



**HAL**  
open science

# État des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes picards concernant la prévention des escarres

Marie Roussel

► **To cite this version:**

Marie Roussel. État des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes picards concernant la prévention des escarres. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02928045

**HAL Id: dumas-02928045**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02928045v1>**

Submitted on 2 Sep 2020

**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 PICARDIE JULES VERNE  
UFR DE MEDECINE D'AMIENS

---

Année 2020

Thèse n° 2020 - 64

---

ETAT DES LIEUX  
DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES  
DES MEDECINS GENERALISTES PICARDS  
CONCERNANT LA PREVENTION DES ESCARRES

---

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE  
Mention Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 2020 par

Marie ROUSSEL

Née le 10 avril 1990 à Abbeville (80)

---

Président de Jury : Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Juges :

- Monsieur le Professeur Éric HAVET
- Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE-PIETRI
- Monsieur le Professeur Antoine GABRION
- Monsieur le Professeur Raphaël SINNA

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Hubert FRICOTEAUX



---

## REMERCIEMENTS

---

*A mon Président de Jury*

**Monsieur le Professeur Maxime GIGNON**

**Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
Epidémiologie, Hygiène Hospitalière et Santé Publique  
Chef du Pôle PRIME**

Cher Professeur, je tenais à vous remercier d'avoir accepté de présider mon jury de thèse.

C'est un honneur pour moi de voir mon travail évalué par vos soins.

Je sais votre enthousiasme pour l'enseignement, ce fut un plaisir d'assister à vos cours.

Le soutien que vous apportez aux étudiants est précieux,

merci pour cet investissement indéfectible.

Soyez assuré, cher Professeur, de ma reconnaissance et de mon profond respect.



*A mon Juge*

**Monsieur le Professeur Éric HAVET**

**Professeur des Universités-Praticien Hospitalier**

**Anatomie**

**Assesseur du Premier Cycle**

Recevez tous mes remerciements pour l'attention que vous avez porté à mon sujet de thèse et pour avoir accepté de juger mon travail.

Je garde d'excellents souvenirs de votre enseignement, l'anatomie a toujours été une matière fascinante pour moi et j'appréciais la limpidité de vos cours.

J'ai également pu participer au monitorat d'anatomie sous votre direction, cet enseignement était passionnant, merci à vous.

Soyez assuré de toute mon estime.



**A mon Juge**

**Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE-PIETRI**

**Professeur des Universités – Praticien Hospitalier**

**Médecine vasculaire**

**Chef du Service de Médecine Vasculaire**

Recevez tous mes remerciements pour l'attention que vous avez porté à mon sujet de thèse et pour avoir accepté de juger mon travail. Merci également de votre sympathie à mon égard.

Soyez assurée de toute ma reconnaissance et de mon respect.



**A mon Juge**

**Monsieur le Professeur Antoine GABRION**

**Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
(Chirurgie orthopédique et Traumatologique)**

Recevez tous mes remerciements pour l'attention portée à mon sujet de thèse.  
Merci également d'avoir accepté très rapidement d'être membre de mon jury.

Soyez assuré de ma reconnaissance.



**A mon Juge**

**Monsieur le Professeur Raphaël SINNA**

**Professeur des Universités - Praticien Hospitalier**

**(Chirurgie plastique et reconstructrice)**

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

Veillez recevoir l'expression de ma sincère considération.



**A mon Directeur de Thèse**

**Monsieur le Docteur Hubert FRICOTEAUX**

**Médecin généraliste à Laon**

Merci à vous d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, les échanges que nous avons eu durant ce travail étaient très appréciables, malgré la distance une fois mon stage de SASPAS terminé, vous n'avez pas cessé de m'aider et de m'éclairer dans l'élaboration et la rédaction de cette thèse.

Je tenais à vous remercier également pour votre gentillesse et votre disponibilité durant mon stage à Laon, l'ensemble de l'équipe du cabinet m'a réservé un accueil très chaleureux, c'est grâce à vous que les médecins généralistes de demain peuvent se former et avoir envie de s'installer en libéral.

Soyez assuré de ma profonde gratitude, je vous suis très reconnaissante

et vous souhaite le meilleur pour la suite



### **A toi Cédric, mon amour**

Notre rencontre aura été la plus belle surprise de ma vie, si inattendue mais tellement espérée.  
Merci d'être toi, de me faire rire, de m'aimer et d'être présent pour moi dans les bons comme dans  
les mauvais moments.

