,1	265	14	92	11	519	8,8
	Soins inadéquats	1988	62,3	1287	68,1	612	73,4	3887	65,7
AU FAUTEUIL	Soins adéquats complets	1040	32,6	337	17,8	130	15,6	1507	25,5
	Absence de soins adéquats	1417	44,4	890	47,1	345	41,4	2652	44,9
	Soins inadéquats	710	22,3	380	20,1	160	19,2	1250	21,1
	Soins adéquats complets	1063	33,3	619	32,8	329	39,4	2011	34

Des différences ont été observées au niveau des soins adéquats dispensés, en fonction des régions, tant au niveau des soins adéquats au lit qu'au niveau des soins adéquats au lit et dans le fauteuil.

- Pour les soins adéquats au lit, les chiffres variaient de 15,6% (Région Bruxelles Capitale) à 32,6% (Région Flamande)
- Pour les soins adéquats dans le fauteuil, les chiffres variaient de 32,8% (Région Wallonne) à 39,4% (Région Bruxelles Capitale)
- Pour les soins adéquats complets (au lit et au fauteuil), les chiffres variaient de 6,5% (Région Wallonne) à 13,9% (Région Flamande).

Dans toutes les régions, le nombre de patients à risque bénéficiant de soins adéquats était bas :

- maximum 1 patient à risque sur 7 (13,9%) bénéficiait de soins adéquats au lit et dans le fauteuil ;
- moins d'un patient à risque sur 4 bénéficiait de soins adéquats au lit ;
- moins d'un patient à risque sur 3 (34%) bénéficiait de soins adéquats dans le fauteuil.

D'autre part 71% des patients qui n'étaient pas à risque faisaient l'objet de mesures préventives (voir tableau 2.20).

Table 2.20. Soins adéquats chez le patient non à risque par région

Index unité de soin (n= nombre de unité de soins)		Région Flamande		Région Wallonne		Région Bruxelles Capitale		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
AU LIT & DANS LE FAUTEUIL	Soins adéquats (pas de mesures préventives)	1789	22,9	1588	37,4	707	35,1	4084	29
	Soins inadéquats (mesures préventives)	6008	77,1	2655	62,6	1308	64,9	9971	71
AU LIT	Soins adéquats (pas de mesures préventives)	1961	25,2	1646	38,8	742	36,8	4349	31
	Soins inadéquats (mesures préventives)	5836	74,8	2597	61,2	1273	63,2	9706	69
DANS LE FAUTEUIL	Soins adéquats (pas de mesures préventives)	6990	89,6	3969	93,5	1854	92,0	12803	91
	Soins inadéquats (mesures préventives)	807	10,4	274	6,5	161	8,0	1242	8,8

Les patients qui ne présentaient pas de risque d'escarre bénéficiaient fréquemment (dans 71% des cas) de mesures préventives. Il est à noter que l'utilisation d'un matelas à mousse viscoélastique chez le patient qui n'était pas à risque, n'était pas considéré comme une mesure préventive inadéquate. En effet, ce type de matelas est utilisé de manière routinière dans certains hôpitaux. Les différences variaient peu d'une région à l'autre. Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence, parce que les soins adéquats au lit ou dans le fauteuil (ou les deux) ont été analysés chez les patients à risque, —déterminés comme tels en fonction de leur score de Braden (>17)— ou par la présence d'une escarre (degré 1 à 4). Dans la pratique professionnelle, il est tout à fait possible que le jugement clinique de l'infirmière entraîne la prise de mesures préventives chez le patient, chez qui la nature des besoins est plus complexe qu'une addition de critères de risque, aussi fondés soient-ils sur le plan scientifique.

En résumé

Au total, seuls 11% des patients à risque bénéficiaient de soins préventifs requis au lit et dans le fauteuil.

2.1.4.2. Caractéristiques des patients par index

A. Caractéristiques générales des patients par index

Dans le présent échantillon, plus de la moitié des patients observés (62%) faisait partie d'une unité C, D ou CD. Seuls 4% se trouvaient dans une unité de soins intensifs. La catégorie « autres unités » réfère aux autres unités de soins, comme les unités Sp., etc.

Dans l'audit de 2000 (Décubitus et ses indicateurs de qualité) réalisé par le Comité Belge pour les Soins de qualité et la Prévention des escarres, 55,8% des patients provenaient d'unités C,D ou CD, 12,8% de gériatrie et 3,3% d'unités de soins intensifs.

Le tableau ci-dessous reprend les caractéristiques principales des patients par index.

Table 2.21. Profil des patients par index

Caractéristiques des patients n = nombre de patients	Index de l'unité de soins							
	Unités C		Unités D		Unités CD		Unités G	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Âge >70 ans	2291	43,5	3221	55,1	592	44,50	3056	94,9
Genre:féminin	2893	54,9	2853	48,8	709	53,2	2170	67,3
Insuffisance pondérale (<55 kg)	406	7,7	701	12,0	136	10,20	666	20,7
En surpoids (>94 kg)	440	8,3	426	7,3	113	8,50	120	3,7
Incontinence urinaire	282	5,3	649	11,1	105	7,90	944	29,3
Incontinence fécale	265	5,0	679	11,6	119	8,90	900	27,9
Incontinence urinaire et fécale	348	6,6	780	13,3	128	9,6	1122	34,8
Opération endéans la semaine	904	17,1	226	3,9	146	11,00	39	1,2
Risque d'escarre selon Braden(score <17)	934	17,7	1200	20,5	206	15,5	1192	37
Patients non alités en permanence	709	63,1	1009	60,6	161	66,8	1094	79,7
Total nombre de patients	5276	26,4	5848	29,3	1332	6,7	3222	16,1

Caractéristiques des patients n = nombre de patients	Index de l'unité de soins					
	Soins intensifs		Autres unités		Total	
	n	%	n	%	n	%
Âge >70 ans	436	53	2292	64,8	11888	59,6
genre:féminin	344	41,7	2130	61,2	11099	55,6
Insuffisance pondérale (<55 kg)	68	8,3	554	15,25	2531	12,7
En surpoids (>94 kg)	95	11,5	168	4,7	1362	6,8
Incontinence urinaire	44	5,3	762	21,9	2786	14
Incontinence fécale	246	29,9	684	19,7	2893	14,5
Incontinence urinaire et fécale	51	6,2	808	23,3	3237	16,2
Opération endéans la semaine	53	6,4	80	3	1448	7,3
Risque d'escarre selon Braden(score <17)	524	63,6	999	29	5055	25,3
Patients non alités en permanence	110	20,3	972	80,7	4055	68,6
Total nombre de patients	824	4,1	3466	8,6	19968	100

Dans l'échantillon, un peu moins de la moitié des patients des unités C et CD étaient âgés de 70 ans ou plus (44% dans les unités C et 45% dans les unités CD). Quant aux unités D et aux soins intensifs, cela concernait un peu plus de la moitié des patients. Sans surprise, dans les unités G, qui représentent 16% des patients de l'échantillon (n=3222), ce pourcentage montait à 95%.

Plus de deux tiers des patients séjournant dans les unités G (67%) et 'autres services' (62%) étaient des femmes. Les autres index affichaient une quasi-parité hommes-femmes.

Ce pourcentage correspond à la population des patients belges hospitalisés, excepté pour les services des soins intensifs, où l'on ne retrouve que 43,4% de femmes.

En comparant les données de l'échantillon à la population des données RIM 2006, l'âge des patients du présent échantillon est plus élevé : un tiers des patients des unités C, D et CD avait plus de 70 ans. Au niveau des soins intensifs, cela concernait la moitié (49%) des patients, alors que dans les services G, ils étaient 96% à avoir 70 ans et plus.

Le nombre patients souffrant d'incontinence urinaire variait de 5% dans les unités C et de soins intensifs, à 29% dans les unités G. Dans le présent contexte, les patients porteurs d'une sonde vésicale n'étaient pas considérés comme souffrant d'incontinence urinaire. Environ un tiers des patients des unités G souffrait à la fois d'incontinence urinaire et fécale.

En ce qui concernait l'insuffisance pondérale, moins d'un quart des patients de tous les index présentait un poids inférieur à 55 kg. C'est dans les unités G que le plus grand nombre de patients présentant un déficit pondéral ont été observés (21%).

Environ 12% des patients des unités de soins intensifs présentait un surpoids (> 94 kg). Dans les autres unités, les pourcentages étaient plus bas. Le pourcentage le plus bas se rencontrait dans les unités G, où seuls 4% des patients présentaient un poids supérieur à 94 kg.

Les services C et CD avaient le plus grand nombre de patients devant subir une intervention chirurgicale endéans la semaine (17% et 11%).

B. Risque d'escarre par index

Le score de Braden moyen était le plus bas dans les unités de soins intensifs (15) et le plus élevé dans les unités CD (20 ; voir tableau 2.19). Les unités de soins intensifs présentaient le pourcentage le plus élevé de patients à risque (64%), à l'opposé des unités CD, qui présentaient le pourcentage le plus bas de patients à risque (16%). (Risque= Braden<17).

Table 2.22. Score de Braden moyen par index

Index	Moyenne	Déviati on standard
C	19,6	3,2
D	19,5	3,7
CD	20	3,5
G	17,5	3,9
Soins intensifs	14,8	4,1
Autres	18,4	3,7

Une tendance identique se profile lors de l'observation du nombre de patients à risque, selon que l'évaluation s'effectuait à l'aide de l'échelle de Braden et/ou sur base de la présence d'une escarre (voir tableau 2.23).

L'échelle PrePURSE identifiait moins de patients à risque, à l'exception des unités de soins CD, où le pourcentage de patients à risque demeurait identique (16%).

Table 2.23. Nombre de patients à risque d'escarre selon l'index

Patients à risque	Index de l'unité de soins						
	Unités C (%)	Unités D (%)	Unités CD (%)	Unités G (%)	Soins intensifs (%)	Autres unités de soins (%)	Total (%)
Échelle de Braden	18	20	15	37	64	29	25
Échelle PrePURSE	21	16	16	29	29	18	20
Braden et/ou escarre	21	24	18	43	66	35	30

C. Escarres par index

La prévalence des escarres était la plus élevée dans les unités de soins intensifs (20%) et la plus basse dans les unités CD (6%). Lorsqu'un l'érythème ne disparaissant pas à la pression (premier degré) n'était pas prise en compte, la prévalence des escarres dans les unités de soins intensifs retombait à 13% et à 3% dans les unités CD (voir tableau 2.24)

Table 2.24. Prévalence des escarres selon l' index

	Index de l'unité de soins													
	Unités C		Unités D		Unités CD		Unités G		Soins intensifs		Autres unités		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Escarre Degré 1 - 4	426	8,1	648	11,1	85	6,4	609	18,9	164	19,9	487	13,7	2419	12,1
Lésion d'escarre Degré 2 - 4	226	4,3	361	6,2	42	3,2	395	12,3	107	13	265	7	1396	7

C'est l'érythème ne disparaissant pas à la pression qui constituait le plus grand groupe des escarres dans toutes les unités de soins (voir tableau 2.24).

Les escarres profondes (degré 4) ont davantage été observés au niveau des talons, particulièrement dans les unités G (9%). Ce type d'escarre était particulièrement rare dans les unités CD (1%).

Table 2.25. Site de l'escarre selon l'index

	Index de lits											
	Unités C		Unités D		Unités CD		Unités G		Soins intensifs		Autres	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Siège												
Degré1	149	27	227	27	31	28	144	18	37	16	147	25
Degré2	66	12	115	14	16	15	91	12	36	16	66	11
Degré3	41	8	63	8	7	6	76	10	16	7	39	7
Degré4	29	5	30	4	7	6	48	6	4	2	28	5
Talons												
Degré1	96	18	114	14	23	21	125	16	31	13	113	19
Degré2	33	33	61	7	8	7	70	9	22	10	40	7
Degré3	35	6	47	6	6	5	73	9	16	7	47	8
Degré4	35	6	55	7	1	1	73	9	11	5	49	8
Hanche												
Degré1	1	0	14	2	2	2	10	1	4	2	7	1
Degré2	1	0	2	0	0	0	6	1	3	1	3	1
Degré3	3	1	6	1	1	1	4	1	1	0	0	0
Degré4	3	1	1	0	0	0	5	1	2	1	3	1
Autres												
Degré1	27	5	47	6	5	5	27	3	14	6	20	3
Degré2	10	2	27	3	1	1	17	2	19	8	16	3
Degré3	13	2	17	2	2	2	13	2	7	3	15	3
Degré4	3	1	12	1	0	0	9	1	8	3	7	1
Total	545		838		110		791		231		600	

L'escarre la plus sévère s'était constituée majoritairement (41% à 58% des cas) au sein de l'unité même où le patient séjournait au moment de l'observation.

Dans les unités de soins CD, G, ainsi que les "autres unités", environ un quart des escarres trouvait son origine à domicile ou dans une autre institution (voir tableau 2.26).

Table 2.26. Origine de l'escarre la plus sévère par index

Origine de l'escarre la plus sévère	Index de l'unité de soins													
	Unités C		Unités D		Unités CD		Unités G		Soins intensifs		Autres		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Même unité de soins	259	52	348	49	46	50	266	42	102	58	211	41	1232	47
Autres unité de soin dans la même institution	60	12	69	10	11	12	79	12	20	11	92	18	331	13
Autre institution	34	7	72	10	8	9	141	22	13	7	125	24	393	15
Domicile	72	14	144	20	23	25	110	17	20	11	44	8	413	16
Inconnu	72	14	76	11	4	4	44	7	21	12	48	9	265	10
Total	497		709		92		640		176		520		2634	

Les unités de soins intensifs sont les unités où les lésions d'escarres étaient le plus souvent survenues au sein même de l'unité, aussi bien pour les patients à risque que ceux qui ne l'étaient pas.

Table 2.27. Prévalences des escarres selon l'index

	Prévalence des escarres degré 1 à 4 (%)	Prévalence des escarres degré 2 à 4 (%)	Prévalence des escarres degré 2 à 4 chez le patient à risque (%)
Unité C	8,1	4,3	20,1
Unité D	11,1	6,2	25,3
Unité CD	6,4	3,2	17,4
Unité G	18,9	12,3	28,8
USI	19,9	13	19,7
Autres unités	13,7	7,6	22

Le tableau 2.27 met en évidence que les prévalences les plus élevées se rencontrent dans les unités G et USI, tant pour les escarres de degré 1 à 4 que pour celles du degré 2 à 4. Ceci n'est pas le cas pour la prévalence des escarres chez le patient à risque : les prévalences les plus élevées se rencontrent dans les unités G et D pour les lésions d'escarre (degré 2 à 4).

