

Mots clefs :
Psychiatrie
Escarre
Risque
Enquête
Méthodologie
Résultats

LUDOVIC DUFEUTREL

Médecin, DIM,
EPSM Lille-Métropole,
Armentières

CHRISTIAN GOMBER

Surveillant, DIM et DSSI,
EPSM Lille-Métropole,
Armentières

CLAIRE POLLET

Pharmacien des hôpitaux,
présidente du CLIN,
EPSM Lille-Métropole,
Armentières

MONIQUE PICARD

Surveillante hygiéniste, DSSI,
EPSM Lille-Métropole,
Armentières

ANTHONY GAUTIER

Statisticien, DIM,
EPSM Lille-Métropole,
Armentières

L'escarre est une complication fréquente du décubitus, touchant 5% à 6% des patients hospitalisés⁽¹⁾. En France, une étude conduite un jour donné, a montré que 8,6% des 46055 patients hospitalisés présentaient des escarres. Parmi ces patients, la fréquence d'une affection neurologique était de 40%⁽²⁾. Les escarres ne sont pas rares et sont responsables d'une morbidité importante et leur présence peut compromettre le pronostic vital.

Enquête de prévalence et évaluation du risque d'escarre dans un établissement psychiatrique

Méthode, résultats, conséquences

L'enquête de prévalence des infections nosocomiales dans les services ou hôpitaux psychiatriques de l'inter-région Paris-Nord en 1996 montre que, sur 3765 patients, 43 (soit 1,1%) présentent au moins une escarre.

Cependant, une très grande majorité des escarres pourrait être évitée.

La mesure du risque d'escarre, étape clé de leur prévention, nécessite des échelles qui permettent au personnel soignant de calculer le risque d'escarre pour un patient donné.

L'établissement public de santé mentale Lille-Métropole (EPSM) est un établissement de santé spécialisé dans la prise en charge des pathologies psychiatriques (695 lits en hospitalisation temps-plein). Le risque d'escarre est évalué à l'EPSM grâce à l'échelle de Waterlow (échelle figurant dans le questionnaire, en annexe).

Le principal objectif était de connaître l'étendue du problème parmi les malades de l'EPSM, c'est-à-dire d'évaluer le risque d'escarre à l'aide de l'échelle de Waterlow pour chaque patient inclus dans l'étude, et mesurer la prévalence à un moment donné.

Matériel et méthodes

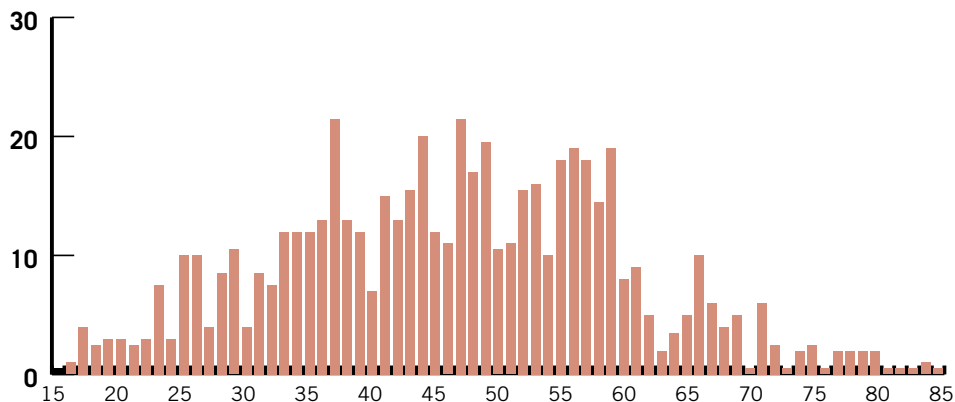
L'étude portait sur les patients hospitalisés à temps complet à l'EPSM Lille-Métropole, en date du 8 juin 1999, dans les 10 secteurs de psychiatrie adulte.

Les adultes pris en charge sur un autre mode étaient exclus (hospitalisations à temps partiel ou prise en charge en ambulatoire, en intra-hospitalier comme en extra-hospitalier).

Il s'agissait d'une enquête transversale portant sur l'ensemble des patients de la population d'étude, présents un jour donné. Le recueil des données s'effectuait à partir d'un questionnaire-papier rempli pour chaque malade en hospitalisation complète. L'anonymat était de règle. Seules les trois premières lettres du nom étaient requises. Le but était de pouvoir faire correspondre, en interne, un questionnaire et un patient, si une précision devait être apportée après enquête auprès des équipes soignantes. L'état mental est un facteur de risque important. Le questionnaire devait l'évaluer en plus des critères de l'échelle de Waterlow qui semble en minimiser l'importance. L'analyse pouvait simplement apprécier la validité de ce parti pris.

graph 1

Répartition des patients selon leur âge



Le jour de l'enquête, les questionnaires vierges étaient remis à chaque enquêteur désigné pour l'occasion, sous enveloppe. Cette enveloppe contenait, outre les questionnaires en nombre suffisant, des indications sur le lieu d'enquête et sur le déroulement du rendu des questionnaires.

Chaque enquêteur se rendait ensuite dans le service qui lui avait été précisé pour y être assisté d'une infirmière ou d'une aide-soignante préalablement désignée pour cette enquête.

Le remplissage des questionnaires nécessitait l'intervention du couple ainsi formé, un enquêteur référent et une infirmière ou une aide-soignante.

Avant de remettre en personne les questionnaires remplis, chaque enquêteur devait faire une photocopie de l'ensemble de ces questionnaires ; chaque photocopie était ensuite classée dans le dossier du patient correspondant.

Avant la saisie, certaines fiches méritaient un complément d'informations, voire d'être corrigées. Ceci a nécessité de

repandre contact avec le secteur émetteur de cette fiche (intérêt des photocopies suscitées). Ce travail était incontournable pour garantir la qualité des données.

Résultats

L'enquête a porté sur 575 patients.

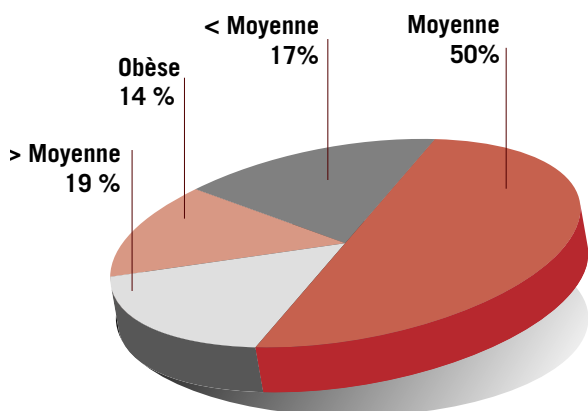
Le sexe ratio était de 2,23 hommes pour une femme (69% d'hommes et 31% de femmes). Les précédentes coupes transversales faites dans un autre but retrouvaient cette prédominance masculine avec toutefois une tendance à la baisse (coupe de 1996 : sexe ratio égal à 2,65 ; coupe 1998 : sexe ratio égal à 2,42).

L'âge moyen était de 47 ans avec un maximum de 90 ans et un minimum de 15 ans (graph 1).

La répartition des patients en fonction de leur temps de présence dans l'établissement montrait un large éventail de

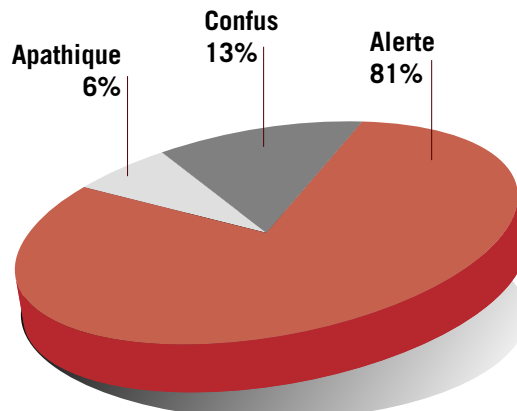
graph 2

Répartition de la population d'après l'IMC



graph 3

Répartition de la population d'après l'état mental



possibilités. Autant le premier tiers des patients n'était présent que depuis moins de 6 mois, le second l'était depuis plus de 6 mois et moins de 10 ans, et le troisième depuis plus de 10 ans (13% depuis plus de 30 ans !).

Pour chaque patient, les critères de la grille de Waterlow ont été étudiés. Il était alors possible de décrire la population en fonction de ces critères ainsi que de leur état mental.

- L'indice de masse corporelle (IMC) résulte du rapport de la masse par le carré de la taille. La moitié des patients avait un IMC dans les limites de la normale ; un tiers avait un IMC supérieur à la normale dont 40 % étaient obèses ; le reste (soit 17%) avait un IMC inférieur à la normale (graph 2);
- le quart des patients avaient des problèmes de continence ;
- 7 fois sur 10 l'aspect visuel de la peau était en faveur d'une peau saine ;
- 8 personnes sur 10 (81.2 %) jouissaient d'une mobilité complète, un peu plus de 6% avaient une mobilité restreinte, un peu moins de 7% étaient au fauteuil, 3% des personnes étaient agitées ;
- 9 fois sur 10 l'appétit n'avait pas suscité de remarques ;
- l'état mental ne posait pas de problème pour 4 personnes sur 5 (graph 3).

tableau 1

On pouvait répartir les patients en 4 classes :

Sans risque	449	78,09%
Risque	68	11,83%
Haut risque	31	5,91%
Très haut risque	18	4,17%
575		

52,4 % des patients à risque étaient concentrés dans 5 unités seulement sur 26, mais la répartition des escarres constituées ne respectait pas ce découpage, puisque dans ces unités on relevait 1 escarre sur les 9.

L'enquête a retrouvé 9 patients porteurs d'escarre(s) dont 6 l'étaient avant d'être pris en charge dans l'établissement. Le taux de prévalence était de 1,57%. L'intervalle de confiance à 95 % était : [0,55 % - 2,58%].

Les porteurs d'escarre(s) étaient exclusivement des femmes. La jeunesse était un atout pour éviter le développement des escarres, puisque les porteuses d'escarre(s) étaient généralement âgées : la moyenne d'âge était de 61 ans. Un tiers des patientes âgées de plus de 80 ans présentait une ou deux escarres (nombre d'escarres maximum atteint par une patiente). Plus de 70 % des patientes porteuses d'escarre(s) (6 sur 9) avaient un indice de masse corporelle distinct de la moyenne. En effet, quatre de ces malades étaient en dessous de l'indice moyen, une au-dessus de la moyenne, et une obèse. Plus de la moitié de ces patientes présentaient une incontinence double.

Une peau non saine représentait l'une des particularités essentielles chez les patientes porteuses d'escarre(s). Ainsi, l'enquête a montré que plus de la moitié de ces malades avait une irritation cutanée et/ou une peau sèche ou déshydratée et/ou un derme fin ou frêle. Ces faiblesses épidermiques ont contribué explicitement à l'apparition et au développement d'une escarre, puisque celle-ci est définie comme étant la nécrose des tissus par ischémie.

Une autre caractéristique principale de ces patientes était leur mobilité restreinte ou uniquement à l'aide d'un fauteuil (les deux modalités regroupant 88,9 % des porteuses).

L'appétit était moyen pour 55,6 % de ces malades, faible pour 22,2 % d'entre eux.

Cinq malades sur neuf porteuses d'escarre(s) présentaient des risques supplémentaires particuliers, risques mis en évidence par l'échelle de Waterlow. On recensait trois cas d'insuffisance vasculaire périphérique, et deux circonstances de déficience cardiaque. On retrouvait la même proportion (5 sur 9) de patientes pour l'existence d'une déficience neurologique. En effet, trois porteuses d'escarre(s) souffraient d'une paraplégie et deux de diabète, de sclérose en plaques, d'un accident vasculaire cérébral ou d'un déficit sensoriel.

Parmi les neuf patientes porteuses d'escarre(s), aucune n'a eu à subir de traumatisme orthopédique de la partie inférieure ou d'intervention chirurgicale de plus de deux heures. De plus, pas une seule de ces malades ne suivait un traitement médicamenteux (cytotoxiques, haute dose de corticoïdes ou anti-inflammatoires).

Les porteuses d'escarre(s) se répartissaient entre les hauts risques (33,3 %) et les très hauts risques (66,6 %). Elles présentaient un état mental le plus souvent apathique (six malades sur neuf) tandis qu'aucune n'était mentalement confuse ou inconsciente.

Le sacrum s'avérait (du fait de la position assise ou allongée) être un endroit très favorable au développement d'escarres (6 escarres sur les 10 observées). Deux escarres étaient en voie de guérison (l'une était rose, l'autre au stade d'épidermisation).

Discussion

Le nombre de patients recensés ce jour-là correspondait au nombre habituellement observé. Le sexe ratio, égal à 2,23, signifiait la supériorité en nombre d'hommes, prévisible pour des raisons historiques. En effet, les femmes étaient orientées vers un établissement voisin mais distinct de l'EPSM, qui ne recevait que des hommes, jusqu'en 1972. La répartition des patients selon leur âge et leur temps de présence dans l'établissement mériterait des commentaires hors de propos.

La recherche de l'IMC a nécessité de mesurer les patients, de les peser et d'avoir recours à une autre échelle pour être calculé. De plus certains paramètres n'étaient pas

graph 4 Prévention des escarres Logigramme

assez précis et ont gêné le recueil mais aussi l'analyse ; c'était le cas en particulier des renseignements relatifs à la continence. Il en était de même pour les renseignements médicaux qui nécessitaient par ailleurs de consulter le dossier médical ou de s'adresser à un médecin, pas toujours disponible. C'est pourquoi la mesure des patients, la pesée et le remplissage des items médicaux ont été réalisés les jours précédant l'enquête.

10,08 % des patients avaient un risque important (haut risque dans 5,91 % des cas, très haut risque dans les 4,17 % restants) de développer une escarre, et seulement 1,57 % des patients était porteurs d'une escarre. Ceci soulignait les efforts de prévention déjà fournis en la matière. Une partie de la population psychiatrique peut se comparer, sous certains angles, à la population présente en long séjour et le risque d'infections nosocomiales sur escarres⁽⁶⁾, fréquent, surtout en cas de dépendance⁽⁶⁾, ne peut être négligé. De même, la concentration des patients à risque dans certaines unités n'était pas liée à la localisation des escarres constituées.

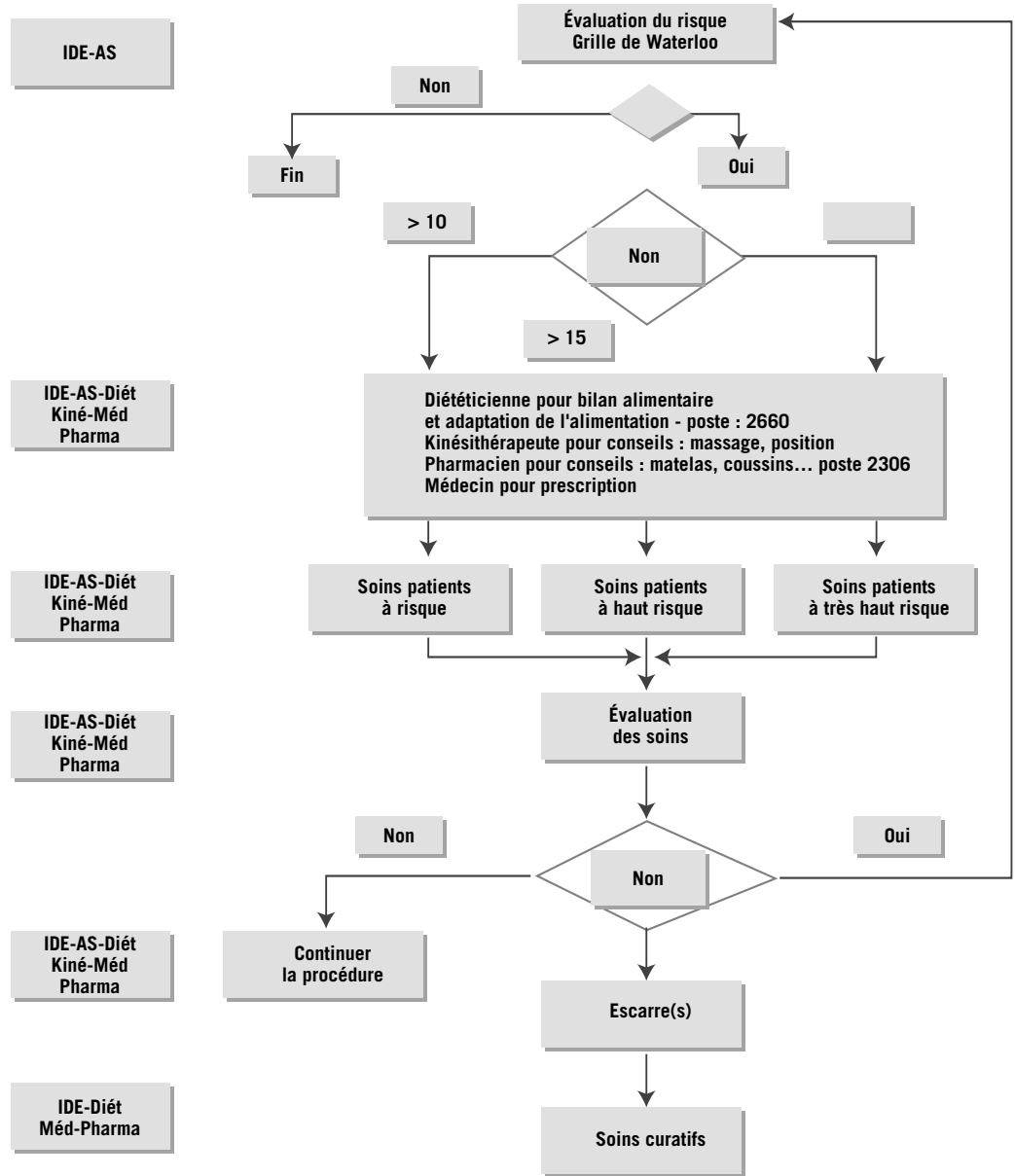
Les constatations résultantes de l'analyse des porteuses d'escarre(s) étaient à nuancer compte tenu du faible nombre d'escarres identifiées.

Les enseignements tirés de cette étude ont permis d'élaborer un logigramme, arbre décisionnel, dont le but est de formaliser une conduite à tenir devant un score obtenu à l'aide de l'échelle de Waterlow⁽⁷⁾. Le point le plus important qui ressortait de l'analyse de ce logigramme était la nécessité que tous les intervenants soient impliqués, de l'aide-soignante, en passant par la diététicienne, le pharmacien, le médecin, le kinésithérapeute et l'infirmier.

L'enquête de prévalence ne signifiait pas le point de départ d'une action, mais un complément. En effet, la sensibilisa-

tion, la création d'un groupe de travail et la formation du personnel étaient déjà des étapes franchies. La formation reposait sur la diffusion d'une vidéo réalisée par le CLIN et la réalisation d'une journée de formation sur le sujet dans l'établissement. Une deuxième journée est d'ores et déjà prévue. Un suivi des consommations de dispositifs médicaux de soins d'escarres, des déclarations des cas d'escarre(s) à la pharmacie et sur le terrain, un suivi par une hygiéniste dans le cadre du CLIN sont mis en place.

Une prochaine enquête de prévalence d'ici un an à 18 mois est programmée pour évaluer l'apport des mesures prises sur le modèle d'une évaluation avant-après.



L'escarre, enquête transversale, un jour donné

Objectifs

- Évaluer le risque d'escarres
- Mesurer la prévalence des escarres

- 1) Date du recueil :
- 2) Service :
- 3) Unité fonctionnelle :
- 4) Date d'entrée dans le service :

Le patient

- 5) 3 premières lettres du nom :
- 6) Âge :
- 7) Sexe (masculin = 1 ; féminin = 2) :

Echelle de Waterlow

*Cette partie est à remplir si le patient n'est pas porteur d'escarre(s),
mais aussi dans le cas contraire. En effet, une escarre peut se développer ailleurs...*

Afin d'établir le degré de risques d'escarres, cocher le score dans chaque catégorie (pour certaines catégories, il peut y avoir plusieurs éléments cochés), faire ensuite l'addition et indiquer le score en bas de page.

Masse corporelle (poids par rapport à la masse) ⁽¹⁾	
Moyenne	0
Au-dessus moyenne	1
Obèse	2
En dessous moyenne	3
Continence	
Totale/sonde	0
Occasionnellement	1
Incontinence fécale sonde	2
Incontinence double	3
Aspect visuel de la peau	
Saine	0
Fine/frêle	1
Sèche/deshydratée	1
Œdémateuse	1
État inflammatoire	1
Décolorée	2
Irritation cutanée	3

Mobilité	
Complète	0
Agité	1
Apathique	2
Restreinte	3
Immobilité/traction	4
Patient mis au fauteuil	5
Sexe et âge	
Masculin	1
Féminin	2
14 - 49	1
50 - 64	2
65 - 74	3
75 - 80	4
81 et +	5
Appétit	
Moyen	0
Faible	1
Alim. par sonde gastrique unique	2
À jeun, anoréxique	3

Risques supplémentaires particuliers	
Malnutrition des tissus	
Cachexie terminale	8
Déficience cardiaque ⁽²⁾	5
Insuf. vascu. périphérique	5
Anémie	2
Tabagisme ⁽³⁾	1
Déficience neurologique	
Diabète, sep, avc, déficit sensoriel, paraplégie	4-6
Chirurgie/ traumatisme	
Orthopédique	
partie inférieure, colonne	5
Intervention de plus de 2 heures	5
Médicaments	
Cytotoxiques, haute dose de corticoïdes, anti-inflammatoires ⁽⁴⁾	4

Score total - - - -

Le patient est considéré :

- à risque si le score > 10
- à haut risque si le score > 15
- à très haut risque si le score > 20

État mental du patient

⁽¹⁾ Alerte ; ⁽²⁾ Apathique ; ⁽³⁾ Confus ; ⁽⁴⁾ Inconscient

Renvois

$$1) \text{ IMC} = \frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille}^2 \text{ (m)}} \quad \text{Obésité : } > 30$$

Homme : 20 - 25 ans / Femme : 19 - 24 ans

2) Insuffisance cardiaque ≥ stade II (symptômes à l'effort)

3) Tabagisme : supérieur à 5 cigarettes par jour

4) En local : dès la première application de corticoïdes

L'escarre

8) Présence d'escarre(s) aujourd'hui (non : 0 ; oui : 1) :

Si oui, remplir le tableau suivant :

Localisation	Stade	Présent à l'entrée dans le service (non = 0 ; oui = 1)	Date de survenue de l'escarre durant l'hospitalisation (././..)*

* Si vous ignorez le jour précis, inscrivez le mois et l'année.

Rappels

Stade 1 : rouge, inflammation persistante
Stade 2 : phlyctènes

Stade 3 : noir, nécrose
Stade 4 : jaune, fibrine
Stade 5 : rose, bourgeonnement

Stade 6 : épidermisation
Stade 7 : escarre compliquée (atteinte osseuse, surinfection...)

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire...

Conclusion

L'enquête de prévalence et d'évaluation du risque d'escarre du 8 juin 1999 s'est déroulée avec succès. Les enquêteurs ont été bien accueillis dans les différents services et la coopération de toutes les disciplines est un exemple.

Les facteurs de risque de développement d'une escarre sont connus mais cette enquête a permis, grâce au ciblage obtenu, de préciser quelle action mener et où. Ainsi, il a été possible d'élaborer un logigramme pour préciser la conduite à tenir en cas de risque d'escarre.

Il est important de constater que la prise en charge doit être globale et donc impliquer l'aide-soignant(e), l'infirmier(e), le(la) pharmacien(ne), le(la) diététicien(ne), le kinésithérapeute, le médecin (graph 4).

Cette enquête a démontré que de telles études sont désormais possibles à l'EPSM, grâce à l'implication des différents corps de métier, médicaux et paramédicaux. Ceci permet de concevoir un suivi des constatations précédentes et d'évaluer l'apport de la prévention mise en place.

Une telle démarche peut entrer dans le cadre de la démarche qualité en vue de l'accréditation de l'établissement. •

bibliographie

- (1) « La prévention des escarres », *Revue de l'infirmière*, n° 46, février 1999.
- (2) **B. Barrois, F.-A. Allaert, D. Colin**, « Escarre et épidémiologie », *Techniques hospitalières*, 1996, n° 606, p : 39-41.
- (3) Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, comité technique des infections nosocomiales, Paris, 1997.
- (4) Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, évaluation de la prévention des

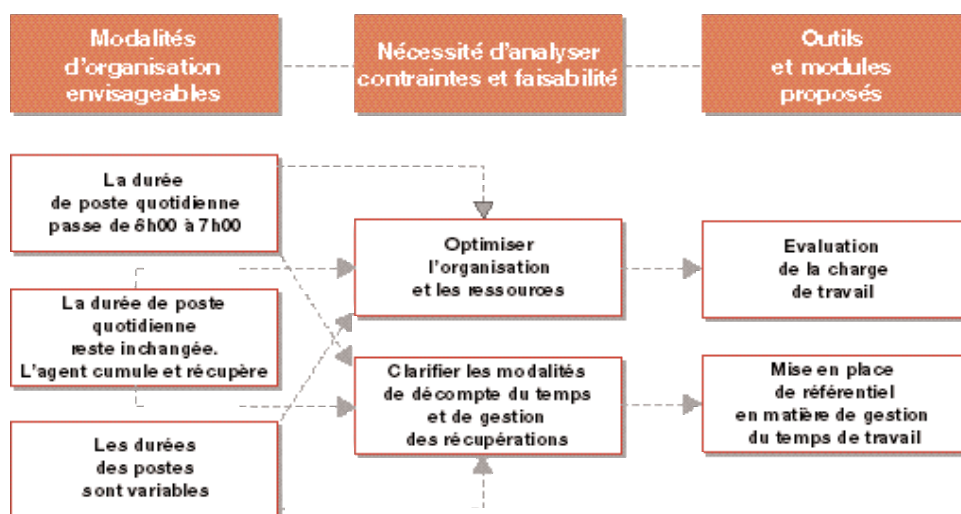
- escarres, ANAES, juin 1998.
- (5) **X. Verdeil, H. Bocquet, A. Cance-Rouzaud**, « Surveillance des infections nosocomiales dans les établissements pour personnes âgées », *Hygiènes*, 1994, n° 6.
- (6) **J.-L. Quenon, S. Gottot, G.**

- Offenstadt, B. Régnier, G. Brücker**, « Prévalence des infections nosocomiales en long séjour », *BEH*, n° 41, 1997.
- (7) **M. Dumetz, C. Prigent**, « La prévention des escarres au CHU de Grenoble », *Objectifs Soins*, 1999, n° 76.

Perspective du passage aux 35 heures

Centre de Recherche et de Formation

Mohamed Vögler



Contactez-nous

Formation, Conseil, Audit - Plus de 300 établissements nous ont fait confiance

2, rue Sellénick - 67000 Strasbourg - Tél. : 03 88 35 22 22 - Fax : 03 88 36 26 66