Merci d'avoir passé des soirées à lire et relire ma thèse, de m'avoir aidé pour analyser mes  
résultats, je n'aurai jamais réussi sans toi.

Et surtout, merci de m'avoir donné le plus beau des cadeaux au monde, notre petit trésor, Thomas.

Je t'aime.

### **A mon trésor adoré, Thomas**

Tu as fait de moi la plus heureuse des mamans au monde, tu es une merveille de bébé, nous avons  
tellement de chance de t'avoir, je suis comblée depuis que je t'ai tenu pour la toute première fois  
dans mes bras.

Ton papa et moi nous t'aimons de tout notre cœur,

Ne grandis pas trop vite s'il te plaît,

Ta maman qui t'aime.

### **A mes Parents**

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, votre dévouement pour vos enfants est remarquable, je m'en rends compte à chaque fois que je vous vois vous plier en quatre pour nous aider.

J'ai énormément de chance d'être votre fille, vous m'avez toujours soutenu, quelque soient mes décisions, mes choix, mes erreurs.

Un grand Merci tout spécialement à toi Maman, pour le temps passé à m'aider dans l'élaboration de cette thèse, à me donner ton point de vue, à envoyer toutes ces enveloppes, à relire mes textes, ton aide m'a été précieuse, je n'aurai pu l'envisager sans toi.

J'essaierai de faire de mon mieux pour rester quelqu'un de bien, c'est promis, pour toujours une Zorette.

Je vous aime.

### **A Robin**

Bon ça y'est, j'y suis ! Depuis le temps que tu me soutiens dans ces études, j'en vois enfin le bout !

Que dire de toi mon grand frère, tu as toujours pris soin de moi. Nous avons grandi ensemble et je suis tellement heureuse que l'on puisse à nouveau continuer à le faire sans être trop loin les uns des autres.

Tu as construit ta propre famille maintenant, une magnifique famille. Quand on est doué comme ça, il faut continuer ! :-)) Je t'aime.

A Perrine qui m'a toujours soutenue également, j'ai de la chance de t'avoir comme belle-sœur, merci pour ces jeux de mots incroyables dont toi seule a le secret.

Merci à vous 2 d'avoir fait un petit bonhomme aussi incroyable, Etienne, tata croit beaucoup en toi.

### **A Clara**

Ma sœurette, mon boubou, je suis tellement fière de la jeune femme que tu es devenue.

Ne te fixe aucune limite, je sais que tu iras très loin, je crois en toi.

Merci de m'avoir aidée pour ma thèse, ton avis me tenait à cœur et tes conseils ont été judicieux.

Je sais que tu feras de grandes choses dans ta vie, vas au bout de tes rêves, je serai toujours là pour toi, je t'aime sœurette.

## **A mes Grands-Parents**

A Pépé, Mémé, Mamie et Papi, merci pour tout l'amour que vous m'avez donné toutes ces années, votre soutien, nos repas de famille, les souvenirs.

A toi Papi, qui nous regarde de là-haut, j'ai une pensée émue pour toi.

Une pensée toute particulière pour toi **Mémé**.

Je te dédie cette thèse, tu en es à l'origine.

Ce travail s'inspire des mésaventures que tu as vécues. En étant de l'autre côté de la barrière, du côté de la famille, on ne voit pas les choses de la même manière. J'espère par ce travail mettre en lumière les progrès à faire dans ce domaine pour éviter à d'autres familles de vivre ce que nous avons vécu à tes côtés.

J'espérais tellement que tu puisses assister à cette thèse. Nous en parlions souvent.

Malheureusement, la vie en a décidé autrement. J'aurai bien évidemment une pensée émue pour toi ce jour-là. Repose en paix, je t'aime Mémé.

## **A ma famille**

Merci à vous tous pour nos moments passés ensemble, à partager les souvenirs heureux et les moins bons, à Guy, Sylvie, Domi, Walter, Magaly, Laure, Rémi, Aline, Margaux, Elliot, et aux cousins plus lointains, Hélène, Marion, Hubert, Vania, Guillaume et Julien, Fabienne, Agathe, Charlene, Fideline, Sébastien, Delphine, Lucas, les grands Oncles et Tantes, Odile, Christian, Alain, Joëlle, à mémère Odette, merci à vous.

## **A ma Belle-famille**

J'ai une belle-famille super et je vous remercie tous de m'avoir si bien accueilli dans votre famille. Jean-Noël, promis, un jour je vous rachèterai un leurre.

Claudine, merci pour votre bienveillance et pour l'amour que vous donnez à votre famille.

Sabrina et William, vous êtes des gens adorables, le cœur sur la main, je vous souhaite le meilleur. Embrassez fort Aidan et Nélío.

A tout le reste de la famille du sud, merci pour votre générosité et votre accueil si chaleureux.

## A mes amis

A Tatiana, Geoffrey, Anaïs, Gérard, Julie, Clément, Alexandra, Guillaume, Marianne, Pierre, Rémi, Ophélie, Antoine, Maxime, Solène, Mario, Joséphine, merci pour ces années de fac ensemble, ces soirées inoubliables, ces vacances de rêves, que de moments partagés gravés à tout jamais.

Merci Tatiana et Geoffrey d'avoir été présents pour moi dans les moments importants de ma vie, cela compte beaucoup à mes yeux, vous êtes des amis formidables et des parents géniaux.

Merci à toi Julie de m'avoir aidée à mettre au monde l'amour de notre vie.

La relève est assurée avec Hélios, Mélie et Joséphine. Hâte de voir ces petits loups là évoluer tous ensemble.

Je vous souhaite à tous le bonheur, merci d'avoir été présents toutes ces années.

A Mathilde, Cyril, Marion, Olivier, Camille, Arnaud, merci pour ces belles soirées ensemble, avec encore d'autres à venir et de beaux événements à fêter !

Mathilde, tu auras toujours cette place si particulière dans mon cœur, tu étais là quand j'ai découvert que j'attendais Thomas, le hasard fait parfois bien les choses, merci pour ces moments passés ensemble, les stages parfois difficiles, nous avons été le roc l'une de l'autre à tour de rôle, merci ! Embrasse fort Basile pour moi.

A Louise, à ton tour maintenant d'attendre un heureux événement, le plus magnifique des voyages, très heureuse pour toi, je te souhaite le meilleur dans ta vie.

A Mathilde, mon amie d'enfance. Que de souvenirs avec toi, j'en ai tellement que je ne saurais en choisir un. Que de rigolades aussi ! Tu me fais l'honneur d'être marraine de ta fille, Louise, merci pour tous ces moments, passés et à venir. A très bientôt, des bisous à ma filleule !

A Juliette, les années passent et ne se ressemblent pas. Maintenant tu as fondé une jolie famille, Artémis et Anatole sont adorables. Toujours un mot gentil, une pensée pour moi et ma famille.

Merci à toi, à Christine, à Nicole et Pierre.

### **A mes co-internes**

A ceux qui ont croisé ma route en stage, j'ai partagé avec vous des étapes essentielles de ma formation, des moments de doute, des moments de tristesse, mais aussi de bonheur, de rires. Merci à vous.

### **Aux professionnels de santé**

Merci aux médecins généralistes qui m'ont accompagnée dans mon cursus universitaire, Docteur Passet, Docteur Leriche, Docteur Trancart, Docteur Barraud, Docteur Desmet, Docteur Ruffin, Docteur Fricoteaux, ce fût une richesse immense d'apprendre à vos côtés.

A Olivier Duprez, notre médecin de famille et ami, merci de m'avoir soutenue dès mes débuts en faculté, je n'oublierai jamais de qui j'ai reçu mon premier stéthoscope.

Merci à l'équipe de Guiscard où j'ai fait mes tous premiers remplacements, vous étiez un peu comme une famille, je me sentais tellement bien avec vous, à très vite Manu, Véro, Aurélie, bisous à vos familles respectives.

Merci aux médecins que je remplace actuellement Docteur Vanoverschelde, Docteur Dewavrin et Docteur Caron, c'est toujours un plaisir de travailler avec vous, merci de me faire confiance.

Au cabinet médical de Mers-les-Bains, ma nouvelle vie en bord de mer s'est faite avec vous, vous m'avez accueillie les bras ouverts, merci à Stéphane, Richard, Loïc, Claire, Laurène, Xavier, Marylène, Bénédicte, Florence, Laura, Cindy, Emilie et Sabine pour votre gentillesse.

---

## LISTE DES ABREVIATIONS

---

APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie  
APL : Accessibilité potentielle localisée  
ARS : Agence Régionale de Santé  
CDOM : Conseil de l'Ordre des Médecins  
CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination  
CNO : