



**HAL**  
open science

# Prévalence des escarres dans les EHPAD de Picardie en 2014

Julien Moyet

► **To cite this version:**

Julien Moyet. Prévalence des escarres dans les EHPAD de Picardie en 2014. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01253876

**HAL Id: dumas-01253876**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01253876>**

Submitted on 11 Jan 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE**  
**FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

**ANNEE 2015**

**N° 2015 – 24**

**PREVALENCE DES ESCARRES DANS LES EPHAD DE PICARDIE EN 2014**

THESE  
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)  
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 30 MARS 2015

PAR

**MOYET JULIEN**

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur SEROT

JUGES :  
Monsieur le Professeur ANDREJAK  
Monsieur le Professeur FARDELLONE  
Madame le Professeur MANAOUIL

DIRECTEUR : Madame le Docteur DEFOUILLOY







**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE**

**FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

**ANNEE 2015**

**N° 2015 – 24**

**PREVALENCE DES ESCARRES DANS LES EPHAD DE PICARDIE EN 2014**

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 30 MARS 2015

PAR

**MOYET JULIEN**

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur SEROT

JUGES :  
Monsieur le Professeur ANDREJAK  
Monsieur le Professeur FARDELLONE  
Madame le Professeur MANAOUIL

DIRECTEUR : Madame le Docteur DEFOUILLOY



## REMERCIEMENTS

---

**A Monsieur le Professeur Jean-Marie SEROT**

*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier*

*(Gériatrie)*

*Centre d'Activité Pôle Gérontologie*

*Centre Saint-Victor*

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Soyez assuré de ma reconnaissance.

## REMERCIEMENTS

---

### **A Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK**

*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (Pharmacologie fondamentale clinique)*

*Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS*

*Responsable du service de pharmacologie clinique*

*Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations*

*Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques*

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

Recevez l'expression de ma plus grande estime.

## REMERCIEMENTS

---

**A Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE**

*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (Rhumatologie)*

*Responsable du service de Rhumatologie*

*Pôle "Autonomie"*

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Veillez recevoir l'expression de ma sincère considération.

## REMERCIEMENTS

---

### **A Madame le Professeur Cécile MANAOUIL**

*Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Médecine légale)*

*Service de Médecine Légale et Sociale*

*Adjointe au Chef du Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »*

Avec gentillesse, vous avez accepté d'estimer ce travail.

Veillez accepter l'expression de ma respectueuse gratitude

## REMERCIEMENTS

---

**A Madame le Docteur Isabelle DEFOUILLOY**

*Praticien hospitalier (SSR Gériatrique du CHU d'AMIENS)*

*Vous vous êtes spontanément proposée pour diriger ce travail.*

*Veillez recevoir mes sincères remerciements et ma plus grande reconnaissance.*

## REMERCIEMENTS

---

A Charlotte. Merci de me rendre heureux au quotidien. T'avoir à mes côtés est la plus belle chose qui ait pu m'arriver. Quelle belle année qui s'annonce avec nos projets qui se concrétisent. Je t'aime.

A mes parents. A ma maman toujours présente dans les bons et les mauvais moments, sans qui ce travail aurait eu du mal à aboutir. A mon papa. Même si la Picardie reste loin de la Charente, tu continues à m'encourager dans tous mes projets. Je vous dois à tous les deux cette réussite.

A mes grands-parents. A mamie qui nous transmet sa force à chaque instant. A pépé et mémé dont j'oublie parfois le coup de téléphone du lundi soir. A Paul qui me regarde et qui me manque.

A mon frère, Ben. Nous qui pensions ne jamais être séparés, me voilà à Amiens et toi à Bourges. Tu as toujours été mon inspiration. Je n'oublie pas ta Cécile et ta petite Sarah qui devra mémoriser toutes les chansons de son oncle.

A ma petite sœur, Marion. Tu fais la fierté de tes deux grands frères. La Beaujoire nous attend. Je te souhaite une belle réussite professionnelle et d'être heureuse dans la vie avec ton Julien (Julien 2<sup>ème</sup> bien sûr).

A toute ma famille, mes oncles et tantes, cousins et cousines.

A mes beaux-parents pour leur générosité et leur accueil. A ma belle-sœur, Capu, que de bons moments passés ensemble. A mon beau-frère, Ulysse, qui viendra peut-être un jour en stage dans mon service. A toute ma belle-famille.

A Jean-Michel et Martine pour leurs conseils, leur soutien durant les années poitevines.

A tous mes amis de médecine et d'ailleurs. Manu et tous ces moments inoubliables passés ensemble. Bob, mon guitariste préféré. Pedro, le sage. A Philippe et toute sa petite famille, que l'on attend pour s'installer en Picardie. A Charles, voisin à l'ECN et maintenant ami (lui aussi sait ce que c'est de venir à Amiens pour une Charlotte...). A Romain, pour tes leçons de tennis.

Au service de gériatrie du CH de Beauvais. Merci pour votre accueil et votre dynamisme. A Yohann. C'est un plaisir de travailler à tes côtés et de suivre les cours de DESC dans le « Vieux Lille ».

Au service de gériatrie du CHU d'Amiens. Merci de participer à mon épanouissement professionnel. Merci au Docteur Hannat pour mon intégration. A Maxime pour sa disponibilité. Au Docteur Defouilloy pour son soutien.

A tous ceux que j'ai rencontrés pendant ces années d'internat. Beaucoup de belles rencontres. Aux différents médecins qui ont participé à ma formation.

Aux Docteurs Flory, Eletufe et Passet. Ce fut un plaisir de découvrir la médecine générale libérale à vos côtés.

A tous les EHPAD qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire.

A tous ceux qui m'ont accompagné durant toutes les étapes de ma vie.

## SOMMAIRE

---

Glossaire	12
1. Introduction	13
2. Contexte et problématique	14
2.1. Généralités sur l'escarre	14
2.1.1. Définition	14
2.1.2. Physiopathologie et facteurs de risque	15
2.1.3. Particularités liées au vieillissement	16
2.1.4. Particularités liées à la fragilité	17
2.1.5. Evaluation et prévention	17
2.1.6. Epidémiologie de l'escarre	18
2.2. Vieillesse et dépendance de la population	19
2.2.1. Population française	19
2.2.2. Population picarde	19
2.2.3. Les EPHAD en France	21
2.2.4. Population en EPHAD	23
2.3. Justification du travail	24
3. Matériel et méthodes	25
3.1. Matériels	25
3.1.1. Caractéristiques de la population étudiée	25
3.1.2. EPHAD interrogés	25
3.2. Questionnaire	25
3.3. Méthodes	26
3.3.1. Recueil des données	26
3.3.2. Construction du questionnaire	26
3.3.3. Analyse statistique	27
4. Résultats	28
4.1. Participation	28
4.1.1. Taux de réponse	28
4.1.2. Territoires de santé	28
4.2. Caractéristiques des EPHAD.	28
4.2.1. Capacité d'accueil des EPHAD	28
4.2.2. Taux de remplissage au 20 juin 2014	29

4.2.3. GIR moyen pondéré ou GMP	29
4.2.4. Pathos moyen pondéré ou PMP	30
4.2.5. Moyens humains et formation en 2013	30
4.2.6. Utilisation d'une échelle de facteurs de risque	31
4.2.7. Outil de suivi de l'escarre	32
4.2.8. Matelas disponibles	33
4.2.9. Coussins d'assise	33
4.2.10. Appel en cas de doute sur la prise en charge d'une escarre	34
4.3. Population étudiée	35
4.3.1. Age moyen	35
4.3.2. Incontinents et alimentation entérale	35
4.3.3. Répartition des différents GIR	36
4.4. Prévalence des escarres et répartition	36
4.4.1. Prévalence de l'escarre sur la population générale	36
4.4.2. Répartition selon la localisation	37
4.4.3. Répartition selon le stade de l'escarre	38
4.5. Résultats en fonction du GMP	40
4.6. Comparaison par le test de Fisher	41
4.6.1. Analyse en fonction de l'utilisation d'un outil de suivi	41
4.6.2. Analyse en fonction de l'utilisation d'une échelle d'évaluation	42
5. Discussion	43
5.1. Prévalence des escarres	43
5.2. Origine des escarres	45
5.3. Axes d'amélioration de la prise en charge	46
5.4. Coût de l'escarre en institution	52
6. Conclusion	54
7. Bibliographie	55
ANNEXE 1 - Questionnaire	61
ANNEXE 2 – Echelles d'évaluation	64
ANNEXE 3 – Territoires de santé	66

## **Glossaire**

---

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

DU : Diplôme Universitaire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Equivalent temps plein

GIR : Groupe Iso-Ressource

GMP : GIR Moyen Pondéré

GMPS : GIR Moyen Pondéré Soins

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

P.E.R.S.E. : Prévention, Education, Recherche et Soins de l'Escarre

PMP : Pathos Moyen Pondéré

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

## 1. Introduction

En France, on compte environ 7 700 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) soit environ une capacité de 590 000 lits avec un pourcentage de résidents dépendants en constante augmentation [1]. La problématique de l'escarre y prend une place importante dans la prise en charge des patients car sa survenue est favorisée par l'accumulation de facteurs de risque liés à la dépendance, à la polyopathie, à la polymédication et à une moyenne d'âge élevée qui sont les critères définissant la population vivant en EHPAD. Beaucoup d'auteurs ont d'ailleurs mis en évidence une corrélation entre vieillissement et survenue d'une escarre. [2] [3] [4]

Sur le plan humain, l'escarre signifie un constat d'échec pour le soignant et pour le patient, une pathologie surajoutée, une source de douleur, de limitation d'autonomie et une altération de l'image de soi.

Par son caractère chronique, elle nécessite un recours accru à des soins et à du temps de personnel soignant et a donc des conséquences économiques qui sont une préoccupation majeure de tout médecin coordonnateur d'EHPAD. Les dotations financières sont basées en grande partie sur la coupe PATHOS qui prend plus en compte les traitements curatifs que les différentes actions préventives alors que la prévention est un axe majeur des différentes recommandations.

Les enquêtes épidémiologiques dans ces établissements comme celle réalisée en Bretagne en 2013 [5] sont importantes car elles doivent permettre aux différentes structures d'adapter les moyens disponibles et les outils d'amélioration de la prise en charge des résidents pour prévenir et guérir ces plaies chroniques.

L'objet de cette enquête épidémiologique est de mesurer la prévalence des escarres sur les EHPAD de Picardie en se basant sur un questionnaire validé par l'association PERSE afin de déterminer des axes d'amélioration pour faciliter l'accès aux soins des résidents et la formation du personnel soignant.

## 2. Contexte et problématique

### 2.1. Généralités sur l'escarre

#### 2.1.1. Définition

L'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique liée à la compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses (définition de 1989, National Pressure Ulcer Advisory Panel) [6]. Elle résulte de l'application de trois forces (pression, cisaillement et frottement) entraînant une diminution durable de la vascularisation tissulaire, puis une nécrose et une ulcération. L'importance de ce processus est déterminée par des facteurs ischémiantes locaux et généraux qui sont la résultante de causes intrinsèques liées à l'état clinique du patient et de causes extrinsèques.

Il existe trois types d'escarres selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de novembre 2001[7] :

- l'escarre « accidentelle » liée à un trouble temporaire de la mobilité et/ou de la conscience,
- l'escarre « neurologique », conséquence d'une pathologie neurologique chronique motrice et/ou sensitive,
- l'escarre « plurifactorielle » du sujet confiné au lit, polypathologique avec de multiples facteurs intrinsèques qui prédominent.

La classification des escarres est basée sur des descriptions anatomocliniques. Celle retenue par l'HAS est celle *du National Pressure Ulcer Advisory Panel* qui décrit 4 stades définis dans le tableau ci-après.

Tableau 1. Classification des stades de l'escarre du *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP ; 1998, [www.npuap.org](http://www.npuap.org)). Traduit de l'anglais par l'ANAES.

---

Stade I :	Le premier stade est une altération observable d'une peau intacte, liée à la pression et se manifestant par une modification d'une ou de plusieurs des caractéristiques suivantes en comparaison avec la zone corporelle adjacente ou controlatérale : température de la peau (chaleur ou froideur), consistance du tissu (ferme ou molle) et/ou sensibilité (douleur, démangeaisons). Chez les personnes à la peau claire, l'escarre apparaît comme une rougeur persistante localisée, alors que chez les personnes à la peau pigmentée, l'escarre peut être d'une teinte rouge, bleue ou violacée persistante.
Stade II :	Perte d'une partie de l'épaisseur de la peau; cette perte touche l'épiderme, le derme ou les deux. L'escarre est superficielle et se présente cliniquement comme une abrasion, une phlyctène ou une ulcération peu profonde.
Stade III :	Perte de toute l'épaisseur de la peau avec altération ou nécrose du tissu sous-cutané ; celle-ci peut s'étendre jusqu'au fascia, mais pas au-delà. L'escarre se présente cliniquement comme une ulcération profonde avec ou sans envahissement des tissus environnants.
Stade IV :	Perte de toute l'épaisseur de la peau avec destruction importante des tissus, ou atteinte des muscles, des os, ou des structures de soutien (par exemple des tendons, des articulations). Un envahissement et des fistules peuvent être associés au stade IV de l'escarre.

---

*Figure 1 – Classification des escarres*

### **2.1.2. Physiopathologie et facteurs de risque**

Les trois facteurs extrinsèques majeurs de la genèse d'une escarre sont modifiables ou potentiellement prévenus ; cependant, si ces forces mécaniques sont appliquées sur une personne fragile, l'apparition d'une escarre est inévitable et très rapide. [8] [9]

- 1) La pression se définit comme une force verticale appliquée entre 2 plans. Les vaisseaux des tissus cutanés, graisseux et musculaires sont donc comprimés entre une saillie osseuse et un plan dit support (matelas par exemple). Il en résulte une ischémie tissulaire en aval suivie d'une nécrose qui dépend de l'intensité, de la durée et du gradient de pression. Le risque est présent si la pression est forte pendant un temps court ou si la pression est faible mais sur un temps long. Par exemple, une pression de 60 mmHg sur une zone à risque est synonyme d'ischémie et d'escarre. A noter également que les muscles sont plus sensibles à l'hypoxie que la peau donnant le cône de pression à base profonde entre l'os et le plan dur (escarre plus étendue en profondeur).

- 2) Le cisaillement se définit par un glissement et un étirement des couches cutanées et sous cutanées les unes sur les autres. Cette force est trois fois plus ischémiant que les forces de pression verticale. Le cisaillement entraîne un étirement, une cassure des micro- vaisseaux provoquant l'ischémie. Elle survient lors des massages, de la position semi-assise au lit ou encore lors du glissement du fauteuil. L'ischémie par cisaillement est favorisée par l'humidité, des vêtements trop ajustés ou des draps trop tendus.
- 3) Le frottement agit quant à lui par abrasion mécanique de la peau (souvent en synergie avec la force de cisaillement). Cette force est rencontrée lors des massages, glissement des talons sur le drap (patient agité).

Les autres facteurs de risque sont davantage propres à la personne ou intrinsèques mais peuvent être également prévenus. La personne âgée fragile qui est rencontrée dans les différentes EHPAD, comme décrit par le schéma de BOUCHON [10] présente beaucoup de particularités la rendant exposée à la survenue de l'escarre. La fragilité cutanée du fait de l'âge (peau plus fine, moins élastique et moins vascularisée), l'immobilité, la polypathologie, la polymédication, l'incontinence ou encore la dénutrition et la déshydratation sont décrits comme les principaux facteurs de risques et souvent associés.

### **2.1.3. Particularités liées au vieillissement**

La personne âgée est soumise aux mêmes facteurs de risque de l'escarre que ceux présentés par l'adulte plus jeune, ce qui a donné lieu à l'élaboration d'échelles validées de facteurs de risques (NORTON-BRADEN).

A cela, se rajoutent des particularités physiologiques liées au grand âge avec des modifications des propriétés protectrices de la peau.

La peau âgée est plus sèche et perd en souplesse et en élasticité, et est ainsi responsable d'une dermatoporse. « L'effet râpe » lors des changements brutaux de positions, des micro-traumatismes ou des frictions au fauteuil et dans le lit, est accentué.

Parallèlement, on observe une diminution de l'épaisseur de la peau avec un aplanissement de l'épiderme, une perte de 50 % du derme, une diminution du matelas adipeux et du pli cutané sacré. Par conséquent, une réduction de l'effet de répartition des pressions est constatée. [11]  
[12]

A noter qu'il existe une modification de la motilité spontanée entraînant un hyper appui sur les zones à risques.

Enfin, il existe un appauvrissement du réseau vasculaire avec chute de la vasodilatation locale entraînant une diminution de la réponse neurovasculaire lorsque l'appui est prolongé.

#### **2.1.4. Particularités liées à la fragilité [13]**

Le sujet âgé fragile est un sujet vulnérable sur le plan de la santé en lien avec des problèmes médicaux et sociaux associés à un déclin des performances fonctionnelles et physiques conduisant au confinement et à l'entrée en institution.

Ces patients présentent une atteinte de la microcirculation et une baisse de la consommation d'O<sub>2</sub> avec altération des capacités de vasodilatation (diabète, insuffisance cardiaque, séquelles d'accident cérébral vasculaire, artérite...).

La fragilité se caractérise aussi par la baisse des réserves nutritionnelles avec une baisse de l'albumine favorisant l'escarre et limitant sa cicatrisation. Une déafférentation associée à un déclin cognitif et la possibilité d'une prise de traitement psychotrope et/ou neuroleptique favorise la clinophilie et réduit les perceptions nociceptives. [14]

Enfin, on observe chez le sujet fragile une dysrégulation du système immunitaire et de l'homéostasie qui génère anorexie, cachexie, sarcopénie, rendant complexe la prise en charge de l'escarre constituée.

Un épisode aigu sur un terrain fragile (hyperthermie, décompensation cardiaque, pneumopathie...) favorise, par intrication de plusieurs mécanismes, l'apparition de l'escarre.

#### **2.1.5. Evaluation et prévention**

L'escarre est une pathologie grave qui peut survenir en quelques heures entraînant des complications somatiques (douleur, infections, odeurs, ...), sociales (mauvaise image, rejet...), psychologiques pour le patient et l'entourage, économiques et juridiques (plaintes...). Ce n'est jamais une fatalité car l'escarre est souvent évitable. La mise en œuvre d'une stratégie préventive après identification des facteurs de risques est indispensable à l'entrée dans une structure sanitaire et /ou médico-sociale chez tous les patients dont l'état cutané est intact mais estimé à risque ou afin d'éviter la survenue de nouvelles escarres chez les patients déjà porteurs de cette lésion. Elle concerne tous les professionnels de santé sachant que certains auteurs ont démontré qu'après 48 heures, l'approche préventive est trop tardive. La conférence de consensus de 2001 de l'HAS [7] est un support essentiel dans la

pratique de prévention du risque d'escarres de même que les recommandations de P.E.R.S.E de 2012. [15]

L'évaluation du risque d'escarres nécessite toujours une méthode rigoureuse et systématique comprenant le jugement clinique associé aux échelles de risques validées. Un protocole personnalisé de soins sera alors élaboré avec toute l'équipe soignante et périodiquement évalué.

Une fois le risque évalué, la prévention pourra être mise en place afin de : [7] [15]

- soulager de la pression en utilisant des supports adaptés et en évitant les positions assises et couchées dangereuses,
- éviter les positions glissantes vers l'avant avec des forces de cisaillement importantes (position couchée avec tête de lit relevée),
- mobiliser régulièrement le patient en le changeant de position,
- surveiller régulièrement l'état cutané,
- maintenir l'hygiène de la peau (toilette quotidienne, changement de literie...),
- assurer un bon équilibre nutritionnel,
- traiter les pathologies susceptibles de favoriser l'apparition d'une escarre,
- donner une information et une éducation au patient vis-à-vis des soins de prévention.

Ces éléments sont spécifiques de l'institution car ils dépendent de ses moyens financiers, humains et matériels mais aussi de son niveau de maîtrise des pratiques et des moyens de prévention ainsi que de la motivation des personnels.

### **2.1.6. Epidémiologie de l'escarre**

Du fait de ce haut niveau de risque de la population résidente en EHPAD, fragile et très souvent dénutrie [16], l'escarre reste un phénomène prépondérant en EHPAD. Sa fréquence oscille entre 3 et 54 % pour les services de soins prolongés [17]. Les chiffres issus de données plus récentes montrent une prévalence en EHPAD de 5 à 7 % comme celle recensée par une étude bretonne de 2013. Cette fourchette est souvent confirmée dans les enquêtes régionales [18] [19]. Une étude de l'ensemble des résultats PATHOS de la CNSA [20] montre que de 2007 à 2012 les escarres et ulcères représentaient 7,8 % des pathologies. Toutefois les escarres de stade 1 et 2 ne sont pas comptabilisées avec l'item CH du modèle PATHOS [21] et prises en charge rapidement. De ce fait, elles n'apparaissent pas

systématiquement dans les données statistiques des établissements. Il existe alors peut-être une sous-évaluation de ces phénomènes.

Les zones les plus touchées sont principalement les talons et le sacrum [5] avec généralement une répartition égale entre les 2 sites [22]. Il peut y avoir des disparités selon les auteurs sur les sites prédominants qui peuvent être rapportées au type de résidents ainsi qu'aux pathologies dont ils sont atteints.

## **2.2. Vieillesse et dépendance de la population**

### **2.2.1. Population française**

L'INSEE a défini de nouvelles projections de population entre 2005 et 2050 [23] basées sur l'indicateur conjoncturel de fécondité, le solde migratoire et l'espérance de vie à la naissance. Au 1<sup>er</sup> janvier 2050, la population en France métropolitaine s'élèverait à 70 millions d'habitants. 22,3 millions seraient alors âgés de 60 ans et plus, soit une hausse de 80 % avec notamment l'arrivée dans ces âges de la génération issue du Baby-boom (naissances entre 1946 et 1975). Cette génération parviendra à des âges à fort risque de mortalité et/ou de dépendance. Le vieillissement est inéluctable du fait de la pyramide des âges actuelle et de l'allongement de la durée de vie.

La principale difficulté du vieillissement est la perte d'autonomie. Bien que l'espérance de vie en bonne santé augmente régulièrement en France (62,4 ans chez les hommes et 64,2 ans chez les femmes), Trillard *et al.* ont montré en 2011[24] que la perte d'autonomie se renforçait avec l'âge. Ils estimaient qu'en France, 96 % des personnes âgées de 60 à 69 ans et 92 % des 70 à 79 ans n'étaient pas dépendantes. En revanche, ce taux de dépendance augmentait de façon très significative à 42 % de dépendance à partir de 90 ans. Cette évolution de la dépendance conduit à une institutionnalisation plus importante. L'étude montrait également une possible progression de la dépendance de 1 à 2 % en Ile-de-France par an pour les dix prochaines années.

### **2.2.2. Population picarde [25]**

Comme décrit auparavant, la part des personnes âgées dans la population augmente. Paradoxalement la Picardie, avec 15 % de personnes âgées de plus de 65 ans en 2006, est une des régions de France où ce taux est le plus faible. C'est également une région jeune avec un taux de 26,6 % des moins de 20 ans (2<sup>ème</sup> région française après le Nord-Pas-de-Calais).

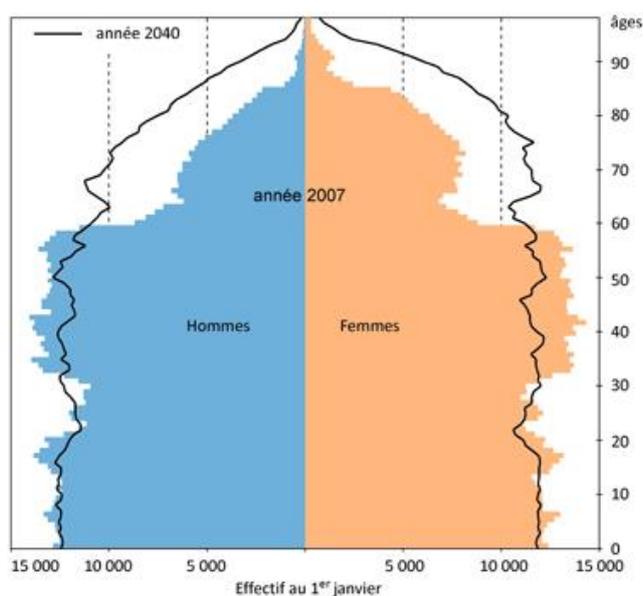
L'indicateur de vieillissement actuel qui est le rapport entre ces deux tranches d'âge est de 56 % contre 67 % en moyenne en France.

(%)	Picardie	Métropole
Part des jeunes de moins de 15 ans	19,7	18,3
Part des personnes âgées de 15 à 64 ans	65,4	65,1
Part des personnes âgées de 65 ans ou plus	14,9	16,6
Part des jeunes de moins de 20 ans	26,6	24,8
Indicateur de vieillissement	56	67
Rapport de dépendance	52,9	53,7

Source : Insee, recensement de la population 2006

Figure 2 – Recensement de la population 2006

Cependant, cette situation n'est pas homogène au sein de la région avec une population plus jeune et active autour du bassin d'activité de l'A16 remontant jusqu'à Amiens alors que la situation est moins favorable ailleurs (notamment au Nord-est de L'Aisne).

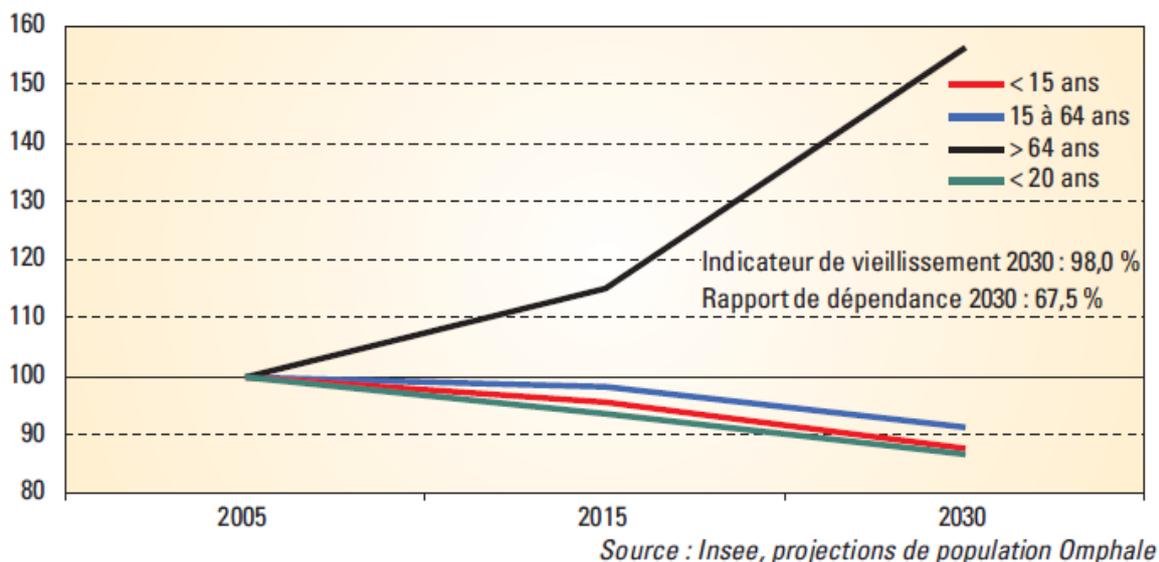


Source : Insee, Omphale 2010

Figure 3 – Pyramide des âges de la Picardie en 2007 et 2040

En revanche, les différentes projections réalisées pour 2030 montrent une diminution progressive de la population des moins de 20 ans alors que celle des 65 ans et plus ne cesse de croître. Ainsi, l'indicateur de vieillissement pourrait se rapprocher des 100 % en 2030 pour connaître alors une situation déjà rencontrée dans certaines régions (Limousin, Auvergne...).

*Figure 4 - Progression de la population picarde d'après Omphale pour certaines tranches d'âge (Base 100 en 2005)*



Le rapport de dépendance des personnes âgées fait apparaître la charge de la population inactive (moins de 15 ans et 65 ans et plus) par rapport à la population en âge d'être active (15 à 64 ans). Là aussi, le rapport de dépendance est plutôt favorable en Picardie (52,9 % contre 53,7 en France). Comme pour l'indice de vieillissement, il existe de fortes disparités dans la région. A l'horizon 2030, ce rapport devrait s'inverser entre la Picardie et la moyenne nationale du fait du vieillissement de la population Picarde (67,5 % contre 66,6 pour la France).

### **2.2.3. Les EHPAD en France**

Créés suite à la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées en 1990, le nombre d'EHPAD n'a cessé de croître ces dernières années dans le but de répondre à une volonté de médicaliser ces établissements et la notion de dépendance. En 2011, on recensait 7 752 EHPAD soit 592 000 places installées dont 97,1 % étaient dédiées à l'hébergement permanent. [1]

### Nombre de structures d'hébergement pour personnes âgées et nombre de places installées, selon la catégorie détaillée d'établissements en 2007 et en 2011

Catégorie d'établissements et statut juridique	Nombre de structures		Places installées		Évolution de 2007 à 2011 (en %)	
	2007	2011	2007	2011	Nombre de structures	Nombre de places
<b>Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)</b>	6 855	7 752	514 640	592 900	13	15
EHPAD privés à but lucratif	1 432	1 681	95 380	118 240	17	24
EHPAD privés à but non lucratif	1 952	2 271	136 090	162 100	16	19
EHPAD publics	3 471	3 800	283 170	312 560	9	10
<i>EHPAD publics hospitaliers</i>		1 651		152 840		
<i>EHPAD publics non hospitaliers</i>		2 149		159 720		
<b>Logement-foyers</b>	2 330	2 233	115 980	108 340	-4	-7
Logements-foyers privés à but lucratif	59	83	2 800	3 620	41	29
Logements-foyers privés à but non lucratif	624	612	31 010	29 680	-2	-4
Logements-foyers publics	1 647	1 538	82 170	75 040	-7	-9
<b>Maisons de retraite (non EHPAD)</b>	806	334	34 390	9 440	-59	-73
Maisons de retraite privées à but lucratif	277	104	8 740	2 710	-62	-69
Maisons de retraite privées à but non lucratif	331	180	11 460	5 190	-46	-55
Maisons de retraite publiques	198	50	14 190	1 540	-75	-89
<b>Unités de soins de longue durée</b>	232	97	17 670	7 940	-58	-55
<b>Autres *</b>	82	65	1 480	1 190	-21	-20
<b>Ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées</b>	<b>10 305</b>	<b>10 481</b>	<b>684 160</b>	<b>719 810</b>	<b>2</b>	<b>5</b>

\* Résidences d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux (non EHPAD).

Lecture • Au 31 décembre 2011, 7 752 EHPAD disposent de 592 900 places d'accueil.

Champ • France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.

Sources • DREES, enquêtes EHPA 2007, 2011.

Figure 5 – Structures d'hébergement pour personnes âgées en 2007 et 2011

En parallèle, le taux d'encadrement des résidents et le nombre de personnels en équivalent temps plein n'a cessé d'augmenter. Cette augmentation s'explique par le nombre EHPAD mais aussi par l'augmentation de la dépendance des résidents accueillis et par l'application du processus de médicalisation dans le cadre du plan de solidarité grand âge.

### Taux d'encadrement pour 100 places selon la catégorie détaillée d'établissements en 2007 et en 2011

Catégorie d'établissements et statut juridique	Taux d'encadrement (pour 100 places) à la fin 2007	Taux d'encadrement (pour 100 places) à la fin 2011
<b>Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)</b>	57	61
EHPAD privés à but lucratif	52	53
EHPAD privés à but non lucratif	53	56
EHPAD publics	61	66
<i>EHPAD publics hospitaliers</i>		67
<i>EHPAD publics non hospitaliers</i>		65
<b>Maisons de retraite non EHPAD</b>	44	42
<b>Logements-foyers</b>	14	13
<b>Unités de soins de longue durée *</b>	78	93
<b>Autres</b>	34	36
<b>Ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées</b>	<b>50</b>	<b>54</b>

\* Les unités de soins de longue durée (USLD) sont très peu nombreuses en 2011.

Champ • France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.

Sources • DREES, enquêtes EHPA 2007, 2011.

Figure 6 – Taux d'encadrement en 2007 et 2011

## 2.2.4. Population en EHPAD

La population âgée vivant en EHPAD se définit à la fois par une moyenne d'âge élevée aux alentours de 86 ans selon les coupes PATHOS 2012, un état de dépendance et de polypathologie avec en moyenne 7 pathologies chroniques diagnostiquées d'après les données de l'étude française « EHPA » de 2003, et de polymédication (6,4 médicaments par jour en moyenne). Cette tendance est confirmée par les autres études « EHPA » de 2007 et 2011.

Lors de ces derniers relevés, l'importante augmentation de la dépendance a été mise en valeur. Au 31 décembre 2011 [26], la proportion des personnes âgées dépendantes dans ces établissements (résidents classés GIR 1 à 4) ne cessait d'augmenter passant de 84 % fin 2007 [27] à 89 % fin 2011. Les personnes très dépendantes classées GIR 1 et 2 représentaient 55 % des résidents en EHPAD contre 51 % à la fin 2007. L'indicateur de dépendance moyen des résidents d'un établissement est établi par le GIR moyen pondéré (GMP). Celui-ci était de 663 en 2007 contre 700 en 2011.

**Répartition des résidents selon le GIR\*, par catégorie détaillée d'établissements en 2011**

Catégorie d'établissements et statut juridique	Pourcentage des résidents selon le GIR							Pourcentage de résidents dont le GIR n'est pas renseigné
	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total	
<b>Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)</b>	<b>20</b>	<b>35</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>8</b>
EHPAD privés à but lucratif	19	38	16	18	5	4	100	11
EHPAD privés à but non lucratif	17	34	15	20	7	7	100	9
EHPAD publics	21	34	15	19	6	5	100	6
EHPAD publics hospitaliers	24	36	14	17	5	4	100	5
EHPAD publics non hospitaliers	18	33	16	21	7	5	100	6
<b>Maisons de retraite non EHPAD et autres établissements**</b>	<b>7</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>26</b>
<b>Unités de soins de longue durée</b>	<b>42</b>	<b>42</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>30</b>
<b>Ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées hors logements-foyers</b>	<b>20</b>	<b>35</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>8</b>
<b>Logements-foyers</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>17</b>	<b>14</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>30</b>

\* GIR : groupe iso-ressources.  
\*\* Résidences d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux (non EHPAD).  
**Lecture** • La proportion des résidents en GIR 1 à 4 dans les EHPAD est de 89 % au 31 décembre 2011.  
**Champ** • France, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.  
**Sources** • DREES, enquête EHPA 2011.

Figure 7 – Répartition des résidents selon le GIR en 2011

### **2.3. Justification du travail**

Les escarres sont les plus fréquentes des plaies chroniques. Plus de 50 % des escarres surviennent après l'âge de 80 ans, ce qui augmente de manière très significative les taux de morbidité et de mortalité. Elles nécessitent un suivi régulier, parfois par un spécialiste ce qui génère des allers-retours répétés à l'hôpital.

Les contraintes économiques sont très importantes pour les différentes structures avec un impact financier qui s'accroît avec la sévérité du stade de l'escarre. En effet, l'impact économique doit prendre en compte les pansements et autres soins locaux, les douleurs associées nécessitant un recours au traitement antalgique, la mobilisation du personnel soignant mais aussi les plaintes et litiges en rapport avec les escarres qui sont de plus en plus nombreux.

L'impact économique de la prévention, notamment par l'acquisition de matériel et la prise en charge de la malnutrition protéino-énergétique, n'est pas négligeable. Mais si celle-ci est bien menée, elle devient rentable avec des économies certaines. [28]

Une étude similaire a été réalisée en Bretagne au sein des EHPAD bretonnes [5] via l'association P.E.R.S.E et a permis une structuration régionale en lien avec l'ARS pour coordonner et faciliter l'accès aux soins par télémédecine pour les plaies chroniques.

Le but des études d'épidémiologie est de mieux cerner la pathologie et de définir par la suite, les besoins matériels, humains et de formation. Il paraît important de permettre l'accès à l'expertise aux résidents des EHPAD sans les mobiliser vers l'hôpital.

Cette étude permettra d'avoir une approche préventive en adéquation avec la réalité du terrain.

### **3. Matériels et méthodes**

#### **3.1. Matériels**

##### **3.1.1. Caractéristiques de la population étudiée**

La population étudiée concerne tous les résidents des EHPAD de toute la Picardie présents à un jour donné, soit le 20 juin 2014. Les résidents absents de l'établissement ce jour là, sont exclus de l'analyse statistique.

##### **3.1.2. EHPAD interrogés**

La liste et l'adresse des EHPAD interrogés nous ont été fournies par les trois centres départementaux de l'Agence régionale de Santé de la Picardie.

En tout, 162 EHPAD ont été interrogés par courrier postal. Ils sont 40 dans la Somme, 64 dans l'Oise et 58 dans l'Aisne. Ces établissements sont également répartis sur les 5 différents territoires de santé de la Picardie.

#### **3.2. Questionnaire [ANNEXE 1]**

Le questionnaire a comme principal critère d'évaluation le nombre d'escarres à un moment donné de l'année 2014 soit le 20 juin dans les EHPAD de Picardie. Celui-ci est rapporté au nombre de résidents des EHPAD présents au moment de l'enquête. Le stade et la localisation de l'escarre sont également renseignés.

Les différentes caractéristiques de chaque résident sont demandées c'est-à-dire le GIR, le GIR moyen pondéré (GMP), le Pathos moyen pondéré PMP, la moyenne d'âge et la prévalence d'alimentation entérale et d'incontinence.

Le GMP est le niveau moyen de dépendance des résidents accueillis au sein d'un EHPAD. Il est déterminé à partir d'une grille nationale, dite AGGIR, qui définit six niveaux de dépendance. Par le biais d'une formule avec différents coefficients pour le niveau de dépendance, le GMP peut alors être calculé.

Le PMP permet de déterminer pour un EHPAD le niveau moyen des soins médicaux et techniques nécessaires. Il est établi à partir de l'analyse transversale des besoins en soins

requis appelée coupe PATHOS, qui donne lieu à une cotation en points. Il doit être renseigné par le médecin coordonnateur de l'EHPAD.

Ces deux notions permettent de définir le GIR moyen pondéré soins (GMPS) afin de déterminer les allocations des ressources aux EHPAD pour le secteur soin.

Dans un second temps, le questionnaire évalue les différents moyens humains et matériels mis à disposition et sollicités pour la prévention, le suivi, le soin et la formation reçue sur la prise en charge de l'escarre dans sa globalité.

A noter que le questionnaire ne demande pas à l'établissement de s'identifier mais d'indiquer uniquement le territoire de santé auquel il appartient.

### **3.3. Méthodes**

#### **3.3.1. Recueil des données**

Un questionnaire a été envoyé aux différents EHPAD de Picardie par courrier postal courant mai 2014 accompagné d'une lettre expliquant le pourquoi de l'étude et d'une enveloppe pré-timbrée pour la réponse. Une réponse était souhaitée avant le 20 juin 2014. En tout, 162 EHPAD ont été interrogés via ce questionnaire, 46 ont répondu soit un taux de réponse de 28,4 %. Un questionnaire n'a pas pu être suffisamment complété et a donc été exclu de l'analyse finale. L'analyse des résultats porte sur 45 EHPAD.

Le questionnaire devait être rempli par le médecin coordonnateur de L'EHPAD ou par la cadre de santé de l'établissement et renvoyé par courrier postal.

#### **3.3.2. Construction du questionnaire**

Le questionnaire a été établi pour une étude de prévalence de l'escarre dans les EHPAD bretonnes. Il a été validé par l'association P.E.R.S.E. (Prévention, Education Recherche et Soins de l'Escarre). Cette association, créée en 1991, est composée de professionnels de santé qui prennent en charge des patients à risques et/ou porteurs d'escarre. Elle est devenue le pôle de référence de la prévention et le traitement de l'escarre. Des recommandations sur la prévention et la prise en charge de l'escarre ont été établies en 2012 par cette association reprenant et complétant les recommandations de l'HAS. [7]

### **3.3.3. Analyse statistique**

Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive et comparative sur la prévalence des escarres dans les EPAD de Picardie après envoi d'un questionnaire issu de l'association PERSE.

A la réception des questionnaires, les données ont été regroupées sur EXCEL puis saisies dans Le Sphinx, logiciel d'enquête et d'analyse de données, pour étude et analyse.

Chaque item a été analysé séparément avec le calcul de pourcentages sur la prévalence, de moyennes et d'écart-types.

Par la suite, le logiciel nous a permis de comparer la prévalence des escarres, leur stade et localisation ainsi que les moyens matériels et humains disponibles sur trois groupes distincts définis en fonction du niveau de dépendance (GMP) :

- GMP inférieur à 700
- GMP entre 700 et 800
- GMP supérieur à 800 où le niveau de dépendance est le plus élevé.

Enfin, nous avons évalué par un test de Fisher, l'importance de l'utilisation d'un outil de suivi et d'une échelle de prévention en recherchant des différences significatives sur la prévalence des escarres, la prévalence des différents stades et sur la dépendance dans les établissements utilisant ou non ces outils.

## 4. Résultats

### 4.1. Participation

#### 4.1.1. Taux de réponse

162 EHPAD en Picardie ont été interrogés par courrier postal. 46 ont répondu avant le 20 juin 2014 soit un taux de réponse de 28,4 %. Un questionnaire a été exclu de l'analyse statistique car il n'était pas entièrement complété.

Ainsi, l'analyse a porté sur 45 EHPAD de Picardie soit 27,8 % des établissements sollicités.

#### 4.1.2. Territoires de santé

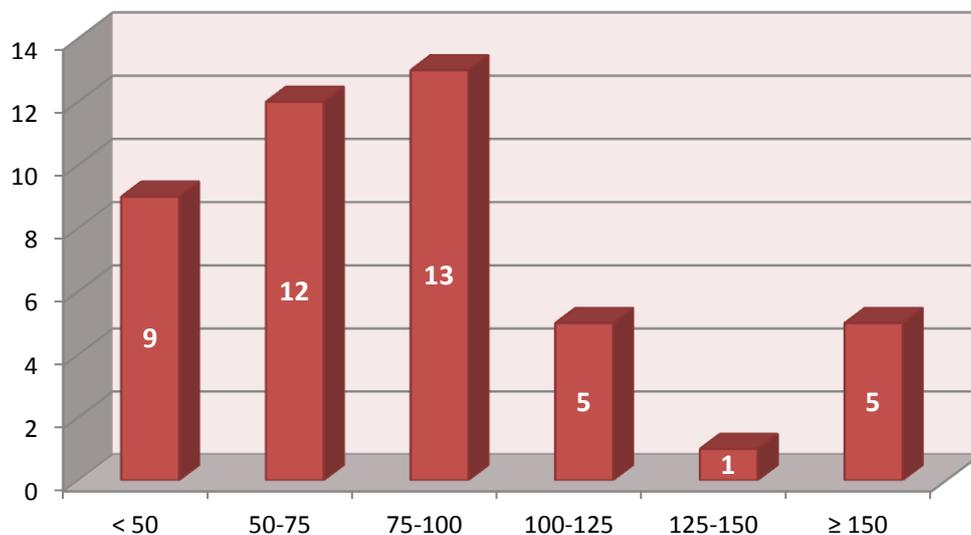
Trop peu de réponses concernant le territoire de santé des EHPAD interrogés ont été constatées pour que celui-ci soit intégré dans l'analyse statistique.

### 4.2. Caractéristiques des EHPAD

#### 4.2.1. Capacité d'accueil des EHPAD

La capacité d'accueil de ces établissements est de 3 876 places avec une moyenne de 86,13 (écart type : 46,09). Il existe une disparité importante entre les différents établissements avec une capacité d'accueil allant de 30 à 224.

*Graphique 1 - Capacité d'accueil des établissements*



Une majorité d'EHPAD a une capacité d'accueil inférieure à 100, le percentile 75 étant à 98.

#### 4.2.2. Taux de remplissage au 20 juin 2014

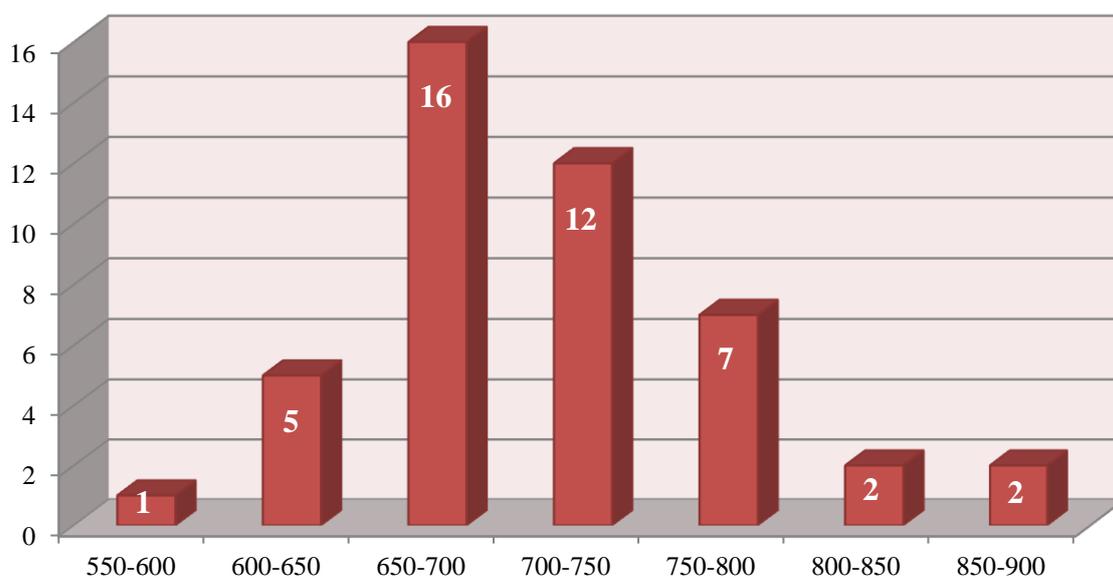
Le taux de remplissage au 20 juin 2014 est de 97,5 % soit une population de 3 781 résidents sur l'ensemble des 45 établissements. La moyenne du taux de remplissage est de 97,15 (écart type de 3,94).

La prévalence des escarres est donc calculée sur 3 781 résidents. Ce taux est expliqué par des résidents pouvant être hospitalisés ce jour donné ou à des places dédiées à des hébergements temporaires.

#### 4.2.3. Le GIR moyen pondéré ou GMP

Le GIR moyen pondéré qui est donc le reflet de dépendance d'un établissement a une moyenne sur les 45 établissements de 710,91 (écart type : 62,60).

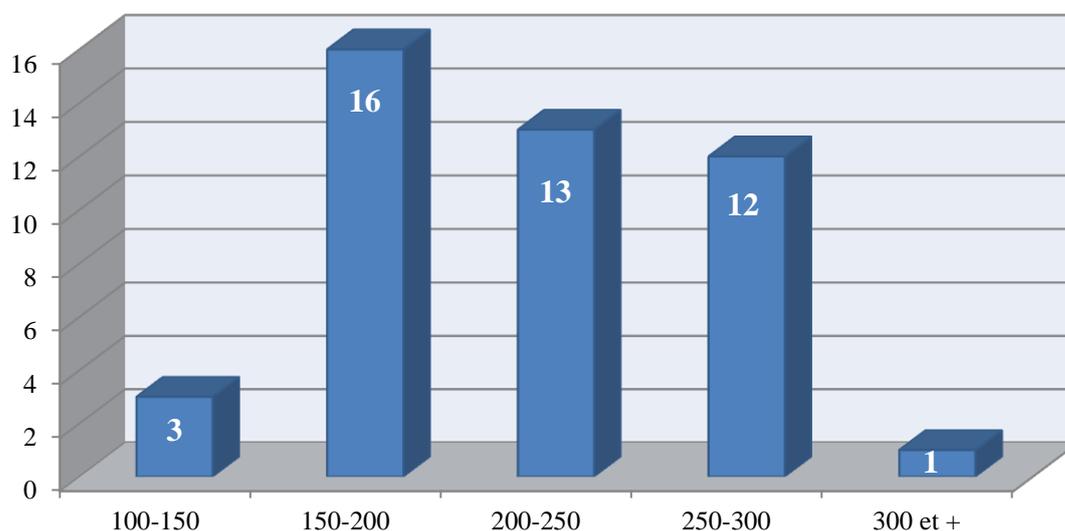
*Graphique 2 - Répartition des établissements selon le GMP*



#### 4.2.4. Le Pathos moyen pondéré ou PMP

Le pathos moyen pondéré des 45 établissements est de 217,51 (écart type : 48,65).

Graphique 3 - Répartition des établissements selon le Pathos



#### 4.2.5. Moyens humains et formation en 2013

Tableau 1 - Moyens humains population totale

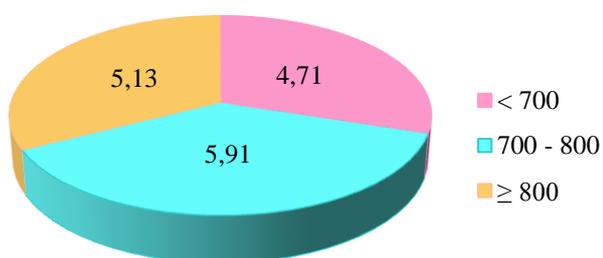
Population totale	
IDE formées	28,76%
AS formées	14,34%
Médecin ETP	1,65
IDE ETP	5,25
AS ETP	20,01
Ergothérapeute ETP	0,29
Temps en heure IDE/résident/j	0,28
Temps en heure AS/résident/j	1,05

Tableau 2 – Moyens humains en fonction du GMP

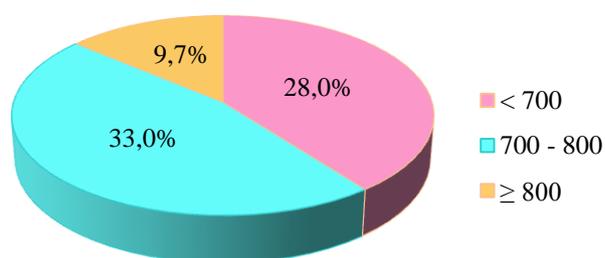
GMP	< 700	700 - 800	≥ 800
IDE formées	28,0%	33,0%	9,7%
AS formées	8,9%	19,5%	13,9%
Médecin ETP	1,24	2,29	0,98
IDE ETP	4,71	5,91	5,13
AS ETP	17,93	22,36	19,75
Ergothérapeute ETP	0,28	0,25	0,56
Temps en heure IDE/résident/j	0,25	0,32	0,28
Temps en heure AS/résident /j	0,97	1,20	1,06

En ce qui concerne l'encadrement soignant, le temps par résident par jour a été calculé sur une base de 1 607 heures travaillées par an en se référant à un contrat en équivalent temps plein. Pour le temps infirmier et aide-soignant, nous pouvons constater que le temps par résident par jour est plus important pour les établissements avec un GMP entre 700 et 800. Quant à la présence d'un ergothérapeute, elle est plus importante dans les établissements à plus forte dépendance.

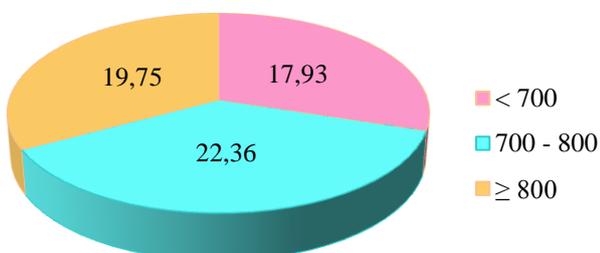
**Graphique 4 - Nombre IDE ETP selon GMP**



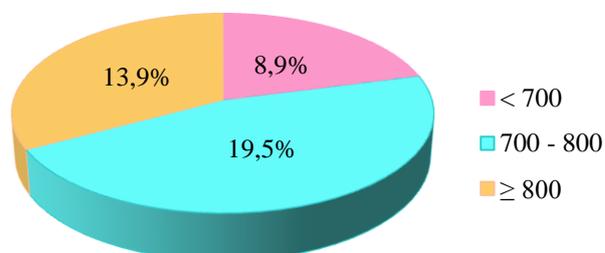
**Graphique 5 - % IDE formées selon GMP**



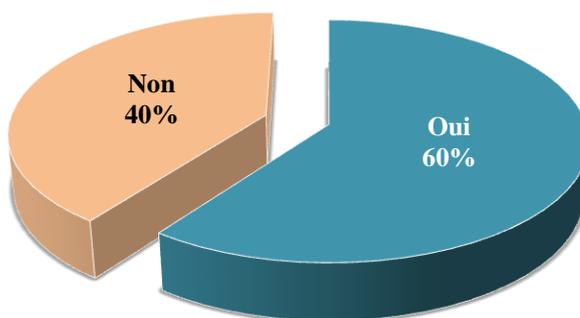
**Graphique 6 - Nombre AS ETP selon GMP**



**Graphique 7 - % AS formées selon GMP**

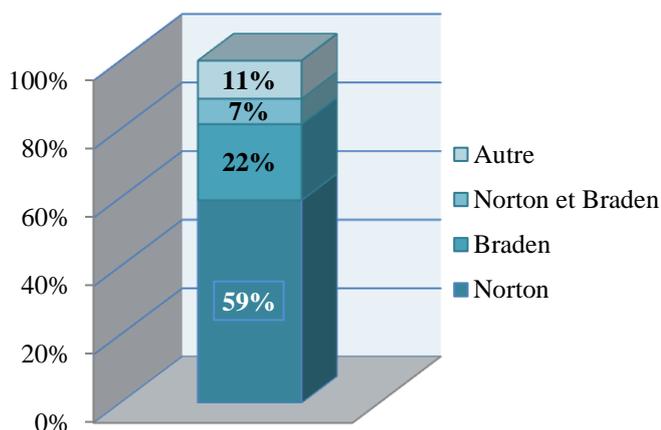


#### 4.2.6. Utilisation d'une échelle de facteurs de risque [ANNEXE 2]



**Graphique 8 - Utilisation échelle d'évaluation**

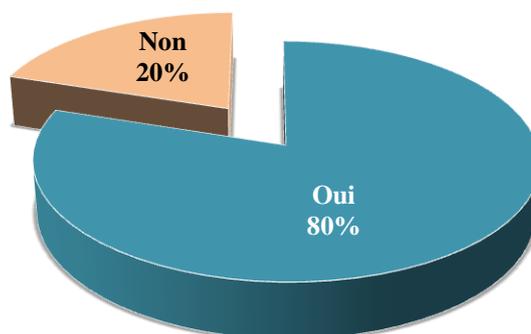
L'échelle la plus utilisée est l'échelle de Norton devant celle de Braden. Certains établissements assurent utiliser une échelle construite sur le modèle de ces deux échelles. Un établissement sur les 45 utilise l'échelle de Gonesse.



Graphique 9 - Quelle échelle d'évaluation ?

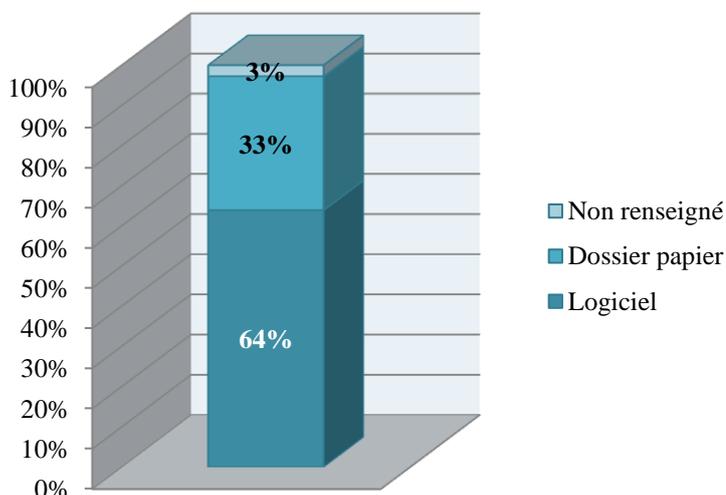
#### 4.2.7. Outil de suivi de l'escarre

Lors de la présence d'une escarre, il était demandé aux établissements s'ils utilisaient un outil de suivi.



Graphique 10 - Outil de suivi d'évolution du risque ?

80 % des établissements assurent le suivi de l'évolution principalement avec des logiciels informatiques où le projet de soins personnalisé est défini. Un tiers des établissements utilise un suivi sur dossier papier avec photographies de suivi de la lésion.

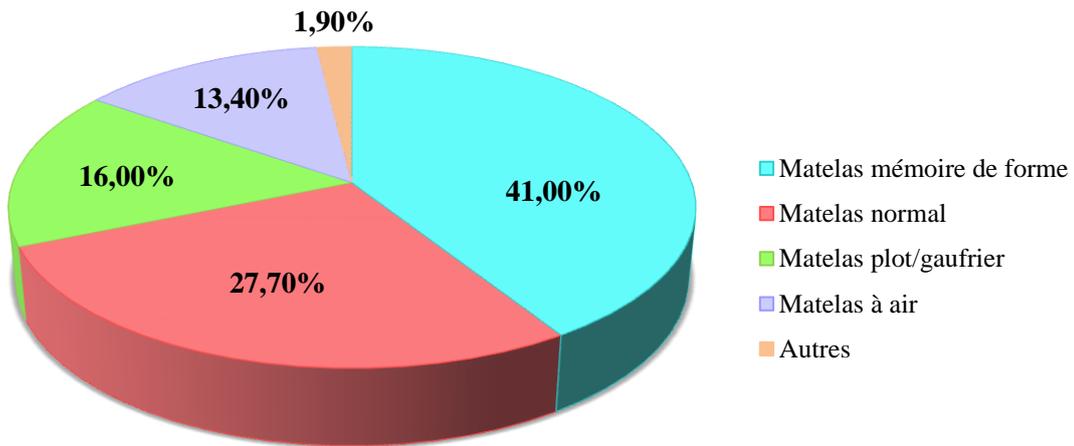


Graphique 11 - Quel outil de suivi ?

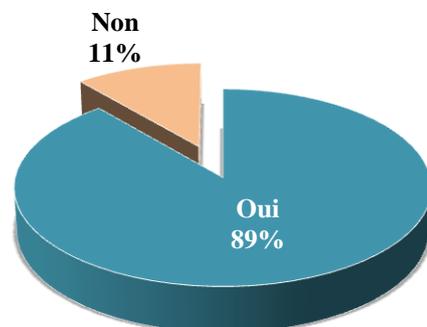
#### 4.2.8. Matelas disponibles

Les types de matelas disponibles diffèrent d'un établissement à un autre, avec cependant une prédominance des matelas mémoire de forme. Dans les établissements où la dépendance est plus importante et où le nombre de résidents est plus élevé, la possibilité d'utilisation d'un matelas à air est plus importante.

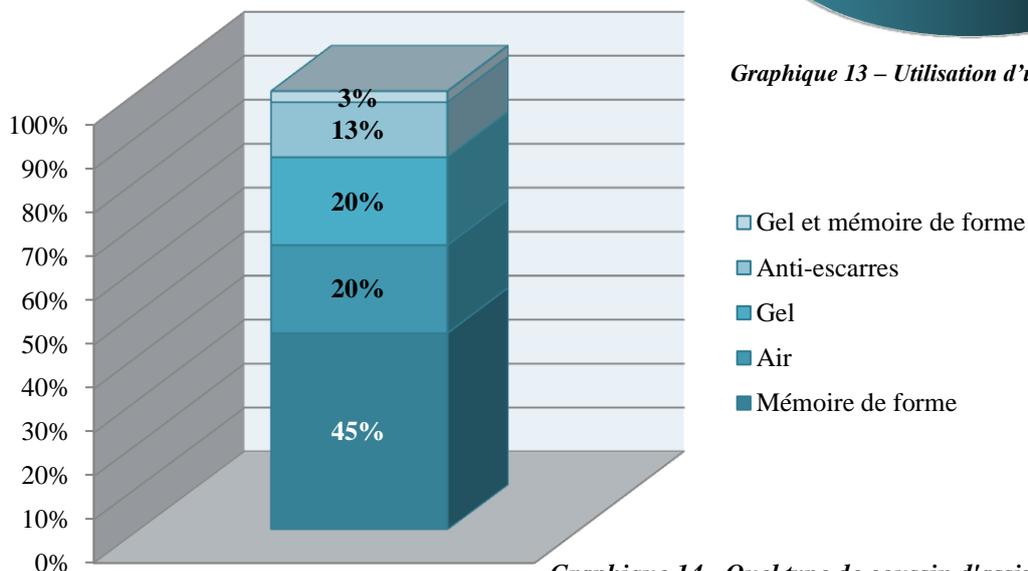
Graphique 12 - Types matelas



#### 4.2.9. Coussins d'assise



Graphique 13 – Utilisation d'un coussin d'assise ?

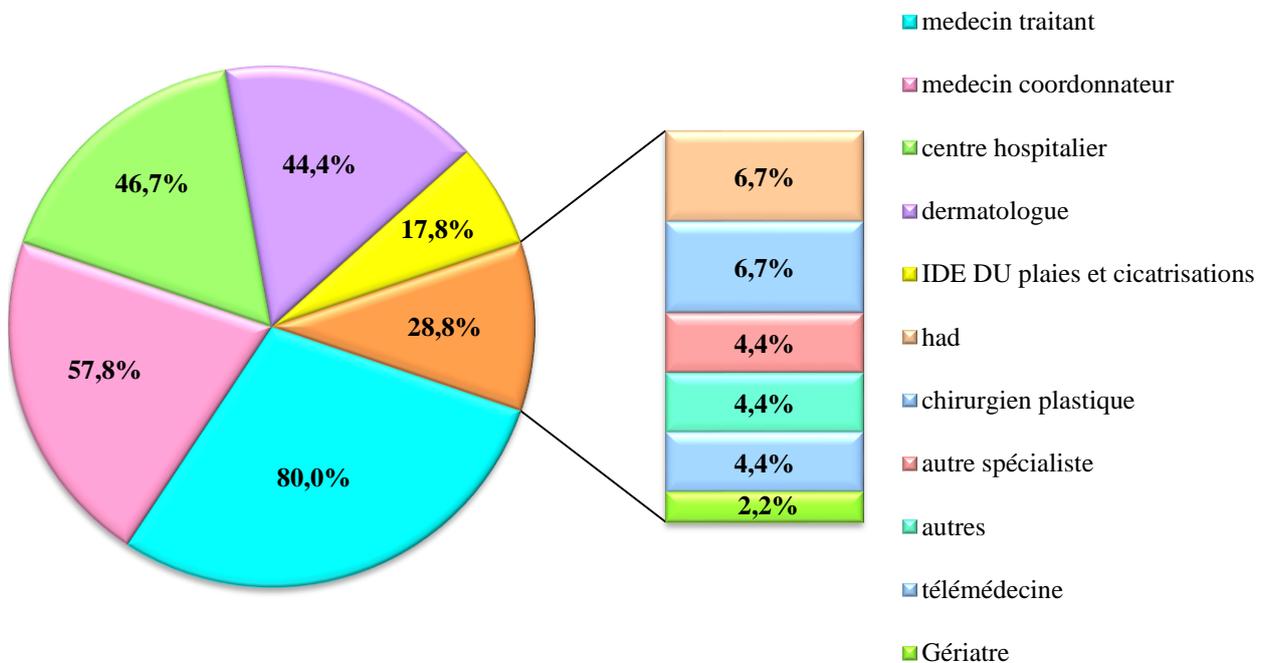


Graphique 14 - Quel type de coussin d'assise ?

#### 4.2.10. Appel en cas de doute sur la prise en charge d'une escarre

Lorsque l'escarre est constituée, 80 % des établissements font appel au médecin traitant qui assure à ses patients le premier niveau de recours aux soins. C'est également lui qui participe à l'élaboration du protocole de soins des patients. Ce rôle est également assuré par le médecin coordonnateur dans environ 60 % des établissements.

Le recours aux spécialistes et notamment au dermatologue tient une place importante dans la prise en charge des escarres. Le recours aux centres hospitaliers est réalisé chez environ 45 % des EHPAD lorsque la lésion devient chronique, douloureuse et/ou compliquée.



Graphique 15 - Personne appelée en cas de doute sur la prise en charge

### 4.3. Population étudiée

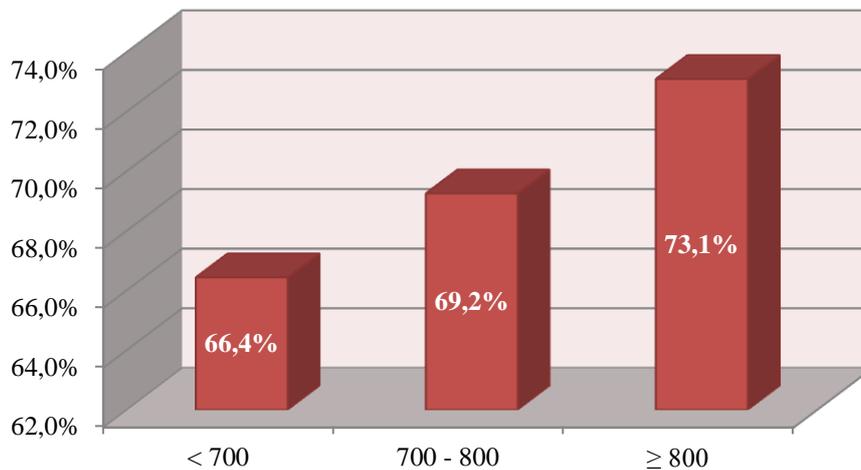
#### 4.3.1. Age moyen

L'âge moyen des 3 781 résidents présents au moment du relevé est de 84,44 (écart type : 2,09).

#### 4.3.2. Incontinents et alimentation entérale

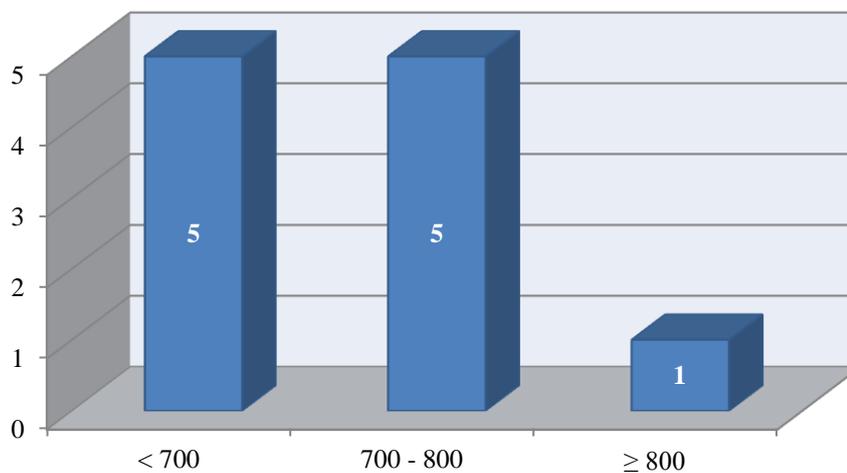
La prévalence de l'incontinence dans les différents EHPAD est de 68 % soit une moyenne de 57,33 par EHPAD (écart type : 36,86).

*Graphique 16 - % incontinents selon GMP*



Seulement 11 patients bénéficiaient d'une alimentation entérale.

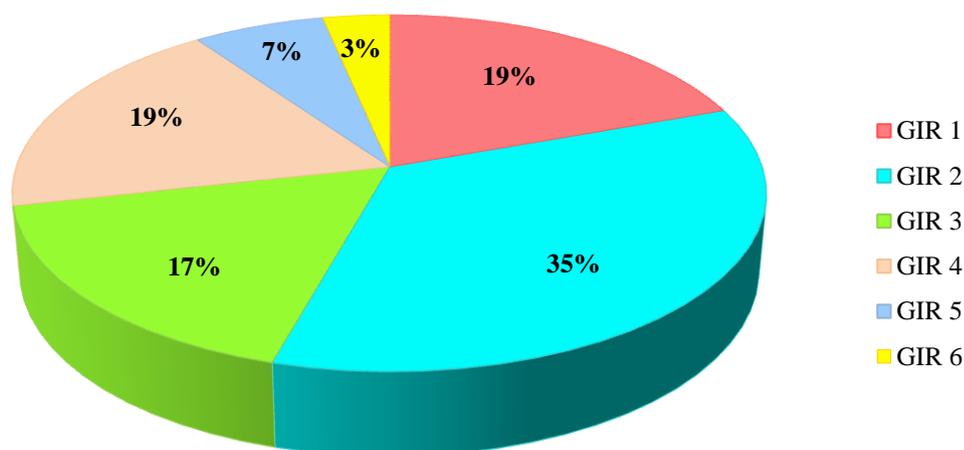
*Graphique 17 - Nb nutrition entérale selon GMP*



### 4.3.3. Répartition des différents GIR

La population dans les 45 établissements interrogés répond majoritairement à des critères de dépendance avec 90 % des résidents classés entre GIR 1 et GIR 4. La part des GIR 1 et 2 est à 54 % soit plus de la moitié qui sont très dépendants.

*Graphique 18 - Répartition des GIR*



## 4.4. Prévalence des escarres et répartition

### 4.4.1. Prévalence de l'escarre sur la population générale

Au 20 juin 2014, la prévalence de l'escarre sur l'ensemble des résidents est de 7,25 % soit 274 escarres tous stades confondus. La moyenne par établissement est de 6,09 (écart type : 6,61).

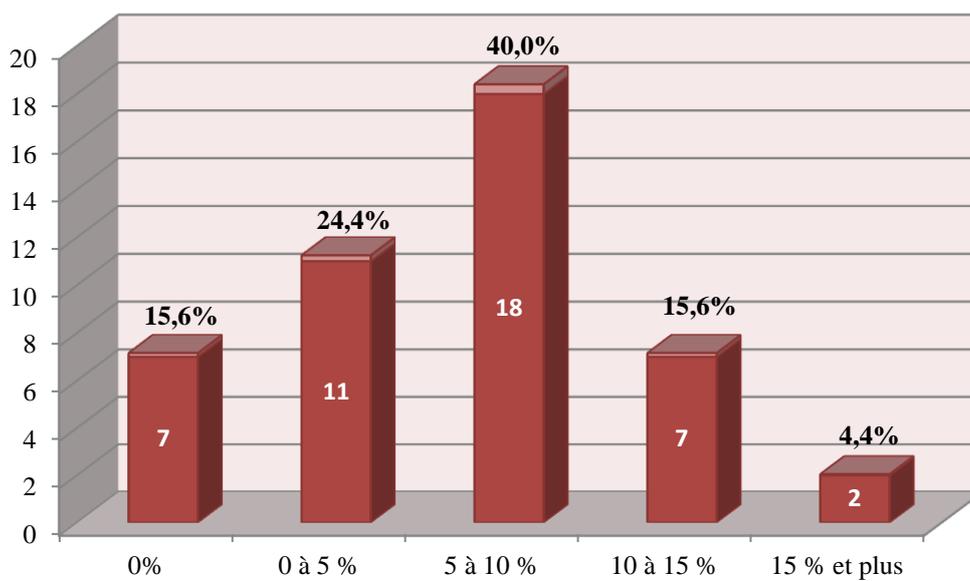
Pour les 22 établissements avec un GMP inférieur à 700, la prévalence de l'escarre est de 7,06 % soit un nombre de 127 escarres.

Les 19 établissements avec un GMP entre 700 et 800, la prévalence est de 7,67 % soit un nombre de 127 également.

Enfin, pour les 4 établissements avec un GMP supérieur à 800, la prévalence est de 6,12 % soit 20 escarres le jour du relevé.

Il existe également une grande disparité de la prévalence des escarres au sein des établissements expliquant le fort écart-type.

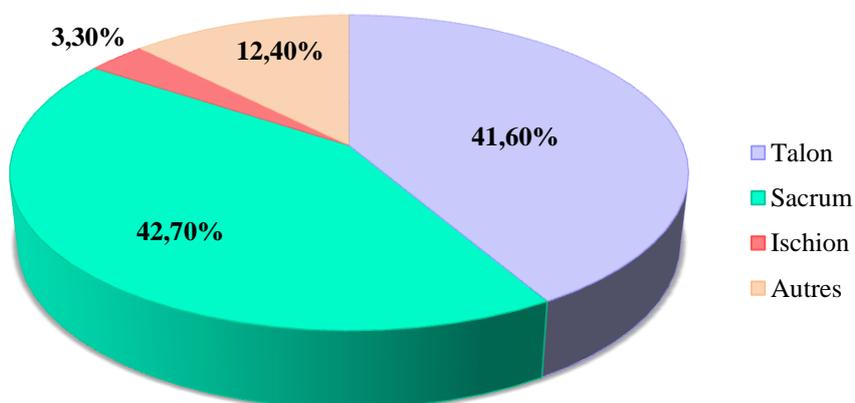
*Graphique 19 - Répartition selon la prévalence*



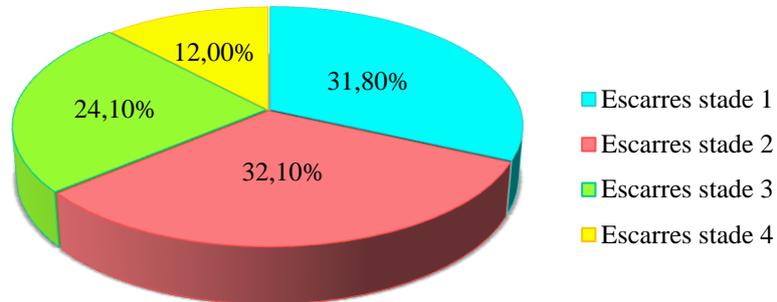
#### 4.4.2. Répartition selon la localisation

84,3 % des escarres sont localisées au niveau du talon et du sacrum avec une répartition équivalente entre ces 2 sites. Le site ischion n'est cité que dans 3,3 % des cas. Les 12,4 % restants représentent les autres sites que le questionnaire ne demandait pas de détailler.

*Graphique 20 - Localisation escarres*



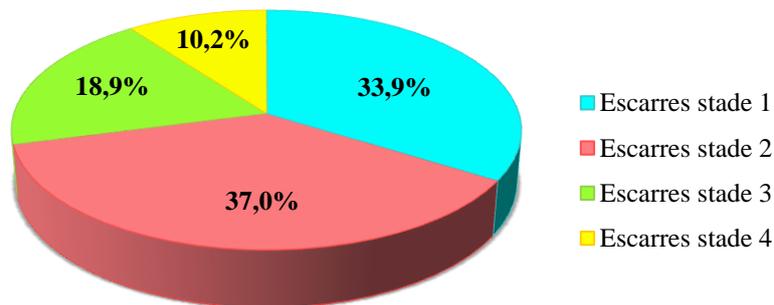
#### 4.4.3. Répartition selon le stade de l'escarre



*Graphique 21 - Répartition population totale*

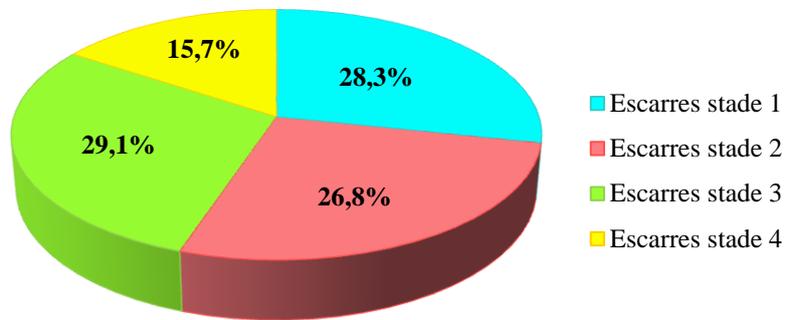
Environ 64 % sont des stades 1 ou 2 avec une répartition égale entre ces deux stades. Il n'en reste pas moins que plus d'un tiers des escarres recensées sont de stades 3 et 4, nécessitant des soins plus importants et souvent douloureux, une cicatrisation longue et difficile et mobilisant plusieurs soignants.

Pour les établissements avec un GMP inférieur à 700 :



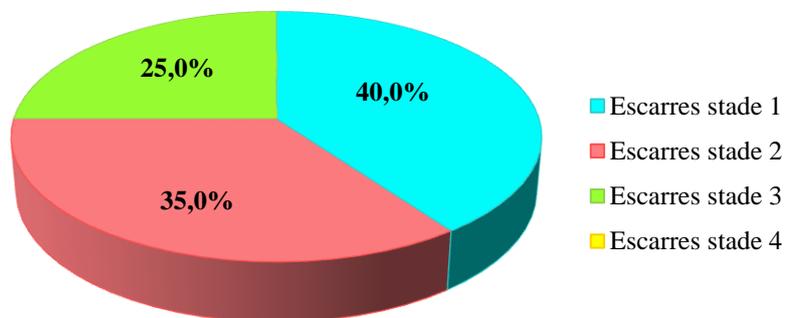
*Graphique 22 - Répartition GMP < 700*

Pour les établissements avec un GMP entre 700 et 800 :



*Graphique 23 - Répartition GMP 700-800*

Pour les établissements avec un GMP supérieur à 800 :



*Graphique 24 - Répartition GMP ≥ 800*

#### 4.5. Résultats en fonction du GMP

Les résultats sont ici présentés et répartis en trois groupes en fonction du degré de dépendance basé sur le GMP de l'établissement.

*Tableau 3 – Résultats en fonction du GMP*

<b>GMP</b>	<b>&lt; 700</b>	<b>700 - 800</b>	<b>≥ 800</b>
<b>Nb établissements</b>	22	19	4
<b>Nb résidents</b>	1799	1655	327
<b>Pathos</b>	212,05	226,16	206,5
<b>Moyenne d'âge</b>	84,17	84,38	86,25
<b>Nb escarres</b>	127	127	20
<b>Prévalence</b>	7,06%	7,67%	6,12%
<b>Nb incontinents</b>	66,43%	69,24%	73,09%
<b>Nb nutrition entérale</b>	5	5	1
<b>Escarres stade 1</b>	33,9%	28,3%	40,0%
<b>Escarres stade 2</b>	37,0%	26,8%	35,0%
<b>Escarres stade 3</b>	18,9%	29,1%	25,0%
<b>Escarres stade 4</b>	10,2%	15,7%	0,0%
<b>Escarres talon</b>	37,0%	49,2%	35,0%
<b>Escarres sacrum</b>	44,1%	40,0%	40,0%
<b>Escarres ischion</b>	3,9%	1,5%	10,0%
<b>Escarres autres</b>	15,0%	9,2%	15,0%
<b>IDE formées</b>	28,0%	33,0%	9,7%
<b>AS formées</b>	8,9%	19,5%	13,9%
<b>Médecin ETP</b>	1,24	2,29	0,98
<b>IDE ETP</b>	4,71	5,91	5,13
<b>AS ETP</b>	17,93	22,36	19,75
<b>Ergothérapeute ETP</b>	0,28	0,25	0,56

Les établissements avec un GMP supérieur à 800, donc avec des patients plus lourds, présentent la prévalence la plus faible par rapport aux deux autres groupes avec un taux de 6,12 % contre 7,06 % dans les établissements avec GMP inférieurs à 700 et 7,67 % pour les établissements avec un GMP compris entre 700 et 800.

Le stade 1 est majoritaire dans les établissements avec GMP supérieur à 800 avec une prévalence de 40 %, alors que dans les autres établissements le rapport avec le stade 2 tend à s'inverser.

La prévalence de l'incontinence urinaire est proportionnelle au degré de dépendance.

## 4.6. Comparaison par le test de Fisher

### 4.6.1. Analyse en fonction de l'utilisation d'un outil de suivi

Tableau 4 – Test de significativité en fonction de l'utilisation d'un outil de suivi

Eléments	Utilisation d'un outil suivi évolution du risque		Test de Fisher		
	Oui	Non	F	p	Seuils
<b>GIR 1</b>	618 (17,17)	119 (13,22)	1,06	31,1 %	
<b>GIR 2</b>	1119 (31,08)	201 (22,33)	2,38	12,6 %	PS
<b>GIR 3</b>	542 (15,06)	107 (11,89)	0,53	47,6 %	
<b>GIR 4</b>	526 (14,61)	181 (20,11)	2,32	13,1 %	PS
<b>GIR 5</b>	205 (5,69)	40 (4,44)	0,37	55,5 %	
<b>GIR 6</b>	105 (2,92)	18 (2,00)	0,43	52,4 %	
<b>GMP</b>	36 (718,86)	9 (679,14)	3,03	8,5 %	PS
<b>PMP</b>	36 (217,72)	9 (216,67)	0	90,9 %	
<b>Nb d'escarres</b>	227 (6,31)	47 (5,22)	0,19	66,8 %	
<b>Escarres stade 1</b>	72 (2,00)	15 (1,67)	0,13	72,2 %	
<b>Escarres stade 2</b>	67 (1,86)	21 (2,33)	0,27	61,1 %	
<b>Escarres stade 3</b>	59 (1,64)	7 (0,78)	0,59	45,1 %	
<b>Escarres stade 4</b>	29 (0,81)	4 (0,44)	0,49	49,3 %	

Les valeurs du tableau sont les sommes ou les effectifs pour chaque catégorie. Les valeurs entre parenthèses correspondent aux moyennes par catégorie.

Seuils de significativité :

- TS (très significatif) : inférieur à 1 %
- S (significatif) : de 1 à 5 %
- PS (peu significatif) : de 5 à 15 %
- NS (non significatif) : supérieur à 15 %

#### 4.6.2. Analyse en fonction de l'utilisation d'une échelle d'évaluation

Tableau 5 – Test de significativité en fonction de l'utilisation d'une échelle d'évaluation

Eléments	Utilisation d'une échelle d'évaluation		Test de Fisher		
	Oui	Non	F	P	
<b>GIR 1</b>	467 (17,30)	270 (15,00)	0,53	47,7 %	
<b>GIR 2</b>	859 (31,81)	461 (25,61)	1,77	18,7 %	
<b>GIR 3</b>	391 (14,48)	258 (14,33)	0,00	91,9 %	
<b>GIR 4</b>	395 (14,63)	312 (17,33)	0,81	37,6 %	
<b>GIR 5</b>	160 (5,93)	85 (4,72)	0,51	48,5 %	
<b>GIR 6</b>	94 (3,48)	29 (1,61)	2,82	9,7 %	PS
<b>GMP</b>	27 (714,55)	18 (705,45)	0,22	64,3 %	
<b>PMP</b>	27 (219,04)	18 (215,22)	0,06	78,8 %	
<b>Nb d'escarres</b>	191 (7,07)	83 (4,61)	1,52	22,3 %	
<b>Escarres stade 1</b>	62 (2,30)	25 (1,39)	1,45	23,4 %	
<b>Escarres stade 2</b>	55 (2,04)	33 (1,83)	0,08	77,5 %	
<b>Escarres stade 3</b>	54 (2,00)	12 (0,67)	2,22	14 %	PS
<b>Escarres stade 4</b>	20 (0,74)	13 (0,72)	0,00	91,7 %	

Les valeurs du tableau sont les sommes ou les effectifs pour chaque catégorie. Les valeurs entre parenthèses correspondent aux moyennes par catégorie.

Seuils de significativité :

- TS (très significatif) : inférieur à 1 %
- S (significatif) : de 1 à 5 %
- PS (peu significatif) : de 5 à 15 %
- NS (non significatif) : supérieur à 15 %

## 5. Discussion

### 5.1. Prévalence des escarres

Plusieurs enquêtes ont déjà été menées pour connaître la prévalence de l'escarre en France. Dans les années 90, dans les services hospitaliers de certains centres de la région parisienne, la prévalence de l'escarre était de 8,6 % [29]. Puis, dans les années 2000, Barrois et *al* ont mesuré cette prévalence [30], toujours en milieu hospitalier, aux alentours de 9 % avec une moyenne d'âge, de dépendance et de polypathologie similaire à notre étude.

Dans beaucoup d'études, la localisation préférentielle est le sacrum et le talon. Notre étude confirme cette tendance avec 42,7 % des escarres au niveau du sacrum et 41,6 % au niveau du talon. A noter la prévalence non négligeable de 12,4 % de localisations non renseignées qu'il serait utile d'étudier, car ces localisations pourraient faire l'objet de certaines précautions préventives non totalement définies.

En ce qui concerne le stade de l'escarre, le 2 est souvent majoritaire comme noté dans les études de Barrois et *al* [30] et de Bethell E. J et *al* [31]. Cette tendance est plutôt confirmée dans notre étude avec un taux de 32,1 % de stade 2 et de 31,8 % de stade 1.

Notre étude est conforme aux différents relevés déjà effectués dans la population gériatrique [18] [32] [33]. Le taux de participation est de 27,8 % ce qui est convenable pour une étude de prévalence. Cela représente un échantillon de 3 781 résidents. Nous avons trouvé un taux de prévalence de 7,25 % avec une moyenne de 6,09 par établissement. L'important écart-type est expliqué par la grande disparité de prévalence de l'escarre entre les différents établissements. Il peut exister un biais de confusion en ce qui concerne la prévalence et le nombre de résidents présents au 20 juin 2014. En effet, dans la première partie du questionnaire, il était demandé de renseigner le « Nombre de résidents accueillis » qui correspond à la capacité d'accueil de l'établissement et non le nombre de résidents présents le jour de l'enquête (demandé en partie V du questionnaire).

Nous n'avons pas pu interpréter les résultats en fonction du territoire de santé, car ce critère n'a pas été suffisamment renseigné pour permettre une interprétation. Il serait cependant intéressant de savoir s'il existe une disparité entre les différents territoires comme celle constatée lors de l'analyse globale des établissements. Il pourrait être également judicieux de comparer les EHPAD des plus grandes agglomérations par rapport aux autres avec notamment l'analyse des moyens humains et matériels disponibles.

En ce qui concerne le degré de dépendance, il n'a pas été trouvé de corrélation entre GMP et prévalence de l'escarre. Il a même été constaté une prévalence plus faible dans les établissements avec un GMP > 800 avec l'absence de stade 4. Il existe néanmoins un biais de mesure s'expliquant par le faible taux d'établissements avec un GMP  $\geq$  800 (4 établissements) par rapport aux établissements à dépendance moindre. Il serait alors intéressant de comparer les prévalences en fonction du PMP pour évaluer s'il existe une plus grande influence de ce facteur.

Des études françaises récentes réalisées en EHPAD retrouvent des taux de prévalence quelque peu inférieurs à notre propre relevé. Sur 9 EHPAD gérés par le centre d'Action Sociale de la Ville de Paris [18], la prévalence de l'escarre était de 6,5 % calculée sur 1 474 résidents. Le stade 1 y était très majoritaire avec 61,6 %. Une vraie corrélation a été mise en évidence entre déclaration de stade 1 et prévalence. En revanche, il n'a pas été établi, comme dans notre étude, de corrélation entre GMP et prévalence.

Comparons maintenant avec l'étude bretonne qui a utilisé le même questionnaire que le nôtre. La prévalence de l'escarre de 5,5 % y est plus faible et est calculée sur un plus grand nombre de résidents : 14 970 résidents répartis sur 174 établissements. Il a été établi une prévalence de 5,73 %, avec une grande disparité entre les 8 territoires de santé bretons qui affichent des chiffres allant de 4,66 % à 7,27 %.

La population étudiée en Bretagne était moins dépendante que la nôtre avec un GMP à 663,6 contre 710,91 pour notre relevé. Les résidents GIR 2 étaient majoritaires. Le PMP était lui aussi moins important avec une moyenne de 177,8 contre 217,51. Ces deux éléments peuvent expliquer la différence de prévalence car le facteur dépendance et polyopathie sont identifiés comme facteurs de risque. Cependant, il peut exister un biais de mesure si on compare notre étude avec celle de Bretagne du fait d'une population étudiée plus faible.

Le stade 1 était majoritaire avec un taux de 40 % de même que les localisations prédominantes étaient le sacrum et le talon.

Lorsque la prévalence avait été comparée en fonction du GMP, une corrélation avait été établie. En effet, pour les établissements avec un GMP  $\geq$  800, la prévalence était de 9,6 % ce qui était nettement supérieur aux prévalences des autres établissements. Nous n'avons pas retrouvé la même tendance dans notre étude. A noter également que l'importance du taux d'encadrement par le personnel soignant était proportionnelle avec le degré de dépendance.

Il nous paraît primordial de généraliser ce type d'enquête au niveau national. Même si des différences peuvent être mises en évidence selon les régions, une enquête nationale permettrait de réfléchir aux outils d'amélioration de la prévention et des soins de l'escarre en se basant sur un état des lieux dans les EHPAD. Ce questionnaire pourrait d'ailleurs faire l'objet d'une amélioration en insistant sur les protocoles mis en place (type de soins, type de support...) selon le résident et ses facteurs de risques ou selon le stade de l'escarre.

## **5.2. Origine des escarres**

Les escarres qui surviennent en EHPAD sont essentiellement importées. Aucune étude actuellement n'a tenté de corréler le taux des escarres en EHPAD et le taux d'hospitalisation même s'il semble que ce soit le cas.

Honaker et *al* [9] ont recherché des critères favorisant les plaies profondes afin d'évoquer ce phénomène. Ils ont montré que le principal facteur de lésion était le transfert. Ils signalaient aussi à moindre degré, l'anémie et la prise d'anticoagulants.

Le transfert est une donnée importante. De nombreux auteurs ont démontré qu'une escarre se constituait dans les services d'urgences, et que l'échelle de Norton prenait tout son sens pour mettre en place les mesures de prévention. [34] [35]

Une étude observationnelle de 15 jours a été conduite dans le service des urgences du CHU de Bordeaux en juin 2010 afin de déterminer la prévalence et l'incidence des escarres. Cette étude retrouvait deux facteurs de risques importants de survenues d'escarres : l'élévation de la CRP et un niveau de co-morbidité plus élevé. Il était montré également qu'un séjour même court pouvait induire des escarres notamment de stade 1. [36]

Lors de notre étude, il nous a été rapporté par 10 EHPAD, dans la partie commentaires, que les escarres étaient importées suite à une hospitalisation. Il serait alors utile d'évaluer, lors d'une étude observationnelle, le taux d'escarre à la sortie des services d'urgences et des autres services hospitaliers notamment en court séjour gériatrique.

L'escarre du fait de son caractère chronique, invalidant et douloureux, accroît de manière importante la dépendance et la morbidité. Il accentue la charge de travail, les soins et le recours aux antalgiques. Certains EHPAD se posent alors la question de la légitimité d'adresser leurs résidents en hospitalisation si une escarre venait à se compliquer ou à s'aggraver puisqu'elles sont importées.

Le facteur « immobilité » n'est pas le seul responsable de l'incidence des escarres en EHPAD. Au contraire, Kottner et *al* ont montré qu'il y avait moins d'escarres en maisons de retraite qu'à l'hôpital chez les patients confinés au lit ou immobiles. Cela est expliqué par un phénomène aigu qui va déclencher l'escarre sur un terrain fragile. [37]

Il est montré par Rapp MP et *al* que le dysfonctionnement de l'homéostasie et de la régulation de la température de la peau rencontrés en période aiguë favorise l'apparition des escarres. [38]

Les équipes travaillant en EHPAD doivent donc non seulement repérer les facteurs de risques classiques grâce aux échelles (BRADEN ou NORTON), mais aussi avoir une réactivité importante en cas d'événement aigu pour limiter la survenue de l'escarre. C'est un syndrome gériatrique qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire.

L'escarre est une plaie chronique invalidante d'évolution lente et douloureuse accentuant dépendance et morbidité. Allman et *al* ont montré qu'il s'agit d'une infection nosocomiale dans 46 % des cas et dont 86 % entraîne douleurs et complications [39]. La durée d'hospitalisation est évaluée à 30 jours en moyenne contre 12,8 jours pour les patients dépourvus d'escarres.

La mortalité est significativement augmentée chez les résidents porteurs d'escarres selon Landi F et *al*. [40]

### **5.3. Axes d'amélioration de la prise en charge**

Lors de notre étude, il a été montré que le médecin traitant ainsi que le médecin coordonnateur avaient une place prépondérante dans la prise en charge de l'escarre en matière de prévention, de suivi et de traitements.

Le rôle des Infirmières diplômées d'Etat (IDE) dans la prise en charge globale de l'escarre est bien précisé dans le décret du 29 juillet 2004 du code de santé publique [41]. Il est complété par l'arrêté du 13 avril 2007 publié au Journal Officiel de la République Française [42] qui stipule l'élargissement des compétences des IDE permettant une meilleure répartition des tâches. Il paraît nécessaire que le pourcentage d'IDE ayant un D.U plaies et cicatrisation augmente dans les différents établissements afin de bénéficier d'un œil soignant référent au sein de l'EHPAD pour favoriser le développement de protocoles de soins, de pansements, de prévention et de suivi. Dans notre étude, 17,8 % des établissements seulement peuvent bénéficier de cette expertise.

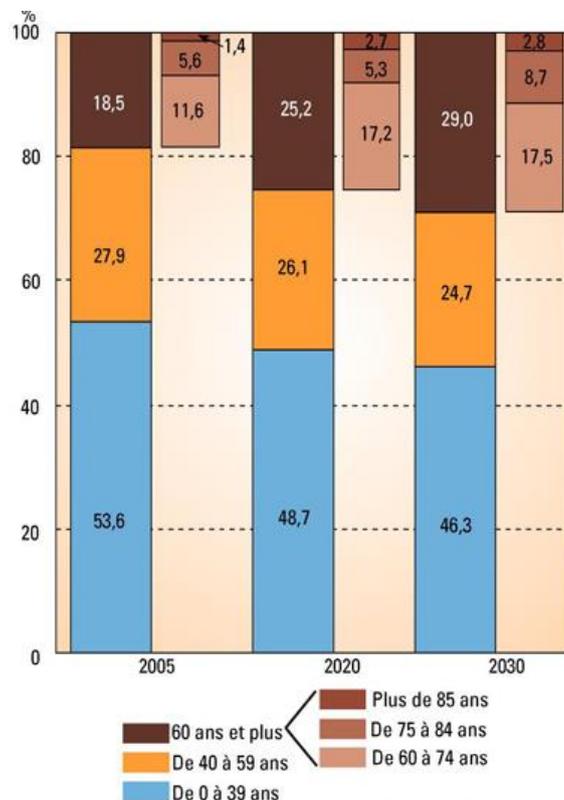
Dans son travail de thèse pour le doctorat de médecine [43], SOMMERONT DE GAVRE M. a mis en évidence que le médecin était sollicité par l'IDE dans la majorité des cas lors des complications de l'escarre (aggravation, surinfection, douleur, ou encore lorsque l'IDE n'arrivait plus à gérer seule...). Il a également été mis en évidence que dans certains établissements, l'IDE sollicitait le recours à un spécialiste avant le médecin traitant, ne respectant donc pas le parcours de soins coordonné défini par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [44] qui stipule que le médecin traitant déclaré décide du recours aux différents professionnels de santé.

Le recours à des spécialistes (notamment les dermatologues) et aux centres hospitaliers est non négligeable dans notre étude, puisque 46,7 % des établissements font appel à un centre hospitalier et 44,4 % à un dermatologue. Les autres spécialistes, et notamment l'expertise d'un gériatre, sont moins sollicités dans les établissements interrogés. La prise en charge de l'escarre du sujet âgé est pourtant globale et le gériatre est habitué à gérer la dénutrition et la douleur du sujet âgé.

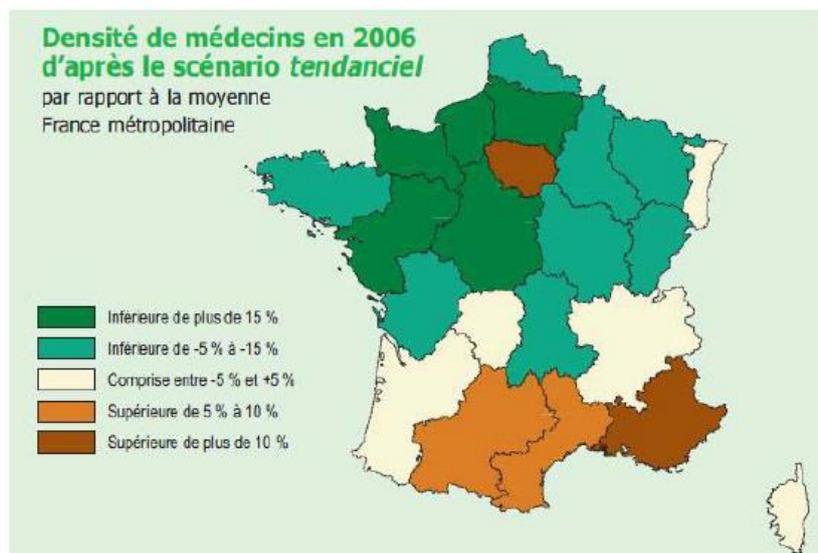
La Picardie doit faire face à deux problèmes démographiques majeurs : [45]

- Le premier est une population vieillissante du fait de l'augmentation de l'espérance de vie avec des besoins sanitaires et une demande de soins croissants.

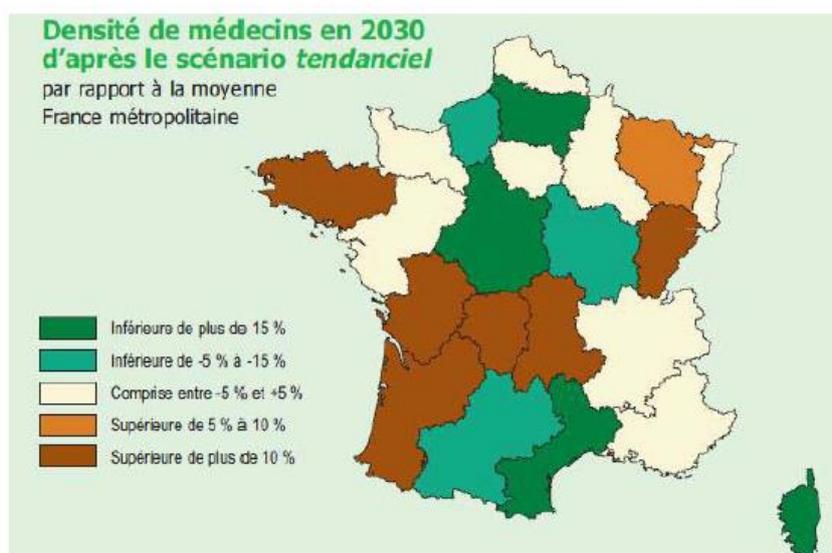
**Figure 8 – Structure par âge de la population Picarde en 2005, 2020 et 2030**



- Le deuxième concerne l'offre de soins avec une baisse de la démographie médicale particulièrement significative en Picardie.



**Figure 9 - Densité de médecins en 2006**



**Figure 10 - Densité de médecin en 2030**

A partir de ces deux constats, une nouvelle organisation médicale peut être envisagée avec la mise en place d'une convention « hôpital-EHPAD » avec accès simplifié et direct aux spécialistes en s'appuyant si possible sur des nouvelles techniques telles que la télémédecine. Elle pourrait créer, avec ses composantes que sont la télé expertise, la télé consultation et la télé assistance, des modalités de fonctionnement pour assurer la permanence des soins au niveau des établissements de santé et le service médical rendu au patient.

En 2012, une étude pilote d'expérimentation de téléconsultations en EHPAD a été conduite sur la thématique des plaies chroniques complexes avec l'ARS Aquitaine [46]. Elle portait sur les résidents des EHPAD de plus de 75 ans porteurs d'une plaie chronique type escarre dans un contexte de dépendance et de polypathologie. Les résultats de cette expérimentation ont montré une amélioration de la qualité des soins en termes de cicatrisation et de gestion de la douleur. Il a été montré également une bonne adhésion du personnel aux recommandations et un potentiel de réduction des coûts.

Le Groupement de Coopération Sanitaire E Santé Picardie a lancé un projet de collaboration entre infirmières libérales et le CH de Compiègne via la télémédecine portant sur le suivi et le traitement des plaies complexes à domicile avec des bons retours de la part des différents acteurs. [47]

Ce projet pourrait alors s'étendre aux plaies chroniques en EHPAD pour apporter aux résidents la continuité des soins et une expertise à son chevet. Le problème serait le financement de l'installation et de plus la mobilisation d'une cohorte de mille patients en Picardie serait nécessaire pour valider l'intérêt des services mis en œuvre.

L'hospitalisation à domicile (HAD) en EHPAD semble être également une alternative à l'hospitalisation traditionnelle pour la prise en charge des escarres [48]. Elle est effective depuis 2007 avec plusieurs réévaluations d'autorisation d'intervention. Elle permet de compléter l'action de l'EHPAD, sans se substituer aux prestataires sanitaires et médico-sociaux sollicités par l'établissement pour les prises en charge nécessitant une intervention technique. Elle concerne les patients porteurs de plaies chroniques complexes et/ou multiples nécessitant une intervention quotidienne de l'équipe soignante de plus de 30 minutes. Dans notre étude, seul 2 établissements font appel à l'HAD pour la prise en charge de l'escarre constituée. Or, nous avons constaté que, sur l'ensemble des établissements, le temps IDE par patient par jour est inférieur à ces 30 minutes sachant que le temps de pansement pour une escarre compliquée ou évoluée peut dépasser la demi-heure.

La coopération entre HAD et EHPAD est nécessaire et passe par le biais d'une convention afin d'éviter des séjours hospitaliers répétés, responsables de saturation des services d'urgence, nécessitant des transports sanitaires coûteux, sources de désorientation chez ces patients fragiles [49]. Elle permettrait également une sortie précoce de la personne âgée après un séjour hospitalier.

Aussi, le Schéma Régional d'Organisation des Soins 2012 établi par l'ARS de Picardie soulignait la nécessité d'une équipe mobile de gériatrie extra hospitalière intervenant en EHPAD, ceci afin de faciliter les partages de bonnes pratiques et la formation et éviter certaines hospitalisations [50]. L'ARS est actuellement en train de mettre en place cette équipe mobile pour 2015, qui apportera une expertise gériatrique (nutrition, douleur, ...) dans la prise en charge globale de l'escarre et sa prévention. Cela permettra de développer le partenariat ville-hôpital et renforcera le réseau informel médecin généraliste, médecin coordonnateur d'EPHAD et praticien hospitalier.

Un autre axe d'amélioration pourrait concerner la formation de l'équipe soignante. Comme cité ci-dessus, le décret du 29 juillet 2004 du code de santé publique précise le rôle des IDE dans la prise en charge globale de l'escarre [41]:

- prévention et soins d'escarre,
- surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire,
- installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie,
- évaluation de la douleur,
- réalisation, surveillance et renouvellement des pansements,
- conception, utilisation et gestion du dossier de soins.

L'élargissement des compétences infirmières de l'arrêté du 13 avril 2007 au journal officiel de la République Française [42], autorise les IDE à prescrire aux patients certains dispositifs médicaux sous réserve d'une information médicale. Par conséquent, l'IDE peut prescrire le matériel nécessaire à la prise en charge des escarres :

- matelas ou surmatelas d'aide à la prévention des escarres en mousse de haute résilience type gaufrier,
- coussin d'aide à la prévention des escarres en fibres siliconées ou en mousse monobloc,
- pansements hydrocolloïdes, hydrocellulaires, en polyuréthane, hydrofibres, hydrogels, siliconés,
- pansements d'alginat, à base de charbon actif, vaselinés, à base d'acide hyaluronique.

Ces mesures et ces définitions de rôle nécessitent une connaissance de l'escarre, de la prévention et de la prise en charge curative de la part du personnel soignant.

Dans notre étude, on note 28,76 % des IDE qui ont reçu une formation en 2013 sur la prise en charge globale des escarres contre 14,34 % des aides-soignantes sur l'ensemble des établissements. Il est à signaler également que concernant les IDE, le taux de formation est

inversement proportionnel à la dépendance évaluée par le GMP. En effet, seulement 9,7 % des IDE ont reçu une formation dans les établissements avec un GMP  $\geq 800$  contre environ 30 % dans les deux autres groupes. La prévalence de l'escarre n'est d'ailleurs pas corrélée avec l'absence ou non de formation. L'évaluation de la formation en 2013 du personnel soignant peut constituer un biais d'interprétation car nous n'évaluons pas les différentes formations antérieures, mais celle-ci doit être organisée pour améliorer la prise en charge des patients à risque d'escarres comme le suggère Pancorbo-Hidalgo et *al* [51]. Les recommandations de la conférence de consensus de 2012 sur la prise en charge des escarres soulignent que l'utilisation d'une échelle d'évaluation de risque doit être accompagnée d'un regard clinique avec la nécessité d'une connaissance des différents stades.

Dans notre étude, il convient de souligner que contrairement à l'étude de prévalence bretonne, le stade 1 n'est pas majoritaire pouvant faire craindre une sous-estimation de ce phénomène. Il est primordial de développer des outils d'aides au diagnostic précoce en parallèle de la formation avec des échelles de classification des stades. La classification des stades de l'escarre pourrait être enrichie par le stade 0 d'après les travaux de l'hôpital de Garches, qui est défini par « une hyperhémie réactionnelle soit une rougeur blanchissant à la pression digitale et se recolorant en quelques secondes, réversible en 24 heures ». Ce stade est d'ailleurs reconnu par la Haute Autorité de Santé (HAS) mais n'est pas forcément connu de tout le personnel soignant.

Enfin, si l'on avance l'idée d'une généralisation dans tous les établissements d'un protocole de prévention et de soins de l'escarre, il est essentiel que chaque acteur soit formé et que les compétences de chacun soient coordonnées. Ces protocoles permettraient une pratique plus homogène des IDE, aides-soignantes et des médecins.

Dans notre étude, lorsque nous avons comparé l'utilisation d'un outil de suivi dans un établissement, il nous est apparu une différence peu significative par le test de Fisher sur la dépendance et notamment sur le GIR 2.

En effet, les établissements utilisant un outil de suivi, avaient un GMP sensiblement plus élevé ( $p = 8,5 \%$ ) avec une différence peu sensible sur le GIR 2 ( $p = 12,6 \%$ ). Même si le taux de significativité n'est pas atteint, il n'y a pas de différence significative sur la prévalence des escarres ( $p = 66,8 \%$ ) alors qu'une population plus dépendante est plus à risque d'escarres. Il serait intéressant d'étudier dans ces établissements, les différents supports utilisés en fonction des facteurs de risques ou en fonction du stade de l'escarre, ainsi que les différents

pansements utilisés en fonction du stade de l'escarre afin d'évaluer s'il y a une grande disparité de pratique entre les différents établissements.

En ce qui concerne l'utilisation d'une échelle de facteurs de risque, il n'a pas été mis en évidence de différence significative selon le test de Fischer sur la prévalence des escarres et sur la population des établissements qui utilisent ou non une échelle d'évaluation. Pourtant, l'utilisation d'une échelle de facteurs de risque validé a prouvé son efficacité dans la réduction du nombre d'escarres. Là aussi, peut se poser la question d'une possible sous-estimation du phénomène et notamment des escarres de stade 1 ou encore que ce taux de prévalence pourrait être plus bas dans ces établissements. Il serait également intéressant d'évaluer les différents supports préventifs utilisés en fonction du résident. La nécessité d'une feuille de recueil rapidement remplie n'a pas permis d'analyser l'adéquation du support utilisé au cas par cas.

#### **5.4. Coût de l'escarre en institution**

La bonne prise en charge de l'escarre n'est pas sans conséquences économiques avec un poids financier considérable de ces plaies. En France, on estime à un surcoût global de 136 millions d'euros, un allongement de la durée de séjour de plus de 11 jours et un coût par personne porteuse d'escarre de 5 612 euros [52]. Shannon et *al* ont montré que le coût pouvait être réduit de 654,54 euros par patient si la prise en charge était efficiente, d'où la nécessité de développer les bonnes pratiques au sein des établissements [53]. L'importance de la prévention en matière d'économie est non négligeable avec des économies de près de 45 % lorsque des mesures préventives protocolisées [54] sont utilisées comme le changement de position toutes les 2 heures [55] ou encore la complémentation nutritionnelle.

Cependant, les différentes études sont réalisées en milieu sanitaire et non en EHPAD avec des différences de moyens matériels et humains indéniables.

En EHPAD, le modèle PATHOS est un modèle d'évaluation économique des pathologies prises en charge. Il permet d'apprécier les soins médico-techniques requis à travers plusieurs critères. L'item CH est intitulé « existence de pansement de plus de 20 minutes » englobant donc l'escarre sans l'isoler pour autant. La problématique réside dans le fait que la prévention n'est pas reconnue comme un soin dans ce modèle, comme les stades 1 et 2 de l'escarre, ce qui peut expliquer que le stade 1 ne soit pas majoritaire dans notre étude.

De plus, les moyens humains peuvent être sous évalués alors que l'importance d'un encadrement soignant suffisant en matière de traitements et de prévention de l'escarre n'est plus à démontrer.

A noter que le matériel de prévention et de soin des escarres a été réintégré dans le forfait journalier « soins » des EHPAD suite à l'arrêté du 30 mai 2008 avec notamment en matière de prévention [56] :

- des coussins de prévention d'escarre,
- des coussins de décharge des talons, coudes ou genoux,
- des matelas ou surmatelas.

Malgré cela, il serait primordial d'établir l'impact économique de l'escarre dans sa globalité en EHPAD et de définir une base forfaitaire en moyens humains et matériels pour le bon déroulement des pratiques préventives en lien avec les recommandations.

Dans notre étude, il convient de signaler qu'un établissement a évoqué, en matière de plaintes, la crainte de l'escarre au même titre que la déshydratation. L'escarre, comme la déshydratation, peut être interprété par l'entourage et le patient comme un échec de la prise en charge de l'ensemble du corps médical et soignant.

Aux Etats-Unis, Studdert [57] a recensé 4 716 plaintes intentées contre 1 465 établissements d'hébergement entre 1998 et 2006 avec pour motifs, la chute et l'escarre. 61 % ont abouti à un dédommagement de 200 000 euros en moyenne. Ces litiges renforcent l'intérêt économique de la prévention comme le précise Goebel et *al* avec un dédommagement plus faible lorsque les recommandations ont été respectées. [58]

## 6. Conclusion

L'escarre ne doit pas être considérée comme une fatalité dans une population vieillissante avec un niveau de dépendance de plus en plus important.

Notre enquête de prévalence régionale réalisée au sein des EHPAD picards, a permis de montrer qu'elle reste une réalité avec une prévalence non négligeable et qu'elle le restera au vu des perspectives d'évolution de la population picarde et même française.

Il est important de généraliser ces enquêtes de prévalence au niveau national dans les EHPAD afin de permettre d'élaborer des propositions d'amélioration de la qualité de prise en charge de l'escarre tout en développant des indicateurs de qualité de suivi. Elles peuvent également être complétées par des enquêtes auprès des IDE libérales sur la prise en charge des escarres au domicile mais aussi dans les unités de soins de longue durée (USLD) où le niveau de dépendance est encore plus important.

L'épidémiologie des escarres en France est comparable à l'épidémiologie actuellement retrouvée dans beaucoup de pays industrialisés. Les enquêtes épidémiologiques élargies doivent permettre d'alerter les décideurs sur la nécessité et l'intérêt d'une politique coordonnée en permettant aux différentes structures d'adapter les moyens humains et matériels disponibles aux besoins des patients pris en charge. Une stratégie nutritionnelle et de lutte contre la douleur, une adéquation du support et du positionnement, une optimisation des soins, l'approche éthique constante sont fondamentales et montrent l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire, globale et personnalisée à chaque sujet fragile.

Il semble très important de développer des moyens pour faciliter l'accès à l'expertise pour les résidents des EHPAD comme pour les patients au domicile, sans les déplacer.

L'exemple de la région Aquitaine, qui développe un réseau de télémédecine pour les plaies chroniques devrait servir de support pour le développement dans d'autres régions de ce moyen d'accès à l'expertise.

L'équipe mobile gériatrique externalisée, prochainement mise en place, facilitera aussi une prise en charge globale de l'escarre.

Enfin si nous reprenons l'adage « Mieux vaut prévenir que guérir », le développement d'une approche préventive est indispensable en matière d'escarres. Celle-ci doit être valorisée, enseignée afin de permettre une diminution du coût de l'escarre sur le plan de la qualité de vie et sur le plan financier.

## 7. Bibliographie

- [1] Ramos-Gorand M., 2013, « Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux », Dossiers solidarité et santé, DREES, n°36, janvier
- [2] Barrois B., Allaert FA., Colin D. Escarre et épidémiologie. Techniques Hospitalière 1996 ; 603 : 39-41
- [3] Baumgarten M., Margalis DJ., Russel L. et all. Pressure ulcer development in oldor residents in nursing homes : influencing factors. J.Adv Nurs. 2009; 65(12) : 2608-2620
- [4] Colin D., Barrois B., Allaert FA. Nursing and medical care of pressure ulcers in hospitals in France. Advance in wound care : the journal for prevention and healing 8(5) : 54,56-8
- [5] Robineau S., Le Bot MP., Chopin A., Gallien P., Durufle A., Legeas F., Fraudet B., Nicolas B. Etude de la prévalence des escarres en EHPAD en région Bretagne en 2013. Revue l'escarre : Revue Officielle de l'Association PERSE, n°62, juin 2014 : p5-9
- [6] International National Ulcer Advisory Panel NPUAP-EPUAP, Pressure Ulcer Définition ; 1998 ; [www.npuap.org](http://www.npuap.org)
- [7] Conférence de Concensus de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. Paris, novembre 2001
- [8] Collège national des enseignants de gériatrie. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie. Corpus de Gériatrie. Tome 1, Edition 2000: p104-105
- [9] Honaker J., Brockopp D., Moe K. Suspected deep tissue injury profile: a pilot study Adv Skin Wound Care. 2014 Mar; 27(3): 133-40
- [10] HAS- Haute Autorité de santé. Pourquoi développer des aides à la prescription chez le sujet très âgé. Pr Legrain S. Juillet 2008 disponible sur [www.has-santé.fr](http://www.has-santé.fr)
- [11] Minson CT., Holowatz LA., Wong BJ., Kenney WL., Wilkins BW. 2002. Decreased nitric oxide and axon reflex, mediated cutaneous vasodilatation with age during local heating. J. Appl physiol 93, 1644-1649.

- [12] Rossi M., Cupisti A., Mariani S., Santoro G., Pentimone F. 2002. Endothelium-dependant and endothelium-independent skin vasoreactivity in the elderly. *Aging Clin Exp Res* 14: p343-346
- [13] Campbell KE. A new model to identify shared risk factors for pressure ulcers and frailty in older adult. *Rehabilitation Nursing* 2009; 34: 242
- [14] Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndrome: clinical, research and policy implications of a care geriatric concept. *J Am Geriatric Soc* 2007; 55:780-91
- [15] Recommandations pour la prise en charge des patients à risque et/ou porteurs d'escarres par consensus formalisés d'experts (recommandations 2012). *Revue l'escarre : Revue Officielle de l'Association PERSE*, n°57, Mars 2013
- [16] Forassi C., Fontaine J. Escarres et nutrition : place des compléments nutritionnels oraux. *NPG Neurologie Psychiatrie Gériatrie* 2011, volume 11, n°63 : p 108-113
- [17] Vowden KR., Vowden P. The prevalence, management, equipment provision and outcome for patients with pressure ulceration identified in a wound care survey within English care district. *J Tissue Viability* 2009; 18(1): 20-6
- [18] Clement F., Cousin J., Moreau E., Morille H. Epidémiologie des escarres : résultats de l'enquête sur la prévalence des escarres des résidents des EHPAD du Centre d'Action Sociale de la ville de Paris. *La revue francophone de gériatrie et gérontologie*. Octobre 2008, volume 15, n°148 : p 447-452
- [19] Armand N., Faure C., Comte C. Enquête de prévalence des infections en EHPAD. 21<sup>ème</sup> Congrès de la Société d'Hygiène Hospitalière 2010
- [20] CNSA. Les soins en EHPAD en 2012: le financement de la médicalisation et le bilan des coupes PATHOS. Octobre 2013 disponible sur [http://www.cnsa.fr/pdf/Bilan\\_medicalisation\\_coupes\\_pathos\\_EHPAD\\_vf2.pdf](http://www.cnsa.fr/pdf/Bilan_medicalisation_coupes_pathos_EHPAD_vf2.pdf)
- [21] Laudet J. PHATOS ou la prévention oublié. *NPG* 2011, volume 11, n°63: p91-93
- [22] Gallaher P, Barry P., Hartigan I, et al. Prevalence ulcers in three university teaching hospitals in Ireland. *J. Tissue Viability* 2008; 17: 103-9

- [23] Projection de la population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050-INSEE. Disponible sur [http// www.insee.fr](http://www.insee.fr)
- [24] Trillard A. Mission au profit du Président de la République relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées. Juin 2011
- [25] vieillissement de la population-INSEE. Disponible sur [http// www.insee.fr/insee\\_régions/Picardie](http://www.insee.fr/insee_régions/Picardie)
- [26] Volant S. L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011. Etudes et résultats, DRESS, n°877, Février 2014
- [27] Prévot J. L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2007. Etudes et résultats, DRESS, n°689, Mai 2009
- [28] Banks MD. The cost arising from pressure ulcers attributable to malnutrition. Clin Nutr. 2010, 29: 180-6
- [29] Barrois B., Allaert FA., Colin D. A survey of pressure sore prevalence in hospitals in the greater Paris region. J Wound Care 1995 May: 4(5): 234-6
- [30] Barrois B. Epidémiologie des escarres en France. Revue l'escarre : Revue Officielle de l'Association PERSE, n°58 : p 4-6, Juin 2013
- [31] Bethell EJ. Adv Skin wound care 2013 January: 12(1):33-6
- [32] Caron-Mazet J., Roth B., Guillaume JC. Enquête de prévalence et des pratiques de prise en charge des plaies chroniques dans 14 établissements gériatriques du Haut-Rhin. Ann Dermatol Venerol 2007 : 134 :645-51
- [33] Chami K., Gavazzi G., Piette F., De Wazieres B., Lejeune B., Rothan-Tondeur M. Enquête PRIAM : prévalence des infections dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Revue d'épidémiologie et de Santé Publique Septembre 2008, volume 56,n°55 : p282
- [34] Källman U., Lindgren M. Predictive validity of 4 risk assessment scales for prediction of pressure ulcer development in a hospital setting. Adv Skin Wound Care 2014 February : 27(2): 70-6

- [35] Leshem-Rubinow E., Vaknin A., Sherman S., Justo D. Norton scale, hospitalization length, complications, and mortality in elderly patients admitted to internal medicine departments. *Gerontology* 2013 : 59(6): 507-13
- [36] Dugaret E. Prévalence et incidence des escarres aux urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Saint-André à Bordeaux. Thèse de médecine. Bordeaux, 2010
- [37] Kottner J., Cammann N., Dassen T. Pressure ulcer prevalence : comparison between nursing homes and hospitals. *Pflege Z* 2010 April : 63(4): 228-31
- [38] Rapp MP., Bergstrom N., Padhye NS. Contribution of skin temperature regularity to the risk of developing pressure ulcers in nursing facility residents. *Adv Skin Wound Care* 2009 November : 22(11): 506-13
- [39] Allman RM., Goode PS., Burst N. Pressure ulcers, hospital complications, and disease severity : impact on hospital costs and length of stay. *Adv Wound Care*. 1999 Jan-Feb: 12(1): p22-30
- [40] Landi F., Onder G., Russo A. Pressure ulcer and mortality in frail elderly people living in community. *Arch Gerontol Geriatr* 2007, volume 44 (1): 217-23
- [41] Ministère de la santé et de la protection sociale. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatifs aux parties IV et V du code de santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. *Journal officiel*, n° 183 du 8 août 2004. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
- [42] Ministère de la santé et des solidarités. Arrêté du 13 avril 2007 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire. *Journal Officiel*, n° 88 du 14 avril 2007. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
- [43] Sommermont De Grave M. Les escarres en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, gestion du médecin généraliste depuis les dernières réformes. Thèse de médecine. Amiens, 2014
- [44] Ministère de la santé et de la protection sociale. Loi n°2004.810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. *Journal Officiel*, n°190 du 17 août 2004. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>

- [45] Schéma Régional de télésanté Picardie de l'ARS de Picardie disponible sur <http://www.ars.picardie.sante.fr>
- [46] Salles N., Baudon MP., Caubet C. Telemedecine consultations for the elderly with chronic wounds, especially pressure sores. Eur Res Telemed 2013 volume 2: p 93-100
- [47] Rapport d'activité 2012 du GCS e-Santé Picardie disponible sur <http://www.esante-picardie.com>
- [48] Arrêté du 24 mars 2009 modifiant l'arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article 6121-4 du code de santé publique
- [49] Barateau M. Revue l'escarre : Revue Officielle de l'Association PERSE, n°47, 2010 : p 28-32
- [50] Schéma Régional d'Organisation des Soins de l'ARS de Picardie : p 446. Disponible sur <http://www.ars.picardie.sante.fr>
- [51] Pancorbo-Hidalgo PL. Garcia-Fernandez FP., Lopez-Medina IM., Alvarez-Nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention : a systematic review. Journal of Advanced Nursing, 54(1): p 94-110
- [52] Clément Nestrigue, Zeynep OR. Surcoût des évènements indésirables associés aux soins à l'hôpital. Premières estimations à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients. Irdes. Questions d'économie de la santé, n°171. Décembre 2011
- [53] Schannon RJ., Brown L., Chakravarthy D. Pressure Ulcer Program Study: a randomized, controlled prospective comparative value evaluation of 2 pressure ulcer prevention strategies in nursing and rehabilitation centers. Adv Skin Wound Care. October 2012: 25(10): 450-64
- [54] Beck AC., Mendoça D. Bulletin de l'OMS: volume 16, n°1, 2011
- [55] Knox DO. Effects of different turn intervals on skin of health older adults. Advancing Wound Care 1994: 7(1): p48-56

[56] Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, Ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique. Arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical et des fournitures médicales et la liste du matériel médical amortissable compris dans le tarif journalier afférent aux soins mentionné à l'article R. 314-161 du code de l'action sociale et des familles en application des articles L.314-8 et R. 314-162 du même code. Journal Officiel, n°0129 du 4 juin 2008. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr>

[57) Studdert DM., Spittal MJ. Relationship between Quality of care and Negligence Litigation in Nursing Homes. NEJM. 2011; 364(13): p1243-1250

[58] Goebel RH., Goebel MR. Clinical Practice Guidelines for pressure ulcer prevention can prevent lawsuits in older patients. JWOCN.1999; 26(4) 185-84

# ANNEXE 1 : Questionnaire



## I- Capacité d'accueil de l'établissement

- Nombre de résidents accueillis :
- Territoire de santé

## II- Moyens humains

- Nbre de personnes salariées de votre service :
- IDE en équivalent temps plein :
- AS en équivalent temps plein :
- Ergothérapeute en équivalent temps plein :
- Médecin
- Autres personnels impliqués dans les soins aux résidents (en équivalent temps plein) :

## III- Moyens matériel :

Supports :

- nombre de matelas normal
- nombre de matelas plot /gaufrier ...
- nombre de matelas à mémoire de forme (type TEMPUR / ALOVA ...)
- nombre de matelas à air (nimbus, alpha relief, autologic ...) (merci d'en préciser le type)
- autres types de matelas (en précisez le nombre)

En cas de fauteuil roulant, les résidents ont-ils un coussin d'assise spécifique ?

- oui
- non

Si oui, de quel type ? -----

**IV- Prévention et suivi des escarres :**

Utilisez-vous une échelle d'évaluation du risque d'escarre ?

- oui
- non

Si oui : laquelle ? -----

Votre établissement a-t-il un outil pour suivre l'évolution et la prise en charge d'une escarre (fiche de liaison, logiciel ...) :

- oui
- non

Si oui, lequel et qui l'utilise ? -----

En cas de doute sur la prise en charge d'une escarre, vous faites appel à :

- IDE DU plaies et cicatrisations
- Médecin traitant
- Médecin coordonnateur
- Médecin spécialiste :
  - o Dermatologue
  - o Chirurgien plastique
  - o Rééducateur
  - o Autres
- Centre hospitalier
- Centre de rééducation
- HAD
- Télémédecine
- Autres :

Combien de personnel ont été formés à la prévention d'escarre en 2013 ?

- IDE 

--
- Aide soignante 

--
- Autre 

--

**V- Enquête le jour de la réponse au questionnaire:**

Nombre de résidents :

- GIR 1 : 

--
- GIR 2 : 

--
- GIR 3 : 

--
- GIR 4 : 

--
- GIR 5 : 

--
- GIR 6 : 

--

GIR moyen pondéré :

PMP (Pathos moyen pondéré) :

Moyenne d'âge des résidents :

Nombre de résidents en alimentation entérale avec sonde gastrique

Nombre de patients incontinents :

Nombre d'escarre le jour de la réponse au questionnaire :

*(stade 1= rougeur persistante sans désépidermisation à stade 4)*

Nombre d'escarre par stade :

- stade 1
- Stade 2
- stade 3
- stade 4

Nombre d'escarre par localisation :

- talons
- sacrum
- ischion
- autres

Avez-vous des remarques / commentaires ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Merci de nous retourner le questionnaire pour le 20 juin au plus tard**

## ANNEXE 2 : Echelles d'évaluation

### Norton

Condition physique	Condition mentale	Activité	Mobilité	Incontinence
1 mauvaise	1 stuporeux	1 couché	1 immobile	1 fécale et urinaire
2 pauvre	2 confus	2 fauteuil	2 très limitée	2 urinaire
3 moyenne	3 apathique	3 marche aidée	3 peu limitée	3 occasionnelle
4 bonne	4 alerte	4 ambulant	4 complète	4 continent

≤ 16 : risque élevé      > 16 : risque bas

Figure 10 – Echelle de Norton

### Braden

Sensibilité	Humidité	Activité
1 complètement limitée	1 constamment humide	1 confiné au lit
2 très limitée	2 très humide	2 confiné en chaise
3 légèrement limitée	3 parfois humide	3 marche parfois
4 pas de gêne	4 rarement humide	4 marche fréquemment
Mobilité	Nutrition	Frictions et frottements
1 totalement immobile	1 très pauvre	1 problème permanent
2 très limitée	2 probablement inadéquate	2 problème potentiel
3 légèrement limitée	3 correcte	3 pas de problème apparent
4 pas de limitation	4 excellente	

≥ 18 : risque bas      13 à 17 : risque modéré      8 à 12 : risque élevé      ≤ 7 : risque élevé

Figure 11 – Echelle de Braden

### Gonnesse

Note	Etat général	Etat nutritionnel	Etat psychique	Capacité de mobilisation	Incontinence	Etat Cutané
0	Bon : pas de pathologie à haut risque.	Bon : apports nutritionnels et liquidiens suffisants.	Bon : participe aux activités de la vie quotidienne. Accepte sa maladie.	Indépendant : marche seul (avec ou sans déambulateur ou canne)	Indépendant : continent ou appareillé.	Bon.
1	Moyen : pathologie à haut risque ou cachexie ou obésité.	Moyen ou limité : apport - nutritionnel : limité en calories, en protéines - liquidien limité (<11/24h).	Moyen : déprimé, non motivé. Besoin de stimulation pour les activités de la vie quotidienne.	Semi-dépendant : assistance pour la marche et les activités de la vie quotidienne.	Incontinence irrégulière : moins d'une fois par jour.	Déshydratation cutanée : peau vieillissante.
2	Mauvais : Soit pathologique neurologique : perte de la sensibilité. Soit association de pathologie à risque.	Mauvais : Apport nutritionnel insuffisant (malgré compensation). Alimentation parentérale.	Mauvais : confus ou agité (doit être totalement surveillé pour participer aux activités de la vie quotidienne).	Dépendant : Mobilisation du lit au fauteuil avec ou sans aide. Ne peut être qu'au lit ou fauteuil.	Incontinence urinaire.	Peau qui marque à la pression.
3	Très mauvais : Soit pathologique neurologique : perte sensibilité et motricité. Soit stade terminal.	Très mauvais : ne se nourrit plus. Alimentation palliative.	Très mauvais : Semi conscient, coma. Etat léthargique.	Alité : ne quitte pas le lit plus d'une heure par jour. Ne bouge pas.	Incontinence urinaire et fécale.	Douleurs aux points d'appui.

6 à 8 : risque modéré

9 à 12 : risque important

13 à 18 : risque très important

*Figure 12 – Echelle de Gonnesse*

## ANNEXE 3 : Territoires de santé de Picardie

Par arrêté du 21 septembre 2010, le Directeur général de l'ARS de Picardie a défini les cinq nouveaux territoires de santé picards : Somme, Aisne nord - Haute somme, Aisne sud, Oise est, Oise ouest.

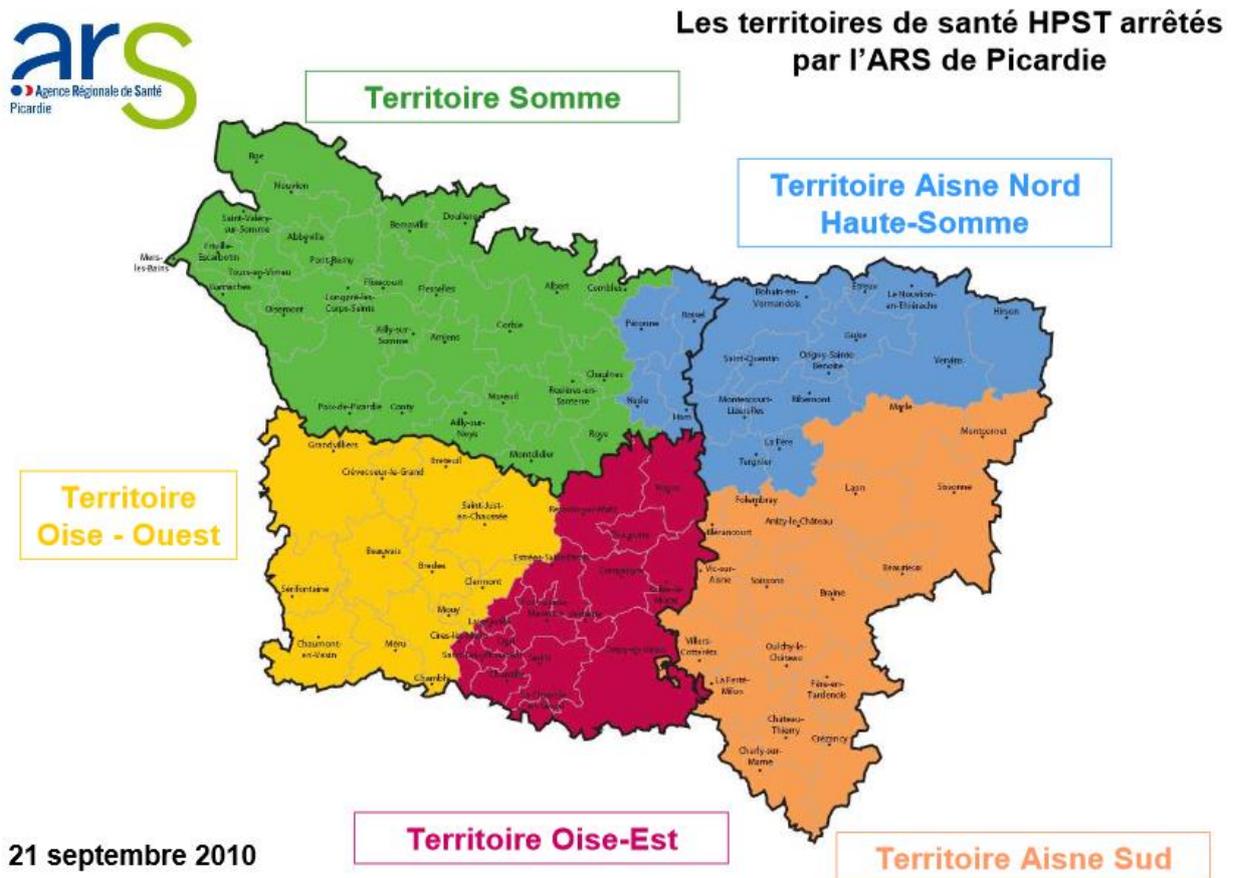


Figure 13 – Territoires de santé de Picardie

- Territoire Somme : Abbeville, Amiens, Montdidier
- Territoire Aisne Nord / Haute Somme : Péronne, Saint Quentin
- Territoire Aisne-Sud : Laon, Soissons, Château-Thierry
- Territoire Oise-Est : Compiègne, Noyon, Senlis, Creil
- Territoire Oise-Ouest : Clermont, Beauvais

## **PREVALENCE DES ESCARRES DANS LES EHPAD DE PICARDIE EN 2014**

### **RESUME**

---

- **Introduction** : En EHPAD, les résidents sont une population à risque de développer une escarre du fait d'un niveau de dépendance et de polypathologie importants.
- **Matériel et méthodes** : Il s'agit d'une étude épidémiologique sur la prévalence des escarres dans les EHPAD de Picardie, évaluant également les moyens humains et matériels disponibles afin d'établir des axes d'amélioration de la prise en charge.
- **Résultats** : 45 EHPAD ont répondu sur 162 interrogés, représentant une population de 3781 résidents avec une moyenne d'âge de 86,13 ans. La prévalence de l'escarre est de 7,25 %. Il n'a pas été retrouvé de corrélation entre niveau de dépendance et prévalence de l'escarre. Les établissements avec un Gir Moyen Pondéré (GMP) supérieur à 800 ont une prévalence de 6,12 % avec également une présence infirmière moindre. Lorsque les résultats sont comparés par rapport à l'utilisation d'un outil de suivi, il n'y a pas de différence significative sur la prévalence ( $p=0,66$ ) alors qu'il existe une différence peu significative sur le niveau de dépendance ( $p=0,08$ ).
- **Discussion** : Il semble important de déterminer des axes d'amélioration de la prise en charge globale de l'escarre en valorisant les protocoles de soins et la prévention. L'apport d'une expertise médicale au chevet des résidents paraît indispensable. Le développement de l'hospitalisation à domicile en EHPAD, des équipes mobiles gériatriques extra hospitalières et de la télémédecine pourrait permettre une meilleure offre de soins.
- **Conclusion** : Le développement d'une approche préventive et d'une optimisation des soins pour les escarres est primordial pour l'amélioration de l'impact financier et de la qualité de vie.

**MOTS CLES** : EHPAD, Escarre, Prévalence, Prévention, Douleur, Nutrition, Télémédecine

# **PRESSURE ULCER PREVALENCE IN NURSING CARE HOMES OF PICARDIE**

**IN 2014**

## **ABSTRACT**

---

- **Introduction** : In nursing care homes, residents are a population at risk of developing a pressure ulcer due to important levels of dependency and polyopathy.
- **Materials and methods** : This is an epidemiological study on the prevalence of pressure ulcers in nursing care homes of Picardy, also evaluating available human and material resources to identify areas for improvement of prevention and treatment.
- **Results** : A total of 45 establishments of 162 responded to the survey, representing a population of 3 781 residents with an average age of 86.13 years. The prevalence of pressure ulcers is estimated at 7.25 %.  
We have not found correlation between level of dependency and prevalence of pressure ulcers. The establishments with a degree of dependency (GIR) above 800 have a prevalence of 6.12 % with also a minor presence nurse. When the results are compared against the use of a tracking tool for risk, there is no significant difference in the prevalence ( $p = 0.66$ ) while there is an insignificant one in the level of dependence ( $p = 0.08$ ).
- **Discussion** : It seems important to identify areas for improvement in the overall management of pressure ulcers by giving more value to care protocols and prevention. Providing medical expertise at the bedside would appear to be essential. The development of home hospitalization in nursing homes, geriatric outreach teams and telemedicine could permit a better performance in health-care services.
- **Conclusion** : The development of a preventive approach and optimization of care for pressure ulcers is essential for improving the financial impact and the quality of life.

**KEYWORDS** : Nursing care home, Pressure ulcer, Prevalence, Prevention, Pain, Nutrition, Telemedicine