D. Lésions de macération, par index

Table 2.28. Lésions de macération, par index

(n = nombre de patients)	Unités C		Unités D		Unités CD		Unités G	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Lésions de macération	199	3,8	323	5,5	43	3,2	262	8,1
Au niveau du pli fessier	157	3,0	234	4,0	32	2,4	206	6,4
Au niveau du siège	87	1,6	180	3,1	22	1,7	133	4,1
Au niveau de la hanche	22	0,4	46	0,8	15	1,1	33	1,0

(n = nombre de patients)	USI		Autres unités		Total	
	n	%	n	%	n	%
Lésions de macération	81	9,8	223	6,8	1131	5,7
Au niveau du pli fessier	59	7,2	190	6	878	4,4
Au niveau du siège	43	5,2	91	2,4	556	2,8
Au niveau de la hanche	10	1,2	14	0,5	140	0,7

Environ 10% des patients admis aux soins intensifs présentaient une lésion de macération. Ce chiffre était de 3% dans les unités CD. Dans toutes les unités, les lésions de macération survenaient majoritairement au niveau du pli fessier.

E. Mesures préventives, par index

Afin de pouvoir évaluer si les mesures préventives étaient utilisées de manière correcte et cohérente, la question était de savoir si les patients à risque bénéficiaient de mesures préventives adéquates. Les patients à risque étaient définis comme tels par un score de Braden inférieur à 17 et/ou la présence d'escarres.

Table 2.29. Soins adéquats chez les patients à risque

		Index de l'unité de soins													
		Unités C		Unités D		Unités CD		Unités G		Soins intensifs		Autres unités		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AU LIT ET DANS LE FAUTEUIL	Soins adéquats complets*	74	6,6	121	8,5	15	6,2	165	12	165	30,4	96	8	636	10,8
	Soins incomplets**	852	75,9	1034	72,4	178	73,9	1001	73	323	59,5	960	79,7	4348	73,5
	Absence de soins adéquats***	197	17,5	274	19,2	48	19,9	206	15	55	10,1	149	12,4	929	15,7
AU LIT	Soins adéquats complets	196	17,5	298	20,9	33	13,7	501	36,5	196	36,1	283	23,5	1507	25,5
	Soins incomplets	789	70,3	974	68,2	169	70,1	811	59,1	312	57,5	832	69	3887	65,7
	Absence de soins adéquats	138	12,3	157	11	39	16,2	60	4,4	35	6,4	90	7,5	519	8,8
DANS LE FAUTEUIL	Soins adéquats complets	426	37,9	442	30,9	86	35,7	23,8	327	440	81	290	24,1	2011	34
	Soins incomplets	171	15,2	214	15	27	11,2	430	31,3	23	4,2	385	32	1250	21,1
	Absence de soins adéquats	526	46,8	773	54,1	128	53,1	615	44,8	80	14,7	530	44	2652	44,9

(*) soins adéquats complets= prévention efficace

(**) soins incomplets = des mesures préventives sont utilisées, mais ne sont pas combinées correctement

(***) absence de soins adéquats= aucune mesure préventive n'est appliquée

Dans les unités de soins intensifs, 30% des patients à risque bénéficiaient de mesures préventives adéquates, tant au lit que dans le fauteuil (voir tableau 2.29). Ce pourcentage retombait à 6% dans les unités CD.

Dans toutes les unités de soins, la plupart des patients à risque (entre 60 à 80%) recevaient des soins préventifs incomplets. Cela signifie que des mesures préventives étaient effectivement mises en œuvre, mais de manière incorrecte, ou pas de manière continue au lit et dans le fauteuil.

Environ 36% des patients à risque dans les unités de soins G et de soins intensifs bénéficiaient de mesures de prévention efficaces au lit. Dans ces deux services, respectivement 8% et 3% n'avaient pas de matelas réduisant la pression dans le lit.

Dans tous les services, le pourcentage de patients à risque bénéficiant de mesures de prévention efficaces dans le fauteuil était plus élevé que celui des patients à risque recevant ces mesures au lit.

Table 2.30. Soins adéquats chez les patients non à risque

		Index de l'unité de soins													
		Unités C		Unités D		Unités CD		Unités G		Soins intensifs		Autres unités		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AU LIT ET DANS LE FAUTEUIL	Soins complètement adéquats*	1269	30,6	1391	31,5	370	33,9	427	23,1	47	16,7	580	25,7	4084	29,1
	Soins inadéquats**	2884	69,4	3028	68,5	21	66,1	1423	76,9	234	83,3	1681	74,3	9971	70,9
AU LIT	Soins complètement adéquats	1333	32,1	1441	32,6	377	34,6	501	27,1	56	19,9	641	28,3	4349	30,9
	Soins inadéquats	2820	67,9	2978	67,4	714	65,4	1349	72,9	225	80,1	1620	71,6	9706	69,1
DANS LE FAUTEUIL	Soins complètement adéquats	3908	94,1	4221	95,5	1072	98,3	1461	79,0	238	84,7	1913	84,6	12813	91,2
	Soins inadéquats	245	5,9	198	4,5	19	1,7	389	21,0	43	15,3	348	15,4	1242	8,8

*Soins complètement adéquats : des mesures préventives ne sont pas mises en œuvre

** Soins inadéquats: des mesures préventives sont mises en œuvre

Enfin, les patients qui n'avaient pourtant pas été identifiés comme étant à risque de développer des escarres, recevaient des mesures préventives au lit ou dans le fauteuil dans 66% à 83% des cas, comme le montre le tableau ci-dessus (2.30) .

L'utilisation d'un matelas à mousse viscoélastique chez le patient qui n'était pas à risque, n'était pas considéré comme une mesure préventive inadéquate. En effet, ce type de matelas est utilisé de manière routinière dans certains hôpitaux. A cela s'ajoute le fait que les données ci-dessus devraient être interprétées avec prudence, vu qu'il est fréquent que l'infirmière utilise, outre l'échelle de risque, son jugement clinique pour déterminer si l'état du patient nécessite l'utilisation de mesures préventives ou non.

En résumé

Dans les unités des soins intensifs, qui présentaient les scores de Braden moyens les plus bas, les patients étaient le plus fréquemment à risque et présentaient le plus souvent des escarres, tant pour les escarres de degré 1 à 4 que pour ceux de degré 2 à 4. Dans ces mêmes unités, les patients bénéficiaient également le plus souvent de soins adéquats.

Dans toutes les unités de soins, les patients recevaient le plus souvent des soins incomplets.

Enfin, les patients recevaient plus souvent des soins adéquats dans le fauteuil que dans le lit.

2.2. Analyse univariée

L'analyse univariée a permis d'étudier quels facteurs liés à l'institution, à l'unité de soins ou au patient avaient un lien avec

- La prévalence des escarres
- La prise de mesures préventives

Lors de l'analyse univariée, l'escarre a été définie par une escarre de degré 2 à 4.

Lors des mesures préventives, l'escarre a été définie par une escarre de degré 1 à 4. En effet, tout érythème ne cédant pas à la pression doit être considéré comme un signe d'alerte, justifiant la prise de mesures préventives immédiates.

2.2.1 Analyses au niveau de l'hôpital

Il a été étudié s'il existait un lien entre la prévalence des escarres et le fait d'utiliser ou non des mesures préventives adéquates pour chaque caractéristique suivante :

- la région où se trouvait l'hôpital,
- les caractéristiques de l'hôpital,
- la gestion en matière d'escarres.

2.2.1.1. Prévalence des escarres

A. Relation entre la région où se situait l'hôpital et la prévalence des escarres.

Les 84 hôpitaux participants se trouvaient dans les régions suivantes:

- la Région Flamande, comprenant la Flandre Occidentale, la Flandre Orientale, le Limbourg, Anvers et le Brabant Flamand (n = 48)
- la Région Wallonne, comprenant le Brabant Wallon, la province de Liège, le Hainaut, le Luxembourg et la province de Namur (n= 28)
- la Région Bruxelles Capitale (n = 8).

Il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre la région où se trouvait l'hôpital et la survenue des lésions d'escarre (degré 2 à 4; voir tableau 2.10) ($\chi^2=1,36$; ddl= 2; $p = 0,51$).

B. Relation entre les caractéristiques hospitalières et la prévalence des escarres.

Les 84 hopitaux ont été répartis selon les cinq catégories suivantes :

- hôpital général,
- hôpital général à caractère universitaire,
- hôpital universitaire,
- hôpital gériatrique,
- hôpital spécialisé.

Les hôpitaux psychiatriques n'ont pas fait partie de cette étude.

Les hôpitaux ont également été répartis selon leur nombre de lits:

- petit hôpital (moins de 250 lits),
- hôpital moyen (de 250 à 500 lits),
- grand hôpital (plus de 500 lits).

Table 2.31. Relation entre la taille de l'hôpital (nombre de lits) et la prévalence des escarres

	Taille de l' hôpital						Total	
	<250 lits		250-500 lits		>500 lits		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Lésions d'escarre	222	7,4	568	7,3	606	6,6	1396	7
Pas de lésion d'escarre	2764	92,6	7253	2,7	8555	93,4	18 572	93

La relation entre la taille de l'hôpital ou la catégorie à laquelle appartenait l'hôpital et la prévalence des escarres est statistiquement non significative ($\chi^2=3,87$; ddl=2; $p=0,151$).

C. Relation entre la gestion en matière d'escarres et la prévalence des escarres

Afin d'avoir une image de la gestion hospitalière en matière d'escarres, la présence des données suivantes avait été demandée:

- un comité d'escarres;
- une infirmière de référence pour les escarres;
- un protocole écrit;
- une personne responsable pour l'actualisation du protocole, en regard de l'évolution des connaissances scientifiques et de la diffusion de l'information aux infirmières;
- un contrôle des pratiques pour voir si elles étaient conformes au protocole;

- un enregistrement régulier des escarres;
- une formation sur les escarres au cours des deux années écoulées;
- une brochure à l'attention des patients et de leurs familles au sujet de la prévention des escarres.

En ce qui concerne la politique hospitalière en matière de prévention des escarres, les résultats étaient les suivants :

- 71% des hôpitaux avaient un comité d'escarres,
- 35% une infirmière de référence pour les escarres,
- 91% des hôpitaux possédaient un protocole,
- dans 88% des hôpitaux une personne était responsable de l'actualisation de ce protocole,
- 49% des hôpitaux procédaient à la vérification quant à la conformité des pratiques,
- 79% des hôpitaux procédaient à l'enregistrement régulier des escarres,
- dans 68% des hôpitaux, une formation des escarres avait été donnée,
- dans 38% des hôpitaux, une brochure concernant la prévention des escarres, destinée aux patients et à leur famille, était présente.

Table 2.32. Relation entre la gestion des escarres et sa prévalence

Gestion en matière d'escarre	Prévalence des escarres lorsque l'item était présent		Prévalence des escarres lorsque l'item était absent		chi ²	ddl	p-value
	n	%	n	%			
Comité d'escarres	1084	7,4	312	5,9	14,18	1	<0,001
Protocole écrit	1219	6,9	177	7,5	1,00	1	0,31
Infirmière de référence pour les escarres	395	6,7	1001	7,1	1,15	1	0,28
Enregistrement régulier des escarres	1100	6,7	296	8,3	11,41	1	0,01
Formation à propos des escarres <2 ans	973	6,9	423	7,3	1,34	1	0,25
Actualisation du protocole	1229	7,0	167	7,2	0,20	1	0,65
Vérification si les pratiques sont conformes au protocole	700	7,3	696	6,7	1,94	1	0,16
Brochure à l'intention des patients	501	7,6	895	6,7	5,1	1	0,02

La relation entre le nombre de lésions d'escarre et les données suivantes est statistiquement significative :

- un comité d'escarres ;
- l'enregistrement régulier de la prévalence des escarres;
- la présence d'une brochure d'information à propos de la prévention des escarres pour le patient et sa famille (tableau 2.32).

La prévalence des lésions d'escarre était plus basse lorsqu'il n'y avait *pas de comité d'escarres* dans l'hôpital (5,9%, contre 7,4% en présence d'un comité d'escarres) ($t=-25,6$; $ddl=15464,3$; $p<0,001$).

La question se posait ici de savoir si les hôpitaux ayant davantage de patients à risque ne constituaient pas plus souvent un comité d'escarres que les hôpitaux ayant moins de patients à risque. Les hôpitaux ont été répartis en deux groupes, selon que le pourcentage de patients à risque était supérieur à la médiane de l'échantillon (24,4%) ou inférieur à cette médiane.

Les hôpitaux ayant beaucoup de patients à risque n'avaient pas plus fréquemment un comité d'escarres ($t=-1,722$; $ddl= 76,181$; $p=0,089$). Cette différence n'était également pas significative pour ce qui est de la relation avec les autres items concernant la gestion des escarres :

- protocole écrit: ($t=1,373$; $ddl= 73,682$; $p = 0,174$);
- infirmière de référence pour les escarres: ($t= -0,825$; $ddl= 82$; $p= 0,412$);
- formation: ($t= 0,529$; $ddl= 82$; $p=0,598$);
- brochure d'information: ($t= -0,551$; $ddl= 82$; $p=0,583$);
- actualisation du protocole: ($t= 0,509$; $ddl=82$; $p= 0,612$);
- vérification des pratiques selon le protocole: ($t= -0,226$; $ddl= 82$; $p = 0,822$);
- enregistrement régulier ($t= 0,830$; $ddl=82$; $p = 0,409$).

De ces analyses, il y a lieu de retenir que le nombre de patients à risque d'escarre n'est pas associé à la gestion des escarres (hormis leur enregistrement)

Table 2.33. Présence d'un comité d'escarres en présence d'un pourcentage important ou non de patients à risque

	Hôpitaux ayant un % de patients à risque < médiane		Hôpitaux ayant un % de patients à risque > of = médiane		Total	
	n	%	n	%	n	%
Pas de comité d'escarre	15	35,2%	25	18,4%	40	28,6%
Comité d'escarre	10	64,8%	34	81,6%	44	71,4%
	25	100%	59	100%	84	100%

En résumé:

Les prévalences de lésions d'escarre (degré 2 à 4) étaient similaires dans les différents types d'hôpitaux (répartis selon la taille de l'hôpital, la catégorie à laquelle il appartenait ou la région dans laquelle il était situé).

En ce qui concerne la gestion hospitalière des escarres, une relation positive a pu être mise en évidence entre l'enregistrement régulier des escarres et la prévalence des escarres.

2.2.1.2. Prévention

Cette partie concerne les patients à risque et les soins préventifs dont ils bénéficiaient.

Les patients à risque étaient des patients qui présentaient une escarre et/ou dont le score était inférieur à 17 sur l'échelle de Braden(n=5913).

Les soins adéquats complets, chez les patients à risque qui n'étaient pas complètement alités, comprenaient les mesures préventives (complètes) au lit et dans le fauteuil.

Chez les patients alités, seule la prévention au lit a été prise en considération.

A. Relation entre la région dans laquelle se situait l'hôpital et les soins adéquats chez les patients à risque

Seuls 10,8% des patients à risque bénéficiaient de soins complets adéquats. La différence entre régions était statistiquement significative ($\chi^2=74,05$; ddl=2; $p < 0,001$). En Région Flamande 13,9% des patients à risque bénéficiaient de soins adéquats complets, en Région Wallonne 6,5% et dans la Région Bruxelles Capitale, 8,3% (tableau 2.19). En tout état de cause, le pourcentage des patients à risque bénéficiant de soins adéquats complets était très bas.

B. Relation entre les caractéristiques hospitalières et les soins adéquats chez les patients à risque.

Table 2.34. Relation entre la taille de l'hôpital et les soins adéquats chez les patients à risque

	Taille de l'hôpital						Total	
	<250 lits		250-500 lits		>500 lits		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
Soins adéquats complets	97	9,9	259	11,1	280	10,8	636	10,8
Soins incomplets ou absents	887	90,1	2073	88,9	2317	89,2	5277	89,2

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre la taille de l'hôpital et l'utilisation de mesures préventives adéquates complètes chez les patients à risque ($\chi^2=1,13$; ddl=2; $p=0,57$) (tableau 2.34).

Table 2.35. Soins adéquats chez les patients à risque par catégorie d'hôpital

	Hôpital général		Hôpital général à caractère universitaire		Hôpital universitaire		Hôpital gériatrique		Hôpital spécialisé		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soins adéquats complets	472	11,7	83	12,1	46	7,9	22	9,1	13	3,5	636	10,8
Soins incomplets ou absents	3559	88,3	603	87,9	537	92,1	221	90,9	357	6,5	5277	89,2
Total	4031		686		583		243		370		5913	

Par contre, la relation est statistiquement significative entre la catégorie à laquelle l'hôpital appartenait et l'adéquation des soins préventifs complets chez les patients à risque ($\chi^2=31,04$; ddl=4; $p < 0,001$). Comme illustré au tableau 2.35 les pourcentages les plus élevés de patients à risque bénéficiant de soins adéquats se retrouvent dans la catégorie d'hôpitaux généraux à caractère universitaire (12,1%), suivis de près par les hôpitaux généraux (11,7%). Dans les hôpitaux gériatriques, 9,1% des patients à risque bénéficiaient de soins adéquats, alors que 3,5% des patients à risque résidant dans des hôpitaux spécialisés bénéficiaient de soins adéquats complets.

C. Relation entre la gestion des escarres au niveau hospitalier et les soins adéquats chez les patients à risque.

Table 2.36. Soins adéquats chez les patients à risque en présence d'une politique hospitalière au niveau de la prévention des escarres

Gestion en matière d'escarres	Soins adéquats lorsque l'item était présent		Soins adéquats lorsque l'item était absent		χ^2	ddl	p- value
	n	%	n	%			
Comité d'escarres	470	10,6	166	11,2	0,39	1	0,53
Protocole écrit	553	10,8	53	10,3	0,20	1	0,65
Infirmière de référence pour les escarres	173	10	463	11,1	1,41	1	0,23
Enregistrement régulier des escarres	558	11,6	78	7	20,88	1	<0,001
Formation à propos des escarres <2 ans	453	10,8	183	10,7	0,01	1	0,924
Actualisation du protocole	593	11,4	43	6	19,05	1	<0,001
Vérification si les pratiques sont conformes au protocole	370	12,9	266	8,8	25,7	1	<0,001
Brochure à l'intention des patients	227	11,9	409	10,2	3,63	1	0,057

Il existe une relation statistiquement significative entre l'utilisation de soins préventifs adéquats complets chez les patients à risque et les trois items suivants ::

- un enregistrement régulier des escarres;
- l'actualisation du protocole;
- vérification des pratiques selon le protocole (tableau 2.36).

En résumé:

Seul 1 patient à risque sur 10 bénéficiait de soins adéquats complets. Les soins adéquats complets étaient plus fréquents dans les hôpitaux généraux à caractère universitaire et les hôpitaux généraux que dans les autres hôpitaux.

Une relation entre la dispensation de soins adéquats complets et les items suivants a pu être mise en évidence:

- l'enregistrement régulier des escarres,
- l'actualisation du protocole,
- vérification si les pratiques suivaient le protocole.

2.2.2 Analyses au niveau de l'unité de soins

Dans cette partie, la relation entre l'index de l'unité de soins et la prévalence des lésions d'escarre (degré 2 à 4) et l'utilisation de soins adéquats complets chez les patients à risque, a été étudiée.

2.2.2.1. Prévalence

Table 2.37. Prévalence des lésions d'escarre (degré 2 à 4) par index

	Unité C		Unité D		Unité CD		Unité G		USI		Autre unité		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lésion d'escarre (degré 2 à 4)	226	4,3	361	6,2	42	3,2	395	12,3	107	13	265	7,6	1396	7
Pas de lésion d'escarre	5050	95,7	5487	93,8	1290	96,8	2827	87,7	717	87	3201	92,4	18 572	93

Les différences entre les prévalence des lésions d'escarre, selon le type d'unité de soins étaient statistiquement significatives ($\chi^2= 283,023$; $ddl=5$; $p < 0,001$). Les lésions d'escarre étaient plus fréquentes dans les unités de soins intensifs et en gériatrie (tableau 2.37).

2.2.2.2. Prévention

Table 2.38. Nombre de patients bénéficiant de soins adéquats, selon l'index

	Unité C		Unité D		Unité CD		Unité G		USI		Autre unité		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soins adéquats complets	74	6,6	121	8,5	15	6,2	165	12,9	165	30,4	96	8	636	10,8
Soins absents ou incomplets	1049	93,4	1308	91,5	226	93,8	1207	88	378	69,6	1109	92	5277	89,2

Le nombre de patients bénéficiant de soins adéquats complets étaient différents selon l'unité des soins (index) ($\chi^2= 206,36$; $ddl=5$; $p < 0,001$).

Les soins adéquats complets étaient plus fréquents dans les unités de soins intensifs, où un patient sur trois bénéficiait de soins complets (30,4%). Au sein des unités G, ce pourcentage s'élevait à 12,9 %, tandis que dans les unités CD, 6,2% des patients à risque bénéficiaient de soins adéquats complets.

En résumé:

Les lésions d'escarre étaient plus fréquentes dans les unités USI et G. Dans ces unités, les patients bénéficiaient également le plus souvent de soins adéquats complets.

Cette dernière donnée doit hélas être tempérée par la constatation que le nombre de patients à risque qui bénéficiaient de soins adéquats complets était partout très bas.

2.2.3 Analyses au niveau du patient

Les données suivantes ont été relevées auprès des patients:

- le genre;
- la catégorie d'âge: une distinction a été faite selon que le patient était plus âgé ou plus jeune que 70 ans;
- la catégorie de poids: moins de 55 kg, entre 55 et 94 kg, plus de 94 kg;
- la présence d'une incontinence urinaire ou fécale;
- le score de Braden;
- la présence de lésions de macération;
- l'état de la peau au niveau du siège (décoloration, peau oedématiée ou sèche, abimée, à l'exception toutefois d'une escarre);
- le projet d'une intervention chirurgicale endéans la semaine;
- les mesures préventives mises en oeuvre dans le fauteuil et au lit;
- la présence d'escarres.

2.2.3.1. Prévalence

Table 2.39. Prévalence des escarres et caractéristiques des patients

Caractéristique des patients	Pourcentage d'escarres en présence de l'item		Pourcentage d'escarres en absence de l'item		chi ²	ddl	p- value
	n	%	n	%			
Genre : Homme	639	7,2			1,14	1	0,286
Femme	757	6,8					
Âge ≥ 70 ans	1087	9,1	307	3,8	210,12	1	<0,001
Poids < 55 kg	248	9,8	1148	6,6	35,13	1	<0,001
> 94 kg	105	7,7	1291	6,9	1,16	1	0,28
Incontinence urinaire	480	17,2	916	5,3	521,80	1	<0,001
Incontinence fécale	630	21,8	766	4,5	1137,42	1	<0,001
Lésion de macération	326	28,8	1070	5,7	878,88	1	<0,001
Siège: décoloration	162	14,4	1234	6,5	100,89	1	<0,001
Siège : peau sèche	302	21,3	1094	5,9	482,39	1	<0,001
Siège: peau abimée	300	14,9	1096	6,1	215,8	1	<0,001
Siège: peau oedématiée	158	26,8	1238	6,4	367,165	1	<0,001
Opération < semaine	43	3	1353	7,3	38,83	1	<0,001

Comme le montre le tableau ci-dessus (2.39), les hommes présentaient un risque aussi élevé d'avoir une escarre que les femmes.

Les patients âgés de 70 ans ou plus présentaient plus fréquemment des lésions d'escarre .

Un poids corporel inférieur à 55 kg était associé à un chiffre de prévalence plus élevé en ce qui concerne les lésions d'escarres. La différence avec le groupe de patients ayant un poids de plus de 55 kg est statistiquement significatives. En revanche, les patients ayant un poids de plus de 94 kg ne présentaient pas plus de lésions d'escarre.

En présence d'une incontinence urinaire ou fécale, ainsi qu'avec des lésions de macération, la prévalence était plus élevée.

Par contre, les patients chez qui une intervention chirurgicale était planifiée endéans la semaine présentaient moins souvent des lésions d'escarres que chez ceux pour lesquels aucune intervention nchirurgicale n'était programmée dans la semaine.

Il existait une corrélation statistiquement significative positive entre le score de Braden et la présence d'une lésion d'escarre degré 2 à 4 ($r = 0,069$; $N = 5912$; $p < 0,001$). Cette corrélation était encore plus forte pour l'escarre du degré 1 à 4 ($r = 0,217$; $n = 5912$; $p < 0,001$).

En résumé:

Les lésions d'escarre étaient plus fréquentes chez les patients présentant les caractéristiques suivantes :

- un âge égal ou supérieur à 70 ans
- un poids inférieur à 55 kg ou supérieur à 94 kg
- présentant une incontinence urinaire ou fécale
- ayant des lésions de macération
- présentant une peau décolorée, sèche, oedématiée et/ou abimée au niveau du siège

Les lésions d'escarre étaient moins fréquentes chez les patients chez qui une intervention chirurgicale endéans la semaine était prévue.

2.2.3.2. Prévention

Table 2.40. Présence de soins adéquats chez les patients à risque

Caractéristiques du patient	Soins adéquats si item présent		Soins adéquats si item absent		chi ²	ddl	p- value
	n	%	n	%			
Genre : Homme	316	12,3	320	9,6	11,08	1	0,01
Femme	320	9,6	316	12,3	11,08	1	0,01
Âge ≥ 70 ans	465	10,5	170	11,4	0,913	1	0,339
Poids < 55 kg	101	10,3	535	10,8	0,202	1	0,653
> 94 kg	44	10,6	592	10,8	0,11	1	0,917
Incontinence urinaire	211	9,6	425	11,4	4,673	1	0,031
Incontinence fécale	378	15	258	7,6	82,75	1	<0,001
Lésion de macération	123	14,1	513	10,2	12,055	1	0,001
Siège: décoloration	91	14,1	545	10,3	8,57	1	0,003
Siège: peau sèche	87	11	549	10,7	0,063	1	0,802
Siège: peau abimée	139	12,6	497	10,3	4,923	1	0,027
Siège: peau oedématiée	67	18,4	569	10,3	23,65	1	<0,001
Opération < semaine	208	12,2	428	10,2	5,15	1	0,023
Genre : Homme	30	11,9	606	10,7	0,344	1	0,56

Les patients masculins qui présentaient un risque d'escarre bénéficiaient plus souvent d'une prévention adéquate que les femmes (12,3% vs 9,6%) (tableau 2.40). Par contre il n'existe pas de différence statistiquement significative en fonction du poids ou de l'âge des patients. Les patients présentant une incontinence urinaire bénéficiaient moins souvent d'une prévention adéquate. En revanche, les patients qui présentaient une incontinence fécale faisaient plus souvent l'objet de soins adéquats. Ceci était également le cas des patients qui présentaient une lésion de macération ou des altérations cutanées au niveau du siège.

En résumé:

Les patients à risque (définis par un score de Braden < 17 et/ou présentant une escarre) présentant les caractéristiques suivantes bénéficiaient plus fréquemment des soins adéquats les:

- les patients de sexe masculin;
- les patients présentant une incontinence fécale;
- les patients ayant une lésion de macération,
- les patients dont la peau au niveau du siège était altérée;
- les patients présentant déjà une escarre du siège.

2.3. Analyse multivariée

Une régression logistique a été effectuée, afin de rechercher un lien éventuel entre les caractéristiques de l'hôpital et les caractéristiques des patients, d'une part et, d'autre part, la prévalence des escarres (degré 2 à 4) et les soins adéquats complets.

Une analyse de corrélation a permis de mettre en évidence qu'il n'existait pas de multicollinéarité entre les variables indépendantes, définie par un rho de Spearman inférieur à 0,80.

Les variables indépendantes ont été transformées en variables binaires : la présence ou l'absence de lésions d'escarres ou de soins complets adéquats.

2.3.1. Analyse au niveau de l'institution : prévalence des lésions d'escarre

Afin d'établir l'existence d'un lien entre les variables hospitalières et la présence de lésion d'escarres (degré 2 à 4), une analyse logistique a été effectuée et les variables suivantes ont été incluses dans la régression :

- la catégorie à laquelle l'hôpital appartenait ;
- sa taille;
- la présence d'un comité d'escarres;
- la présence d'un protocole pour la prévention des escarres;
- la présence d'une infirmière de référence pour les escarres;
- la réalisation d'une formation sur les escarres au cours des deux années écoulées;
- la présence d'une brochure d'information à l'attention du patient et de sa famille au sujet de la prévention des escarres;
- la réalisation d'un enregistrement régulier des escarres ;
- la vérification que les pratiques soient bien conformes au protocole ;
- la présence d'une personne responsable de l'actualisation dudit protocole.

A l'exception de la catégorie et la taille de l'hôpital, toutes les variables sont binaires. Ceci signifie que pour celles-ci, la catégorie de référence est l'absence de cette variable.

Table 2.41. Régression logistique: la variable dépendante est la présence de lésions d'escarre et la variable indépendante est la caractéristique de l'hôpital.

	N	B ^c	SE ^d	Odds ratio (95% CI)	Wald chi ²	p-value
Constante		-2,484	0,120			
Catégorie de l'hôpital ^a					6,487	0,166
Hôpital général à caractère universitaire	2680	-0,059	0,101	0,942 (0,773-1,149)	0,345	0,557
Hôpital universitaire	1962	-0,021	0,115	0,979 (0,781-1,227)	0,035	0,853
Hôpital gériatrique	683	0,343	0,14	1,409 (1,07-1,855)	5,959	0,015
Hôpital spécialisé	961	0,107	0,157	1,113 (0,818-1,513)	0,464	0,496
Taille de l' hôpital ^b					1,345	0,511
Petit hôpital (<250 lits)	2986	-0,032	0,112	0,969 (0,778-1,206)	0,082	0,775
Hôpital moyen (250-500 lits)	7821	0,065	0,076	1,067 (0,92-1,238)	0,74	0,39
Comité d'escarres	14647	-0,275	0,078	1,317 (1,130-1,534)	12,42	<0,001
Protocole d'escarres	17603	0,108	0,103	0,897 (0,733-1,099)	1,098	0,295
Infirmière de référence pour les escarres	5902	0,011	0,069	0,989 (0,863-1,134)	0,024	0,877
Formation sur les escarres	14188	0,12	0,068	0,887 (0,777-1,012)	3,157	0,076
Brochure d'information	6618	0,097	0,067	1,102 (0,967-1,255)	2,114	0,146
Enregistrement régulier	16401	0,278	0,08	0,757 (0,648-0,885)	12,175	<0,001
Vérification des pratiques conformément au protocole	9654	-0,1	0,07	1,106 (0,964-1,268)	2,048	0,152
Responsable de l'actualisation du protocole	17654	0,02	0,114	0,98 (0,783-1,226)	0,032	0,858

^a Catégorie de référence: hôpital général; ^b Catégorie de référence: grand hôpital > 500 lits; ^c Coefficient de régression; ^d Erreur standard

Les hôpitaux avec une prévalence élevée de lésions d'escarres avaient plus souvent un comité d'escarre mais réalisaient moins souvent un enregistrement (voir tableau 2.41).

2.3.2. Analyse au niveau de l'unité de soins: prévention adéquate chez le patient à risque

Pour ce point, ce sont les variables hospitalières pouvant avoir une influence sur l'utilisation de soins adéquats complets chez les patients à risque qui ont été étudiées. Pour effectuer la régression logistique, les mêmes variables que celles reprises au point 2.3.1. ont été intégrées.

Table 2.42. Régression logistique: la variable dépendante est la présence de soins adéquats complets chez le patient à risque et la variable indépendante est l'une des caractéristiques de l'hôpital.

	N	B ^c	SE ^d	Odds ratio (95% CI)	Wald chi ²	p-value
Constante		-2,763	0,215			
Catégorie de l'hôpital ^a					17,597	0,001
Hôpital général à caractère universitaire	686	0,66	0,151	1,069 (0,795-1,437)	0,194	0,66
Hôpital universitaire	583	-0,352	0,186	0,703 (0,488-1,012)	3,597	0,058
Hôpital gériatrique	243	-0,082	0,24	0,922 (0,576-1,474)	0,116	0,734
Hôpital spécialisé	370	-1,137	0,316	0,321 (0,173-0,595)	12,983	<0,001
Taille de l'hôpital ^b					1,186	0,553
Petit hôpital (<250 lits)	984	0,164	0,16	1,178 (0,861-1,611)	1,052	0,305
Hôpital moyen (250-500 lits)	2332	0,025	0,116	1,025 (0,816-1,287)	0,045	0,832
Comité d'escarres	4430	-0,349	0,112	0,705 (0,566-0,879)	9,706	0,002
Protocole d'escarres	5107	-0,066	0,15	0,936 (0,698-1,254)	0,197	0,657
Infirmière de référence pour les escarres	1728	-0,27	0,107	0,764 (0,62-0,941)	6,399	0,011
Formation sur les escarres	4202	-0,074	0,102	0,928 (0,761-1,133)	0,535	0,464
Brochure d'information	1913	0,292	0,104	1,339 (1,091-1,643)	7,807	0,005
Enregistrement régulier	4791	0,555	0,141	1,742 (1,32-2,298)	15,425	<0,001
Vérification des pratiques conformément au protocole	2878	0,45	0,105	1,568 (1,277-1,925)	18,459	<0,001
Responsable de l'actualisation du protocole	5198	0,359	0,198	1,432 (0,971-2,111)	3,279	0,07

^a Catégorie de référence: hôpital général; ^b catégorie de référence: grand hôpital > 500 lits; ^c Coefficient de régression; ^d Erreur standard .

Les hôpitaux où les patients à risque bénéficiaient moins souvent de soins adéquats possédaient plus fréquemment un comité d'escarres et une infirmière de référence pour les escarres (voir tableau 2.42). En revanche, les patients à risque bénéficiaient plus souvent de soins adéquats au sein des hôpitaux où il y avait fréquemment un enregistrement des escarres. Ceci était également le cas lorsque la conformité des pratiques selon le protocole était vérifiée ou lorsqu'il existait une brochure d'information au sujet de la prévention des escarres à l'intention du patient ou de sa famille.

2.3.3. Analyse au niveau du patient : prévalence des escarres

Afin d'étudier quels facteurs pourraient avoir une influence sur la prévalence des lésions d'escarre, les variables suivantes ont été intégrées dans la régression logistique:

- l'âge,
- le genre,
- le poids,
- le score de Braden,
- l'incontinence urinaire,
- l'incontinence fécale,
- une intervention chirurgicale prévue endéans la semaine,
- les soins adéquats au lit,
- les soins adéquats dans le fauteuil,
- l'index de l'unité de soins,
- l'état de la peau au niveau du siège: oedématiée, abimée, sèche, décolorée, présence d'une lésion de macération.

A l'exception de l'index et du score de Braden, toutes les variables sont binaires, ce qui signifie que la catégorie de référence est à chaque fois l'absence de cette variable.

Table 2.43. Régression logistique: la variable dépendante est la présence de lésions d'escarre et la variable indépendante est l'une des caractéristiques du patient.

	N	B ^b	SE ^c	Odds ratio (95% CI)	Wald chi ²	p-value
Constante		1,498	0,211			
Âge (>70 ans)	11887	0,225	0,078	1,253 (1,074-1,461)	8,232	0,004
Genre (masculin)	8855	0,273	0,064	1,314 (1,159-1,491)	18,038	<0,001
Poids (<55 kg)	2529	0,107	0,085	1,113 (0,942-1,315)	1,583	0,208
Poids (>94 kg)	1361	0,153	0,122	1,165 (0,917-1,48)	1,572	0,210
Score de Braden		-0,218	0,01	0,804 (0,788-0,821)	434,558	<0,001
Incontinence urinaire	2785	-0,586	0,092	0,556 (0,464-0,667)	40,155	<0,001
Incontinence fécale	2891	0,34	0,094	1,405 (1,169-1,688)	13,158	<0,001
Intervention prévue <1 semaine	1442	-0,028	0,174	0,973 (0,692-1,368)	0,025	0,874
Soins adéquats au lit	5842	0,372	0,068	1,451 (1,27-1,657)	29,986	<0,001
Soins adéquats dans le fauteuil	14803	-1,605	0,071	0,201 (0,175-0,231)	615,091	<0,001
Siège : oedématié	589	0,932	0,115	2,54 (2,026-3,183)	65,438	<0,001
Siège: abimé	2009	-0,227	0,09	0,797 (0,668-0,951)	6,33	0,012
Siège: peau sèche	1413	0,807	0,084	2,242 (1,901-2,644)	92,144	<0,001
Siège: décoloration de la peau	1122	-0,1	0,105	0,905 (0,737-1,111)	0,907	0,341
Siège: lésion de macération	1130	0,888	0,094	2,43 (2,022-2,92)	889,54	<0,001
Index					14,254	0,014
Index:Unité D	5845	0,148	0,098	1,16 (0,957-1,405)	2,291	0,13
Index: unité CD	1329	-0,34	0,189	0,712 (0,491-1,031)	3,243	0,072
index: Unité G	3219	0,237	0,103	1,267 (1,036-1,55)	5,306	0,021
Index: USI	823	0,201	0,146	1,223 (0,919-1,626)	1,909	0,167
Index: autre unité	3463	0,05	0,105	1,051 (0,855-1,292)	0,226	0,634

^a Catégorie de référence: unité C ^b Coefficient de régression; ^c Erreur standard.

Selon la régression logistique, les patients suivants risquaient plus souvent de présenter une lésion d'escarres (voir tableau 2.43). :

- les hommes ;
- les patients âgés de plus de 70 ans ;
- les patients dont le score de Braden était bas ;
- les patients présentant une incontinence fécale ;
- les patients dont la peau du siège était oedématiée ou sèche, ou présentait une lésion de macération.

Les patients qui séjournèrent dans une unité G avaient plus de risque de présenter une lésion d'escarres que ceux qui résidaient dans une unité C.

En cas de prévalence d'escarre élevée, les patients bénéficiaient plus fréquemment de soins adéquats au lit et moins fréquemment au fauteuil.

Une régression a ensuite été effectuée en n'incluant que les variables liées aux patients qui étaient statistiquement significatives dans la première régression logistique : l'âge, le genre, le score de Braden, l'incontinence urinaire ou fécale, la peau du siège oedématisée, abîmée ou sèche ou, enfin, la présence d'une lésion de macération. Cette régression figure à l'annexe 9.

En résumé

Les escarres étaient plus **fréquentes** chez les personnes présentant les caractéristiques suivantes :

- de sexe masculin ;
- plus âgés que 70 ans ;
- lorsque le score de Braden était bas ;
- qui souffraient d'incontinence fécale ;
- dont la peau du siège était sèche ou oedématiée ou présentait une lésion de macération.

Les hôpitaux ayant une **prévalence des escarres élevée** avaient

- plus souvent un comité d'escarres
- moins souvent un enregistrement régulier d'escarres.

Les hôpitaux où les patients à risque bénéficiaient **moins souvent de soins adéquats** avaient plus fréquemment un comité d'escarres et une infirmière de référence pour les escarres.

Les hôpitaux où les patients à risque bénéficiaient **plus souvent de soins adéquats** présentaient les caractéristiques suivantes :

- un enregistrement régulier des escarres avait lieu ;
- il était vérifié que les pratiques soient bien conformes au protocole ;
- une brochure d'information à l'attention du patient et de sa famille au sujet de la prévention des escarres était présente.

Chapitre 3 Discussion

Une première mesure de la prévalence a eu lieu en Belgique en 1995 (Groupe Belge d'Assurance Qualité sur la Prévention des Escarres. Décubitus et ses Indicateurs de qualité, 2000). Cette mesure de prévalence a été répétée tous les ans jusqu'en 2000, excepté en 1999, où un tel enregistrement n'avait pas eu lieu. La prévalence des escarres s'élevait à 10,7% en 2000.

En 2001, la Belgique participait à une mesure de la prévalence européenne, au cours de laquelle une méthode d'observation plus rigoureuse était utilisée, basée sur les recommandations de l'EPUAP.

Dans cette étude pilote, incluant 871 patients, la prévalence s'élevait à 21,1%.

Cette prévalence plus élevée laissait suspecter qu'un nombre important d'escarres avait été manqué auparavant.

Cette constatation a débouché sur le choix d'effectuer la mesure de prévalence dans les hôpitaux belges en 2008 avec cette même méthode d'enregistrement objective.

La prévalence des escarres s'élevait à 12,1% parmi les patients observés. La mesure de la prévalence des escarres en 2008 offre une image plus conforme à l'ampleur réelle du problème des escarres au sein des hôpitaux belges. Non seulement parce que la même procédure a été utilisée dans tous les hôpitaux participants, mais également parce que la méthode utilisée a suivi les recommandations *evidence-based* les plus récentes en matière de classification et d'enregistrement des escarres. A l'opposé des mesures de prévalences belges antérieures, une distinction a été opérée dans la présente étude entre les lésions d'escarre et les lésions de macération.

La prévalence des lésions d'escarre (degré 2 à 4) s'élevait à 7%. Le pourcentage de patients présentant des lésions de macération était de 5,7%.

Prévalence des lésions d'escarre (degré 2 à 4)

La prévalence des lésions d'escarre était similaire d'une région et d'un type d'hôpital à l'autre, si l'on répartissait les hôpitaux selon leur taille ou la catégorie à laquelle ils appartenait.

Les hôpitaux ayant plus de patients à risque avaient plus fréquemment un comité d'escarres, mais réalisaient moins fréquemment des enregistrements des escarres (cfr. analyse multivariée, où les différences entre hôpitaux ont été prises en compte). Un comité escarres permet de soutenir l'attention des soignants quant à la problématique des escarres, d'évaluer et de corriger la politique en cours. La vérification régulière de cette politique, en réalisant des mesures de prévalence, aurait un effet positif sur cette prévalence. Ces constatations sont issues des mesures de prévalence de 1995 à 2000, ainsi que celles issues de la mesure de la prévalence effectuée aux Pays-bas en 2002 (Bours et al.).

Les lésions d'escarres s'observaient plus fréquemment dans les services G. Comme pour les unités de soins intensifs, ces services avaient également le pourcentage de patients à risque le plus élevé.

Au niveau des patients, les lésions d'escarres s'observaient plus souvent chez les patients présentant les caractéristiques suivantes:

- de sexe masculin,
- âgés de 70 ans ou plus,
- présentant une incontinence fécale,
- dont le score de Braden était bas,
- dont la peau au niveau du siège était sèche ou oedématisée, ou qui présentaient une lésion de macération.

Les patients plus âgés ont un risque plus élevé de développer des escarres à cause de leur mobilité diminuée et parce que leurs tissus sont plus sensibles aux effets de la pression et du cisaillement.

La présence de lésions cutanées semble s'accompagner d'une fréquence accrue des escarres.

L'escarre du talon peut être évitée dans quasiment tous les cas en déchargeant l'appui des talons.

Dans la présente mesure de la prévalence, l'escarre du talon représentait 47% des escarres. Ce pourcentage est plus élevé que les chiffres de prévalence internationaux (de 30 à 33%, Vanderwee et al., 2007).

Soins adéquats

Dans l'échantillon, 30% des patients présentaient un risque d'escarre, mesuré par un score à l'échelle de Braden inférieur à 17 et/ou la présence d'une escarre. Par conséquent, ces patients nécessitaient des soins préventifs. Ce pourcentage de patients à risque variait selon l'index de l'unité de soins où séjournait le patient (de 18% pour les unités CD à 66% pour les patients USI). Seuls 25,5% de ces patients à risque bénéficiaient de soins adéquats au lit, 34% de soins adéquats dans le fauteuil et 10,8% tant au lit que dans le fauteuil. Ce pourcentage de patients bénéficiant de soins adéquats au lit et dans le fauteuil variait selon l'index de l'unité de soins où il séjournait (de 30% dans les USI à 6% dans les unités CD). Cela signifie qu'il y a encore de la marge pour améliorer les soins et diminuer les chiffres de prévalence des escarres.

La relation entre la dispensation de soins adéquats complets et les items suivants était statistiquement significatives:

- l'enregistrement régulier des escarres,
- vérification si les pratiques étaient conformes au protocole,
- la présence d'une brochure d'information à l'attention des patients et de sa famille.

Ces résultats rejoignent ceux des guidelines internationaux en matière d'escarres (RNAO, 2005; HAS, 2001), qui soulignent l'importance du soutien de l'environnement au niveau de la formation continue et de l'évaluation des soins pour obtenir des soins de qualité et efficaces.

Recommandations

Les mesures de prévalence

Des mesures de prévalence régulières sont et restent indispensables. En effet, selon certains auteurs (Gunningberg et al., 2004) la prévalence des escarres est encore trop souvent sous-estimée par les infirmières.

Pour soutenir l'effort des hôpitaux lors des mesures de prévalence régulières, les comités d'escarre au sein de ces institutions devraient pouvoir disposer des aides suivantes:

- un logiciel pour introduire et analyser les données de manière souple et facile,
- d'indicateurs de qualité, pour effectuer un benchmarking

Protocole

L'actualisation des protocoles en matière de prévention des escarres pourrait contribuer à l'amélioration des soins.

Implémentation des recommandations

Les facteurs suivants sont de première importance pour pouvoir implémenter efficacement les recommandations fondées sur des données probantes (RNAO, 2002):

- la réalisation, dès le départ, d'une planification claire,
- l'évaluation de la situation actuelle et l'identification des barrières pour travailler selon le protocole (attitudes, connaissances, ressources),
- un soutien administratif et organisationnel adéquat pour toutes les parties prenantes,
- les ressources matérielles suffisantes (matelas et coussins réduisant la pression, coussins en triangle, ...),
- la possibilité de mesurer l'effet des mesures prises et de donner le feedback de ces résultats aux soignants,

La formation à propos des recommandations fondées sur des données probantes devrait faire partie de la formation continue.

Une attention particulière pour les escarres des talons

Les patients devraient absolument pouvoir disposer de coussins en triangle (pour décharger l'appui des talons chez tout patient à risque).

Éducation du patient

A côté de ces mesures 'techniques', une politique de prévention globale nécessite également la participation active de toutes les parties prenantes, dont le patient n'est pas des moindres. Dans une étude récente (Focroul et al., 2008), il est apparu que les patients n'étaient quasiment jamais au courant des mesures prises à leur égard pour prévenir les escarres. Les impliquer de manière active dans la prévention, en leur donnant des informations appropriées au sujet de la raison et des modalités de changements de position, ne peut que contribuer favorablement à la prévention efficiente des escarres.

Bibliographie

Anthony D., Parboteeah S., Saleh M & Papanikolaou P; (2007), Norton, Waterlow and Braden scores: a review of the literature and a comparison between the scores and clinical judgement, in Journal of Clinical Nursing, 17, pp. 646-653

Bergstrom N., Braden B., Boynton P. & Bruch S. (1995), Using a research-based assessment scale in clinical practice, in Nursing Clinics of North America 30 (3) pp. 539-551

Bours G. & Halfens R. (2000), Prevalentieonderzoek Décubitus: registratieformulier. Universiteit Maastricht, vakgroep verplegingswetenschap

Bours G., Halfens R. en Wansinck S. (2002), Landelijk Prevalentie Onderzoek Décubitus, resultaten vijfde jaarlijkse meting 2002. Universiteit Maastricht, Sectie Verplegingswetenschap.

Clark M., Bours G. & Defloor T.(2002), Pressure Ulcer Prevalence and Monitoring Project, in EPUAP Review ; 4 (2), pp. 49-57

Defloor T., Van den Bossche K., Derre B., Feyaerts F. & Grypdonck M (2001) Belgische richtlijnen voor Décubituspreventie, Gent, Academia Press

European Pressure Ulcer Advisory Panel (1999) Guidelines on treatment of Pressure Ulcers, in EPUAP review, 1 (2), pp. 31-33

Focroul V. & Ost M. (2008), Représentation de l'escarre chez le patient et répercussion sur la qualité de vie, Mémoire en vue d'obtenir la Licence en Santé Publique, mémoire non publié, Université Catholique de Louvain, 67 p.

Groupe Belge d'Assurance Qualité sur la Prévention des Escarres. Décubitus et ses Indicateurs de qualité. Bruxelles, Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, 2000.. Résultats de l'audit national du 18 mai 2000 et comparaison 1995 – 1996 – 1997 – 1998 – 2000. Bruxelles: Ministère Belge de la Santé Publique et de l'Environnement.

Gunningberg L. & Ehrenberg A (2004) Are patients with or at risk of pressure ulcers allocated appropriate prevention measures? *Journal of wound care* 13, 859

Haute Autorité de Santé (2001), Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé, in http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pddl/escarresdef_long.pddl

Moody B., Finale J., Thompson M., Vaillancourt D., Symonds G. & Bonasoro C. (1988) Impact of staff education on pressure sore development in elderly hospitalized patients, in *Archives of Internal Medicine*, 148 (10), pp.2241-2243

Nixon J & Mc Gough A. (2001) Principles of patient assessment: screening for pressure ulcers potential risk, in Morison M. (ed), *The prevention and treatment of pressure ulcers*. Edingsburgh: Mosby, pp 55-74

Nixon J. , Thorpe H., Barrow H. , Phillips A., Nelson E., Mason S. & Cullum N. (2005) Reliability of pressure ulcer classification and diagnosis, in *Journal of Advanced Nursing* 50(6), 613–623

Registered Nurses Association of Ontario (2002), Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers, in http://www.mao.org/Storage/12/638_BPG_Pressure_Ulcers_v2.pddl

Registered Nurses Association of Ontario (2005), Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers, revised, in http://www.mao.org/Storage/12/638_BPG_Pressure_Ulcers_v2.pddl

Royal College of Nursing (2000), Pressure Ulcer Risk assessment and prevention, London, Royal College of Nursing

Schoonhoven L., Grobbee D., Bousema M., Buskens E & the prePURSE study group (2005), Predicting pressure ulcers: cases missed using a new clinical prediction rule, in *Journal of Advanced Nursing*, 49 (1), pp. 16-22

Vanderwee K. (2006) Het effect van drukreducerende maatregelen op het ontstaan van Décubitus. Een bijdrage tot een evidence-based verpleegkundige praktijkvoering, proefschrift ingediend tot het behalen van de graad van Doctor in de Sociale Gezondheidswetenschappen: Medisch-Sociale Wetenschappen, Universiteit Gent, 167 p.

Vanderwee K., Clark M. , Dealey C. , Gunningberg L. & Defloor T. (2007), Pressure Ulcer Prevalence in Europe: a pilot study , in *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13 (2), pp. 227-235

Annexes

- **Annexe 1 : Lettre d'invitation pour les hôpitaux**
- **Annexe 2 : Questionnaire pour les institutions**
- **Annexe 3 : Questionnaire pour les patients**
- **Annexe 4 : L'échelle de Braden**
- **Annexe 5 : Guide pour remplir les questionnaires**
- **Annexe 6 : Planification**
- **Annexe 7 : Accord du Comité Ethique**
- **Annexe 8 : Algorithme des soins adéquats**
- **Annexe 9 : Régression logistique : caractéristiques du patient et présence de lésions d'escarre.**



VOTRE LETTRE DU

VOS RÉF.

NOS RÉF.

DATE 17/12/2007

ANNEXE(S)

CONTACT Bert Folens

TÉL. 02/524.85.89

FAX 02/524.85.99

E-MAIL bert.folens@health.fgov.be

OBJET l'étude scientifique 'Prévalence des escarres de décubitus dans les hôpitaux'

Madame, Monsieur,

L'escarre de décubitus est un problème fréquemment rencontré dans le cadre des soins de santé. En 1998, leur prévalence dans les hôpitaux belges était estimée à 10,7%. En 2001, selon une étude réalisée à l'échelon européen et à laquelle un nombre limité d'hôpitaux belges ont participé, cette même prévalence était de 21,1%.

Le département des sciences infirmières de l'Université de Gand, en collaboration avec l'Université Catholique de Louvain (UCL), prévoit une étude ordonnée par le SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, et relative à la prévalence des escarres de décubitus dans les établissements hospitaliers en Belgique.

Dans le cadre de cette étude, tous les hôpitaux belges sont invités à participer. Cette collaboration consistera, durant le mois d'avril (un jour à choisir par l'hôpital), à réaliser une mesure de la prévalence des lésions de décubitus dans tous les départements de l'hôpital, à l'exception des sections de pédiatrie, maternité, hôpital de jour et psychiatrie.

Cette mesure de la prévalence serait réalisée par des membres du personnel infirmier de l'hôpital, selon un protocole standardisé. Un à deux coordinateurs par hôpital seront formés par l'équipe de recherche pour ce faire. Ces coordinateurs recevront tout le matériel d'instruction nécessaire (scénario, programmes de formation,...).

Cette étude ambitieuse ne pourra pas être réalisée sans la collaboration des hôpitaux. Ceci est essentiel pour avoir une image correcte de la situation belge. L'investissement de votre hôpital dans cette étude aura un double intérêt pour votre établissement : disposer d'une mesure de la prévalence et pouvoir la comparer aux autres hôpitaux du pays, mais également permettre à des collaborateurs de pouvoir se former à la détection standardisée des escarres de décubitus.

Au terme de l'enquête, chaque hôpital recevra non seulement le rapport final contenant l'analyse globale, mais aussi le set de données et le manuel de codification reprenant les données propres à l'établissement. Cela non seulement permettra de procéder à une analyse comparative (« benchmarking ») mais donnera aussi l'occasion à chaque hôpital de se faire une meilleure idée quant à leurs taux de prévalence et au caractère adéquat des mesures de prévention prises.



service public fédéral

**SANTÉ PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

Nous vous invitons dès lors à nous faire savoir, avant le 15 janvier 2008, si votre hôpital est disposé à prendre part à ce projet. Vous pouvez faire parvenir votre réponse par mail à l'adresse suivante : therese.vandurme@uclouvain.be

De plus amples renseignements peuvent être obtenus auprès de Mme Thérèse Van Durme, par téléphone au 02/764.31.79 ou par e-mail.

D'avance, nous vous remercions de votre collaboration, et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Directeur général,

C. Decoster

Annexe 2. Formulaire d'enregistrement concernant l'institution



Mesure de prévalence des escarres

Institution:

DONNEES DE L'INSTITUTION

Région

Région Bruxelles-Capitale	<input type="checkbox"/>	Région Wallonne	<input type="checkbox"/>	Région Flamande	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Province

Antwerpen.....	<input type="checkbox"/>	Brabant Flamand.....	<input type="checkbox"/>	Namur.....	<input type="checkbox"/>
Oost-Vlaanderen.....	<input type="checkbox"/>	Brabant Wallon.....	<input type="checkbox"/>	Luxembourg.....	<input type="checkbox"/>
Hainaut.....	<input type="checkbox"/>	West-Vlaanderen..	<input type="checkbox"/>	Région Flamande	<input type="checkbox"/>
Limbourg.....	<input type="checkbox"/>	Liège.....	<input type="checkbox"/>	N'est pas d'application.....	<input type="checkbox"/>

Type d'institution

Hôpital général.....	<input type="checkbox"/>	Hôpital universitaire	<input type="checkbox"/>	Centre de revalidation.....	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

Nombre de lits

> 500 lits	<input type="checkbox"/>	100 - 250 lits.....	<input type="checkbox"/>
250 - 500 lits.....	<input type="checkbox"/>	1 - 100 lits.....	<input type="checkbox"/>

Secteur

Privé..... Public.....

Profil de l'institution

	Oui	Non	inconnu
Existe-t-il une commission 'escarres' au sein de l'institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe-t-il un protocole écrit pour la prévention des escarres au sein de l'institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il un responsable de l'actualisation du protocole de prévention des escarres, chargé de diffuser l'information à ce sujet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evalue-t-on au sein de l'institution si la prise en charge des escarres se fait selon le protocole ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe-t-il un enregistrement centralisé des patients qui présentent des escarres au sein de l'institution auprès d'une personne de contact (p.ex. une infirmière-ressource pour les escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procède-t-on à un enregistrement régulier des escarres dans l'institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une formation à propos de la prévention des escarres a-t-elle eu lieu au cours des deux dernières années écoulées dans l'institution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe-t-il une brochure d'information à l'attention des patients et/ou de leur famille traitant de la prévention des escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DONNEES CONCERNANT L'UNITE

Unités de soins participantes

Unité de soins	C	D	CD	G	USI	Autre	Unité non utilisée
Service 01	<input type="checkbox"/>						
Service 02	<input type="checkbox"/>						
Service 03	<input type="checkbox"/>						
Service 04	<input type="checkbox"/>						
Service 05	<input type="checkbox"/>						
Service 06	<input type="checkbox"/>						
Service 07	<input type="checkbox"/>						
Service 08	<input type="checkbox"/>						
Service 09	<input type="checkbox"/>						
Service 10	<input type="checkbox"/>						
...	<input type="checkbox"/>						
Service 50	<input type="checkbox"/>						

CONTACT

Nom

Fonction

Téléphone

e-mail

MESURE DE LA PREVALENCE

Première date de la mesure (jj/mm/aa)

Deuxième date de la mesure (jj/mm/aa)

Troisième date de la mesure (jj/mm/aa)

DES QUESTIONS ? SUGGESTIONS?

Veillez prendre contact avec l'équipe de recherche via

therese.vandurme@uclouvain.be ou par téléphone : [+32 \(0\)2 764 31 79](tel:+3227643179)

--

Annexe 3. Formulaire d'enregistrement concernant le patient



service public fédéral
SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT



Mesure de prévalence des escarres

Institution:

DONNEES GENERALES

Unité de soins (code numérique) Veillez à toujours indiquer 2 chiffres! p.ex: unité 1 → 01)

Code du patient

Le consentement oral du patient ou, à défaut, son représentant légal a été obtenu

Oui

Pas Encore

DONNEES DU PATIENT

Généralités

Âge

< 18 ans

60 - 69 ans

> 89 ans

19 - 39 ans

70 - 79 ans

Inconnu

40 - 59 ans

80 - 89 ans

Genre

Homme

Femme

Incontinence

		Occasionnellement	Le plus souvent	Toujours	Inconnu
Urine	<input type="checkbox"/>				
Selles	<input type="checkbox"/>				

Poids à l'admission

Moins de 55 kg

Plus de 94 kg

Entre 55 en 94 kg

Inconnu

Le patient subira-t-il une intervention au cours de la semaine prochaine?

Oui

Non

Inconnu

Echelle de Braden

Perception sensorielle

1 Totalement limitée

3 Légèrement limitée

2 Très limitée

4 Pas d'altération

Humidité

1 Toujours humide

3 Occasionnellement humide

2 Très humide

4 Rarement humide

Activité

1 Alitement

3 Marche occasionnellement

2 Séjour au fauteuil

4 Marche fréquemment

Mobilité

1 Totalement immobile

3 Légèrement limitée

2 Très limitée

4 Aucune limitation

Nutrition

1 Très insuffisante

3 Correcte

2 Probablement insuffisante

4 Excellente

Friction et cisaillement

1 Problème

2 Problème potentiel

3 Pas de problème apparent

Observation de la peau

Y a-t-il une lésion cutanée?

Non

Oui

Observation de la peau

Observation générale de la peau

1 Décoloration

3 Abimée

2 Sécheresse

4 Oedématisée

Observation de l'escarre

	Peau saine	Degré 1	Degré 2	Degré 3	Degré 4
Siège	<input type="checkbox"/>				
Talon/cheville G	<input type="checkbox"/>				
Talon/cheville D	<input type="checkbox"/>				
Hanche G	<input type="checkbox"/>				
Hanche D	<input type="checkbox"/>				
Autre	<input type="checkbox"/>				

Où l'escarre la plus sévère est-elle survenue?

Il n'y a pas d'escarres

Dans une autre institution

Dans l'unité

A domicile

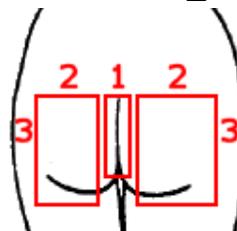
Dans une autre unité de la même institution

Autre

Observation des lésions de macération

	Pas de lésion de macération	Lésion de macération	Inconnu
Zone 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zone 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zone 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aperçu des zones:



Prévention des escarres par l'équipe infirmière

Mobilisation au lit

Non

Toutes les 3 heures

Inconnu

Irrégulière/ non planifiée

Toutes les 2 heures

Toutes les 4 heures

Toutes les heures

Mobilisation dans le fauteuil

Non

Toutes les 3 heures

Inconnu

Irrégulière/ non planifiée

Toutes les 2 heures

Toutes les 4 heures

Toutes les heures

Matériel dans le lit

Pas de matériel spécifique

Matelas d'eau

Autre

Matelas réducteur de

Matelas Low airloss

Inconnu

pression (mousse viscoélastique)

Matelas à pression alternée

Lit de sable

Matériel dans le fauteuil

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pas de matériel spécifique | <input type="checkbox"/> Coussin d'air | |
| <input type="checkbox"/> Coussin réducteur de pression (mousse viscoélastique) | <input type="checkbox"/> Coussin gel | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| <input type="checkbox"/> Coussin d'eau | <input type="checkbox"/> Autre | |

Autres mesures

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Décharge de l'appui des talons | <input type="checkbox"/> Peau de mouton | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Protège-talon | <input type="checkbox"/> Crème barrière hydrolipidique | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| <input type="checkbox"/> Massage | <input type="checkbox"/> Autre | |

Commentaire

Annexe 4 : Echelle de Braden

<p>Perception sensorielle</p> <p>La capacité de réponse adéquate à un inconfort lié à la pression</p>	<p>Totalement limitée Pas de réponse (pas de gémissement, tressaillement, crispation) au stimuli douloureux, lié à un niveau de conscience diminué ou à une sédation OU Capacité limitée de ressentir la douleur sur la plupart de la surface du corps.</p>	1	<p>Très limitée Ne répond qu'à des stimuli douloureux. Ne peut pas communiquer à propos d'une situation d'inconfort, excepté par des gémissements ou une agitation. OU Présence d'une incapacité sensorielle, limitant la perception douloureuse sur la moitié du corps</p>	2	<p>Légèrement limitée Réponse aux demandes verbales, mais ne peut pas toujours communiquer la situation d'inconfort ou a besoin d'être mobilisée OU Présence d'une incapacité sensorielle, limitant la perception douloureuse ou d'inconfort au niveau d'1 ou 2 extrémités</p>	3	<p>Pas d'altération Réponse aux demandes verbales. Pas de présence de déficit sensoriel qui pourrait entraver la capacité de ressentir la douleur ou communiquer une douleur ou une situation d'inconfort.</p>	4
<p>Humidité</p> <p>Degré auquel la peau est exposée à l'humidité</p>	<p>Toujours humide La peau est constamment humide à cause de la transpiration, urines, etc. L'humidité est observée à chaque mobilisation du patient</p>	1	<p>Très humide La peau est souvent, mais pas constamment humide. Le linge doit être changé au moins une fois par pause horaire</p>	2	<p>Occasionnellement humide La peau est occasionnellement humide, nécessitant un changement de linge supplémentaire au moins une fois par jour.</p>	3	<p>Rarement humide La peau est habituellement humide ; le linge ne doit être changé qu'à des intervalles routiniers</p>	4
<p>Activité</p> <p>Niveau d'activité physique</p>	<p>Alitement Confiné au lit</p>	1	<p>Séjour au fauteuil La capacité à marcher est sévèrement limitée ou impossible. Ne peut pas supporter son propre poids et doit être aidé pour aller dans le fauteuil ou dans un fauteuil roulant</p>	2	<p>Marche occasionnellement Marche occasionnellement durant la journée, mais à l'occasion de courtes distances, avec ou sans aide. Passe le plus gros de son temps assis au fauteuil ou au lit.</p>	3	<p>Marche fréquemment Sort en marchant de sa chambre au moins deux fois par jour et au moins une fois toutes les deux heures, à l'intérieur de sa propre chambre.</p>	4
<p>Mobilité</p> <p>Capacité à changer et à contrôler la position du corps</p>	<p>Totalement immobile N'effectue aucun changement de position du corps ou des extrémités sans aide</p>	1	<p>Très limitée Change occasionnellement de position du corps ou des extrémités mais n'est pas capable d'effectuer des changements fréquents ou significatifs de manière autonome</p>	2	<p>Légèrement limitée Change fréquemment, mais légèrement de position au niveau du corps ou des extrémités de manière autonome</p>	3	<p>Aucune limitation Change souvent de position de manière importante, sans aide</p>	4
<p>Nutrition</p> <p>Schéma alimentaire habituel</p>	<p>Très insuffisante Ne mange jamais de repas complet. Mange rarement plus de 1/3 de la nourriture présentée. Mange moins de deux produits contenant des protéines (viande ou produits laitiers) par jour. Boit peu. Ne consomme pas de compléments nutritionnels liquides. OU Ne reçoit rien per os, a un régime de liquides clairs ou reçoit des liquide par voie intraveineuse depuis 5 jours ou plus.</p>	1	<p>Probablement insuffisante Mange rarement un repas complet et mange environ ½ des aliments présentés. La consommation des protéines est limitée à 3 portions de viande ou de produits laitiers par jour. Consomme de temps en temps un complément nutritionnel OU A manqué consécutivement trois repas complets ou ne reçoit moins que la quantité optimale de nourriture liquide ou par sonde.</p>	2	<p>Correcte Mange plus de la ½ des repas. Mange tous les jours 4 portions d'aliments protéinés (viande et laitages). Refuse parfois un repas, mais accepte généralement le complément proposé. OU A manqué 1 à 3 repas, ou reçoit de l'alimentation par sonde ou TPN, suffisant pour ses besoins</p>	3	<p>Excellente Mange la plus grande partie de ses repas. Ne refuse jamais un repas. Mange le plus souvent 4 portions de viandes ou de laitages ou plus par jour. N'a pas besoin de suppléments nutritionnels.</p>	4
<p>Friction et cisaillement</p>	<p>Problème actuel A besoin d'assez bien d'aide pour la mobilisation. Se redresser complètement sans glisser le long des draps est impossible. Glisse régulièrement en avant dans le fauteuil ou au lit, nécessitant une aide complète pour changer de position. La présence d'une spasticité, de contractions ou de l'agitation provoque des frictions quasi permanentes.</p>	1	<p>Problème potentiel Se mobilise sans avoir besoin de beaucoup d'aide. La peau frotte probablement sur les draps, la chaise ou sur d'autres matériaux lors des déplacements. Garde le plus souvent une bonne position au lit ou dans le fauteuil, mais glisse de temps en temps vers l'avant.</p>	2	<p>Pas de problème apparent Se mobilise de manière autonome au lit ou dans le fauteuil et a assez de force pour se soulever complètement lors d'un changement de position. Ne frotte que rarement ou jamais le long des draps. Garde toujours une bonne position au lit ou dans le fauteuil et ne glisse pas en avant.</p>	3		

Annexe 5 : Guide pour remplir les questionnaires



1. Données concernant l'institution

Le profil de l'institution est rempli une seule fois par le coordinateur au sein de l'institution, le jour de la mesure de la prévalence.

Région

Veillez cocher dans quelle région votre institution est située

- Région Bruxelles-Capitale Région Wallonne Région Flamande

Province

Veillez cocher la case correspondante

<i>Antwerpen.....</i> <input type="checkbox"/>	<i>Brabant Flamand.....</i> <input type="checkbox"/>	<i>Namur.....</i> <input type="checkbox"/>
<i>Oost-Vlaanderen.....</i> <input type="checkbox"/>	<i>Brabant Wallon.....</i> <input type="checkbox"/>	<i>Luxembourg.....</i> <input type="checkbox"/>
<i>Hainaut.....</i> <input type="checkbox"/>	<i>West-Vlaanderen..</i> <input type="checkbox"/>	<i>Région Flamande</i> <input type="checkbox"/>
<i>Limbourg.....</i> <input type="checkbox"/>	<i>Liège.....</i> <input type="checkbox"/>	<i>N'est pas d'application.....</i> <input type="checkbox"/>

Type d'institution

Veillez cocher la case correspondante ; si le type d'institution ne se trouve pas dans la liste, cochez l'item « autre »

<i>Hôpital général.....</i> <input type="checkbox"/>	<i>Hôpital universitaire</i> <input type="checkbox"/>	<i>Centre de revalidation.....</i> <input type="checkbox"/>
--	---	---

Nombre de lits

Veillez indiquer le nombre de lits que comprend votre institution

- > 500 lits* *100 - 250 lits.....*
250 - 500 lits..... *1 - 100 lits.....*

Secteur

Veillez indiquer s'il s'agit d'une institution à caractère privé ou public.

- Privé.....* *Public.....*

Profil de l'institution

Sous cette appellation, vous trouverez les conditions favorables à la prise en charge des escarres, présentes dans l'institution. Il convient de répondre à chaque question par « oui », « non » ou « inconnu ».

1. Existe-t-il un groupe de travail « escarres » dans l'institution ?

Veillez indiquer « oui » au cas où il existe un groupe de travail « escarres » formel au sein de l'institution. Celui-ci peut être multidisciplinaire (p.ex. infirmiers, médecins, kinésithérapeutes).

2. Existe-t-il un protocole écrit pour la prévention des escarres au sein de l'institution ?

Veillez cocher « oui », s'il existe un protocole de prévention écrit qui soit valable pour l'ensemble de l'institution et qui soit disponible pour tous les dispensateurs de soins.

3. Y a-t-il une personne responsable de l'actualisation et de la diffusion de ce protocole de prévention ?

Veillez cocher « oui » s'il existe une personne (ou un comité) au sein de l'institution qui s'occupe d'actualiser les protocoles de prévention et de prise en charge des escarres à la lumière des données scientifiques nouvelles et qui diffuse l'information dans les unités de soins.

4. Procède-t-on à une évaluation au sein de l'institution afin de vérifier si les équipes travaillent effectivement suivant le protocole défini ?

Veillez cocher « oui » si cette évaluation a lieu à intervalles réguliers (p. ex. 3 à 4 fois par an). Cette évaluation peut être réalisée de manière centralisée ou non, de même qu'elle peut se faire verbalement ou par écrit.

5. Existe-t-il un enregistrement centralisé des patients qui présentent des escarres au sein de l'institution auprès d'une personne de contact (p.ex. une infirmière de référence pour les escarres) ?

Veillez cocher « oui » s'il existe une personne au sein de l'institution qui possède une vue d'ensemble du nombre de patients présentant des escarres et qui possède également les connaissances au sujet de la prévention et du traitement.

6. Des enregistrements réguliers du nombre de patients présentant des escarres ont-ils lieu dans l'institution ?

Veillez cocher « oui » si un tel enregistrement a lieu de manière régulière (p.ex. tous les ans). Il peut s'agir aussi bien d'un enregistrement continu ou ponctuel.

7. Une formation au sujet de la prévention des escarres a-t-elle eu lieu au sein de votre institution au cours des deux dernières années ?

Veillez cocher « oui » si une telle formation a été donnée par des experts dans le domaine des escarres.

8. Existe-t-il une brochure d'information à l'attention des patients et/ou la famille en ce qui concerne la prévention des escarres ?

Veillez cocher « oui » si une telle brochure existe au sein de l'institution. Cette brochure comprend des informations au sujet de la survenue des escarres et les mesures à prendre par le patient et/ ou la famille pour les éviter.

2. Données concernant l'unité de soins

Le profil des unités de soins participantes est rempli une seule fois par le coordinateur au sein de l'institution, le jour de la mesure de la prévalence.

Les unités de soins qui participent

Chaque service (sauf ceux de pédiatrie, maternité, psychiatrie et hôpital de jour) se verra attribuer un code à deux chiffres afin de garantir l'anonymat des données.

DONNEES CONCERNANT L'UNITE

Unités de soins participantes

<i>Unité de soins</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>CD</i>	<i>G</i>	<i>USI</i>	<i>Autre</i>	<i>Unité non utilisée</i>
<i>Service 01</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Service 02</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Service 03</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Service 04</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Service 05</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Service 06</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Service 07</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Service 08</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Service 09</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Service 10</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>...</i>	<input type="checkbox"/>						
<i>Service 50</i>	<input type="checkbox"/>						

Il convient de noter pour chaque unité de quel type de service il s'agit. Si le type de service n'est pas indiqué, veuillez noter « autre ».

Au cas où votre institution comprend moins de 50 unités, veuillez ne pas cocher les cases prévues ou cocher la case « service non utilisé ».

Les coordonnées de la personne de contact

CONTACT

Nom

Fonction

Téléphone

e-mail

Veillez indiquer les coordonnées de la personne qui coordonne la mesure de la prévalence au sein de l'institution. Dans le cas où certaines données ne seraient pas claires, il est important de pouvoir se référer à une personne qui a centralisé l'information. Nous nous engageons à ce que les données personnelles soient traitées de manière strictement confidentielle et ne servent que dans le cadre de cette recherche.

MESURE DE LA PREVALENCE

Première date de la mesure (jj/mm/aa)

Deuxième date de la mesure (jj/mm/aa)

Troisième date de la mesure (jj/mm/aa)

Veillez indiquer les jours, mois et l'année où la (les) mesure(s) de la prévalence se déroulera (-ont) dans l'unité.

3. Données concernant le patient

Ces données seront remplies pour chaque patient présent dans l'unité de soins et qui a marqué son consentement pour participer à la recherche.

Code de l'unité de soins et code du patient

Le coordinateur attribue un code à chaque **unité de soins** (code numérique à 2 chiffres).

Mesure de prévalence des escarres

Institution:

DONNEES GENERALES

Unité de soins (code numérique) **Veillez à toujours indiquer 2 chiffres! p.ex: unité 1 → 01**

Code du patient

Le consentement oral du patient ou, à défaut, son représentant légal a été obtenu

À remplir pour tous les patients examinés; le numéro est donné par le coordinateur

Chaque patient séjournant dans l'unité se verra également attribuer un code, afin de pouvoir vérifier si tous les patients auront bien été enregistrés. Le code du patient sera attribué par la personne qui effectuera l'enregistrement des données dans l'unité. Ce code pourra être simplement un numéro de 1 à 40, ou être un numéro de chambre et de lit du patient.

Le consentement du patient :

Le consentement oral du patient ou, à défaut, son représentant légal a été obtenu

Oui

Patients capables

Le consentement oral à participer à cette recherche est demandé aux patients capables. L'accord obtenu est noté au dossier infirmier et coché sur le formulaire d'enregistrement.

Patients incapables

Pour les patients incapables, l'accord est demandé à son représentant selon l'ordre suivant :

- le représentant légal du patient
- à défaut, son conjoint cohabitant ou, au cas où le patient n'est pas marié ou serait séparé de son conjoint, son partenaire cohabitant,
- à défaut, un de ses enfants majeurs,
- à défaut, ses parents,
- à défaut, un de ses frères ou sœurs.

Âge

Cochez la case correspondant à la catégorie d'âge du patient

Genre

Cochez la case correspondante

Incontinence

DONNEES DU PATIENT						
Généralités						
Age						
<input type="checkbox"/>	< 18 ans	<input type="checkbox"/>	60 - 69 ans	<input type="checkbox"/>	> 89 ans	
<input type="checkbox"/>	19 - 39 ans	<input type="checkbox"/>	70 - 79 ans	<input type="checkbox"/>	Inconnu	
<input type="checkbox"/>	40 - 59 ans	<input type="checkbox"/>	80 - 89 ans			
Genre						
<input type="checkbox"/>	Homme	<input type="checkbox"/>	Femme			
Incontinence						
		Non	Occasionnelle ment	Le plus souvent	Toujours	Inconnu
	Urine	<input type="checkbox"/>				
	Selles	<input type="checkbox"/>				
Poids à l'admission						
<input type="checkbox"/>	Moins de 55 kg	<input type="checkbox"/>	Plus de 94 kg			
<input type="checkbox"/>	Entre 55 en 94 kg	<input type="checkbox"/>	Inconnu			
Le patient subira-t-il une intervention au cours de la semaine prochaine?						
<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Inconnu	

Veillez cocher la case correspondante.

Dans le cadre de cette étude, si le patient porte une sonde vésicale à demeure, il n'est pas considéré comme étant incontinent pour les urines.

Poids à l'admission

Veillez cocher la case correspondante

Le patient subira-t-il une intervention chirurgicale endéans la semaine ?

Veillez cocher la case correspondante

Echelle de Braden

Echelle de Braden

Perception sensorielle			
<input type="checkbox"/> 1	Totalement limitée	<input type="checkbox"/> 3	Légèrement limitée
<input type="checkbox"/> 2	Très limitée	<input type="checkbox"/> 4	Pas d'altération
Humidité			
<input type="checkbox"/> 1	Toujours humide	<input type="checkbox"/> 3	Occasionnellement humide
<input type="checkbox"/> 2	Très humide	<input type="checkbox"/> 4	Rarement humide
Activité			
<input type="checkbox"/> 1	Alitement	<input type="checkbox"/> 3	Marche occasionnellement
<input type="checkbox"/> 2	Séjour au fauteuil	<input type="checkbox"/> 4	Marche fréquemment
Mobilité			
<input type="checkbox"/> 1	Totalement immobile	<input type="checkbox"/> 3	Légèrement limitée
<input type="checkbox"/> 2	Très limitée	<input type="checkbox"/> 4	Aucune limitation
Nutrition			
<input type="checkbox"/> 1	Très insuffisante	<input type="checkbox"/> 3	Correcte
<input type="checkbox"/> 2	Probablement insuff.	<input type="checkbox"/> 4	Excellente
Friction et cisaillement			
<input type="checkbox"/> 1	Problème	<input type="checkbox"/> 2	Problème potentiel
		<input type="checkbox"/> 3	Pas de problème apparent

L'évaluation de la survenue du risque d'escarres est déterminée par l'échelle de Braden.

Six facteurs sont évalués afin de mesurer ce risque : perception sensorielle, humidité, activité, motricité, nutrition, pression & cisaillement.

Pour chaque indicateur, un item peut être coché. Les valeurs varient entre 1 (le moins favorable) et 4 (le plus favorable), ou entre 1 et 3. Afin d'évaluer correctement le risque, le score représentant au mieux la condition du patient sera choisi.

Le score pour l'indicateur « perception sensorielle » consiste en deux composantes, l'une évalue le niveau de conscience, tandis que l'autre évalue la perception au niveau de la peau. Dans les cas où un patient présente à la fois une diminution de la conscience et une sensation cutanée altérée, il faudra choisir le score le plus bas.

Perception sensorielle
1. Totalement limitée
Pas de réponse (pas de gémissement, tressaillement, crispation) au stimuli douloureux, lié à un niveau de conscience diminué ou à une sédation OU Capacité limitée de ressentir la douleur sur la plupart de la surface du corps.
2. Très limitée
Ne répond qu'à des stimuli douloureux. Ne peut pas communiquer à propos d'une situation d'inconfort, excepté par des gémissements ou une agitation. OU Présence d'une incapacité sensorielle, limitant la perception douloureuse sur la moitié du corps
3. Légèrement limitée
Réponse aux demandes verbales, mais ne peut pas toujours communiquer la situation d'inconfort ou a besoin d'être mobilisée OU Présence d'une incapacité sensorielle, limitant la perception douloureuse ou d'inconfort au niveau d'1 ou 2 extrémités
4. Pas d'altération
Réponse aux demandes verbales. Pas de présence de déficit sensoriel qui pourrait entraver la capacité de ressentir la douleur ou communiquer une douleur ou une situation d'inconfort.

Bien que la plupart des autres indicateurs ne se composent pas de deux parties, ils peuvent recouvrir plus d'un aspect. Dans ce cas, la règle suivante s'appliquera :

« en cas de doute, veuillez attribuer le score le plus bas »

L'addition des valeurs (minimum 6 et maximum 23) détermine le risque de survenue d'escarres. Un score total bas indique un risque élevé et un score total élevé indique un risque faible.

Observation de la peau

Y a-t-il une lésion cutanée?

Non Oui

Veuillez cocher la case correspondante ; si vous cochez non, vous serez automatiquement redirigé vers la dernière page (prévention des escarres)..

Observation de la peau

Observation générale de la peau

- 1 Décoloration 3 Abîmée (pas d'escarre)
 2 Sècheresse 4 Oedématiée

La peau du patient est-elle colorée, sèche, abîmée (pas d'escarre) ou oedématiée ? Le patient a-t-il une escarre ?
Veuillez cocher la case correspondante.

Observation de l'escarre

	Peau saine	Degré 1	Degré 2	Degré 3	Degré 4
Siège	<input type="checkbox"/>				
Talon/cheville G	<input type="checkbox"/>				
Talon/cheville D	<input type="checkbox"/>				
Hanche G	<input type="checkbox"/>				
Hanche D	<input type="checkbox"/>				
Autre	<input type="checkbox"/>				

Afin d'obtenir des données rigoureuses, il est important d'observer la peau de tous les patients.

Enregistrez l'escarre la plus sévère, en utilisant la classification de l'EPUAP. Si le patient présente plusieurs escarres d'une même degré, choisissez l'escarre qui, d'après vous, a l'impact le plus important sur la qualité de vie du patient.

1 ^{er} degré	érythème cutané, sur une peau apparemment intacte, ne disparaissant pas à la levée de la pression
2 ^{ème} degré	perte de substance impliquant l'épiderme et/ou le derme. La lésion est superficielle, se présente comme une phlyctène, ouverte ou non
3 ^{ème} degré	perte de substance, impliquant le tissu sous-cutané. Elle peut impliquer le fascia, mais pas davantage
4 ^{ème} degré	atteinte étendue, nécrose tissulaire et/ou musculaire, osseuse ou des tissus conjonctifs, avec ou sans lésion de l'épiderme ou du derme

Si le patient présente une autre lésion qu'une lésion d'escarres, veuillez cocher « autre lésion ». Au cas où le patient présente une lésion à un autre endroit que celui qui est dessiné, veuillez cocher « autre ». Ceci peut être le cas s'il y a une escarre nasale, du menton, etc.

Lorsque les deux infirmiers réalisant la mesure ne s'accordent pas à propos du degré, c'est **l'infirmier faisant partie d'un service différent** qui prendra la décision finale.

Où l'escarre la plus sévère est-elle survenue?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Il n'y a pas d'escarres | <input type="checkbox"/> Dans une autre institution |
| <input type="checkbox"/> Dans l'unité | <input type="checkbox"/> A domicile |
| <input type="checkbox"/> Dans une autre unité de la même institution | <input type="checkbox"/> Autre |

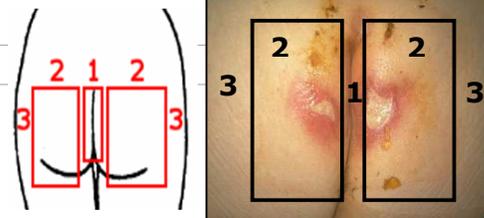
Veillez cocher le lieu où l'escarre la plus sévère est apparue. Vous avez le choix entre :

- Il n'y a pas d'escarres: la peau du patient est intacte
- Dans l'unité: la lésion est apparue dans l'institution, au sein de l'unité dans laquelle le patient séjourne pour le moment.
- Un autre service dans votre institution : la lésion est apparue dans votre institution, mais dans un autre service que celui où le patient séjourne au moment de la mesure de la prévalence.
- Une autre institution : la lésion est apparue dans une autre institution.
- À domicile : la lésion est apparue à domicile, avant que le patient ne soit admis dans votre institution.
- Inconnu : si vous ignorez où la lésion est apparue.

Observation de la lésion de macération

Observation des lésions de macération			
	Pas de lésion de macération	Lésion de macération	Inconnu
Zone 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zone 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zone 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aperçu des zones:



Veillez indiquer pour chaque zone si une lésion de macération est présente ou non. Au cas où vous n'êtes pas certain(e) s'il s'agit bien d'une lésion de macération, veuillez cocher « inconnu ».

Mesures préventives utilisées par l'équipe infirmière

Cette section doit être remplie pour **tous** les patients pour lesquels des mesures préventives ont été instaurées.

Prévention des escarres par l'équipe infirmière

Mobilisation au lit

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Toutes les 3 heures	<input type="checkbox"/> Inconnu
<input checked="" type="checkbox"/> Irrégulière/ non planifiée	<input type="checkbox"/> Toutes les 2 heures	
<input type="checkbox"/> Toutes les 4 heures	<input type="checkbox"/> Toutes les heures	

Mobilisation dans le fauteuil

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Toutes les 3 heures	<input type="checkbox"/> Inconnu
<input checked="" type="checkbox"/> Irrégulière/ non planifiée	<input type="checkbox"/> Toutes les 2 heures	
<input type="checkbox"/> Toutes les 4 heures	<input type="checkbox"/> Toutes les heures	

Mobilisation du patient au lit

Veuillez cocher selon quel schéma le patient est mobilisé lorsqu'il est alité.

Note : La mobilisation est irrégulière ou non planifiée lorsqu'il n'existe pas de schéma de mobilisation pré-établi

Mobilisation du patient dans le fauteuil

Veuillez cocher selon quel schéma le patient est mobilisé lorsqu'il est assis dans le fauteuil.

Note : Comme pour l'item précédent, la mobilisation est irrégulière ou non planifiée lorsqu'il n'existe pas de schéma de mobilisation pré-établi

Equipement

- Dans le lit

Matériel dans le lit

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pas de matériel spécifique | <input type="checkbox"/> Matelas d'eau | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Matelas réducteur de pression (mousse viscoélastique) | <input type="checkbox"/> Matelas Low airloss | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| <input type="checkbox"/> Matelas à pression alternée | <input type="checkbox"/> Lit de sable | |

Notez lorsque le patient dispose d'un matelas spécifique, notamment :

- Matelas à **mousse viscoélastique** : il est caractérisé par une résilience lente
- Matelas à **pression alternée** : ce matelas est constitué de compartiments qui se remplissent et se vident successivement d'air (p.ex. alpha-x-cell)
- Matelas **d'eau** : ils reposent sur le principe de la répartition de la pression par le déplacement de l'eau
- Matelas **low air-loss** : matelas possédant un système d'air dynamique, comprenant un capteur de pression qui permet d'obtenir des pressions déterminées.
- **Matelas d'air** : ce matelas est composé de plusieurs alvéoles remplies d'air.
- **Lit de sable** : ces lits sont remplis de petites particules mises en mouvement grâce à un flux d'air.

Au cas où le matelas utilisé par le patient n'est pas repris dans le questionnaire, veuillez indiquer « autre ».

- Dans le fauteuil

Matériel dans le fauteuil

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pas de matériel spécifique | <input type="checkbox"/> Coussin d'air | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| <input type="checkbox"/> Coussin réducteur de pression (mousse viscoélastique) | <input type="checkbox"/> Coussin gel | |
| <input type="checkbox"/> Coussin d'eau | <input type="checkbox"/> Autre | |

Notez lorsque le patient utilise un matériel spécifique dans le fauteuil, notamment :

- Coussin à **mousse viscoélastique** : il est caractérisé par une résilience lente
- Coussin **d'eau** : il repose sur le principe de la répartition de la pression par le déplacement de l'eau
- Coussin **d'air** : la quantité d'air contenue dans le coussin n'est en principe, pas modifiée après le contrôle de la pression.
- Coussin **gel** : ce coussin peut contenir un gel liquide ou solidifié, recouvert d'une housse synthétique.

Au cas où le coussin utilisé par le patient n'est pas repris dans le questionnaire, veuillez indiquer « autre ».

Autres mesures

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Décharge de l'appui des talons | <input type="checkbox"/> Peau de mouton | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| <input type="checkbox"/> Protège-talons | <input type="checkbox"/> Crème barrière hydrolipidique | |
| <input type="checkbox"/> Massage | <input type="checkbox"/> Autre | |

Veuillez indiquer quelles mesures sont prises chez le patient. Vous avez le choix entre :

- décharge de l'appui des talons : les talons ne sont pas en contact avec la surface du matelas (un coussin a été placé sous les mollets, ...)
- protège-talons
- massage
- peau de mouton
- crème barrière hydrolipidique : crème protectrice pour la peau, appliquée en cas d'exposition à l'humidité

Au cas où la mesure utilisée par le patient n'est pas reprise dans le questionnaire, veuillez indiquer « autre ».

Commentaire

Vous pouvez utiliser ce champ au cas où vous souhaitez formuler des remarques qui vous semblent pertinentes.

Annexe 6 : Planification

Chaque institution forme deux équipes d'infirmiers pour effectuer la recherche.

- L'équipe A est composée d'infirmiers, experts dans le domaine des escarres, qui visiteront toutes les unités participant à la mesure le jour de la recherche, en fonction d'une planification préétablie. L'équipe B est composée d'infirmiers qui travailleront dans leur propre unité durant le jour de la mesure (un infirmier par unité).
- Le nombre d'infirmiers requis pour l'étude dépend du nombre d'unités de soins qui participeront, ainsi que du temps disponible. Il faut compter environ une heure à une heure et demie pour examiner les patients quant à la présence d'escarres, dans un service de 25 lits, et remplir les questionnaires. L'examen aura toujours lieu par deux infirmiers, un de chaque équipe.

Exemple d'un hôpital avec 17 unités (étude pilote)

Équipe A : 6 infirmiers, tous familiarisés avec l'enregistrement des escarres

Équipe B : 24 infirmiers dans les unités, qui n'enregistreront que les patients de leur propre unité.

Mesure : un total de 368 patients sont examinés et les données sont enregistrées entre 9h00 et 16h00.

Infirmiers

- formation de ½ à 1 heure par le coordinateur
- 8 à 10 minutes par patients pour déterminer la présence d'escarres et remplir les documents

coordinateur

- 2 heures de formation par le chercheur (en excluant le temps de déplacement)
- formation des infirmiers (équipes A et B) : environ 2 heures

Equipe A : 6 infirmiers ne faisant pas partie d'une équipe (p.ex. les membres d'un comité d'escarres)

Équipe B : 24 infirmiers faisant partie des équipes

Nombre de services faisant partie de l'étude : 17

Début de l'étude : 9h00

Fin de l'étude : 16h00

Equipe A : (les noms utilisés sont fictifs)

- Thomas Janssen
- Mariette Dierckx
- Monique Smets
- Anne Balfroid
- Claire Peters
- David Parmentier

2. Exemple de grille d'horaire

Service (code)	spécialisation	Nombre de lits	Horaire	Nom de l'infirmier B	Nom de l'infirmier A
01	Urologie/dermatologie	40	13h – 14h	Amélie	Anne
02	Chirurgie plastique	40	14h – 13h	Bernadette	Anne
03	Gynécologie	40	9h00 – 10h	Caroline	Mariette
04	Pneumo- cardiologie	40	11h00 – 12h00	Donatienne	Monique
05	Pneumologie	20	11h00-12h00	Emilie	Claire
06	Cardiologie	20	13h00 – 14h00	François	Mariette
07	Cardiologie	20	14h00 – 15h00	Gaby	Mariette
08	CCU	20	11h00 – 12h00	Henriette	Thomas
09	Soins Intensifs Médicaux	7	9h00 – 9h40	Irène	Thomas
10	Soins Intensifs chirurgicaux	7	9h40 – 10h20	Julien	Thomas
11	Soins Continues	8	10h20 – 11h00	Karin	Thomas
12	Chirurgie	20	11h00 – 12h00	Linda	David
13	Chirurgie	20	10h00 – 11h00	Myriam	Monique
14	Chirurgie	20	10h00 – 11h00	Nadine	Claire
15	Chirurgie	20	10h00 – 11h00	Omar	David
16	Orthopédie	20	9h00 – 10h00	Patricia	Monique
17	Orthopédie	20	9h00 – 10h00	Quentin	Claire
18	Chirurgie cardiaque	20	13h00 – 14h00	Raymonde	Thomas
19	Chirurgie cardiaque	20	14h00 – 15h00	Stéphanie	Thomas
20	Oncologie	20	13h00 – 14h00	Thierry	David
21	Néphrologie	20	14h00 – 15h00	Ursule	David
22	Gériatrie	20	14h00 – 15h00	Véronique	Claire
23	Endocrinologie	20	13h00 – 14h00	Waudru	Claire
24	Neurologie	20	14h00 – 15h00	Xavier	Monique
25	Neurochirurgie	20	13h00 – 14h00	Yvette	Monique
26	Rhumatologie	20	10h00 – 11h00	Mariette	Anne
27	Transplantation rénale	20	11h00 – 12h00	Mariette	Anne

PUMap: exemple d'horaire équipe A

Matin

- : pas de service, possibilité d'aider d'autres services, si nécessaire
- 8h30 : rencontre avec l'équipe A : remise des documents pour la recherche

Thomas	Mariette	Monique	Anne	Claire	David
9h00 : service 9 9h40 : service 10 10h20: service 11 11h00: service 8	9h00 : service 3 10h00 : service 26 11h00: service 27	9h00: service 16 10h00: service 13 11h00: service 4	9h00: - 10h00: service 26 11h00: service 27	9h00: service 17 10h00: service 14 11h00: service 5	9h00: - 10h00: service 15 11h00: service 12
12h00 – 13h00 repas équipe A					
13h00 : service 18 14h00 : service 19 15h00: -	13h00 : service 6 14h00 : service 7 15h00: -	13h00: service 25 14h00: service 24 15h00: -	13h00: service 1 14h00: service 2 15h00: -	13h00: service 23 14h00: service 22 15h00: -	13h00: service 20 14h00: service 21 15h00: -
Fin entre 15h00 et 16h00					

Project EC UZG 2007/486

(door onderzoeker en sponsor te vermelden bij alle verdere correspondentie/to be mentioned in all further correspondence by investigator and sponsor)

Studie van de decubitusprevalentie in de Belgische ziekenhuizen.

(Belgisch RegistratieNr: B67020072953)

- * Adviesaanvraagformulier dd. 27/11/2007 (volledig ontvangen dd. 27/11/2007)
- * Aanvullend adviesaanvraagformulier dd. 26/11/2007
- * Begeleidende brief dd. 27/11/2007
- * Informatieformulier
 - voor de kandidaat patiënt (versie 1, dd. 27/11/2007)
 - voor de verpleegkundig en medisch directeur (dd. 27/11/2007)
- * Diverse : Dataformulier decubitusprevalentiemeting
- * Antwoord onderzoekers
mail dd. 3 januari 2008 van Nadia Bouzegta in antwoord op onze opmerkingsbrief dd. 6/12/2007

Advies werd gevraagd door:

Prof. dr. T. DEFLOOR, Hoofdonderzoeker
Dr. M. GOBERT, Onderzoeker
Lic. K. VANDERWEE, Onderzoeker
Prof. dr. M. GRYPDONCK, Onderzoeker

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 3/01/2008
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met het Trial Bureau (09/240 89 99).**

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 3/01/2008
Before initiating the study, please contact the Trial Bureau (09/240 89 99).**

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 15/01/2008

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 15/01/2008

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemt oont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandsstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

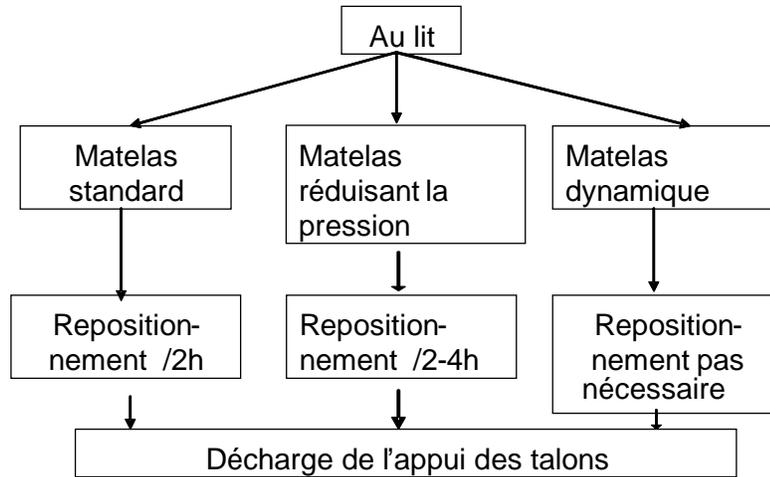
- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee
Prof. dr. R. RUBENS
Voorzitter / Chairman

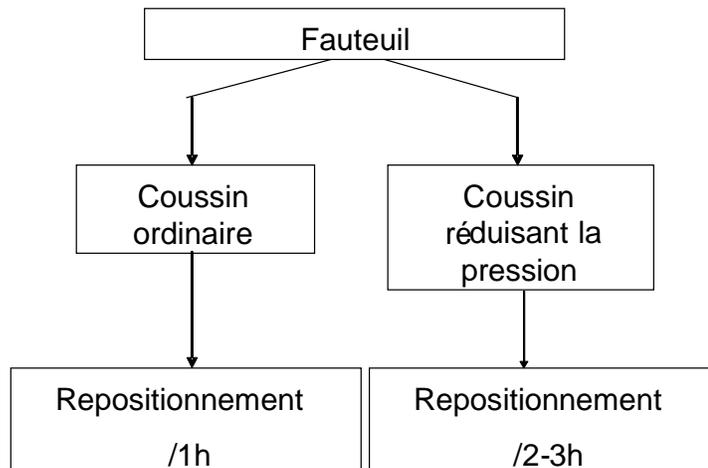
CC: UZ Gent - Trial Bureau
UZ Gent - Beheer en algemene directie
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Annexe 8 : algorithme des soins adéquats

Algorithme des soins adéquats (au lit)



Algorithme des soins adéquats (dans le fauteuil)



Annexe 9 : Régression logistique

Régression logistique: la variable dépendante est la présence de lésions d'escarre et la variable indépendante est l'une des caractéristiques du patient statistiquement significative dans la première régression logistique (cfr. tableau 2.43).

	N	B^b	SE^c	Odds ratio (95% CI)	Wald chi²	p-value
Constante		-0,591	0,183			
Âge (>70 ans)	11887	0,503	0,073	1,654 (1,433-1,909)	47,455	<0,001
Genre (masculin)	8855	0,19	0,062	1,209 (1,072-1,364)	9,502	0,002
Score de Braden		-0,229	0,009	0,795 (0,781-0,81)	600,955	<0,001
Incontinence urinaire	2785	-0,196	0,087	0,822 (0,692-0,976)	5,026	0,025
Incontinence fécale	2891	0,288	0,093	1,333 (1,112-1,599)	9,602	0,002
Siège : oedématié	589	0,855	0,113	2,351 (1,882-2,937)	56,798	<0,001
Siège: peau sèche	1413	0,964	0,082	2,623 (2,236-3,078)	139,832	<0,001
Siège : peau abimée	2009	-0,164	0,089	0,849 (0,713-1,011)	3,362	0,067
Siège: lésion de macération	1130	0,93	0,092	2,536 (2,116-3,039)	101,438	<0,001

Selon la régression logistique, les patients suivants risquaient plus souvent de présenter une lésion d'escarres:

- les hommes ;
- les patients âgés de 70 ans et plus ;
- les patients dont le score de Braden était bas ;
- les patients présentant une incontinence fécale ;
- les patients dont la peau du siège était oedématiée, sèche ou présentait une lésion de macération.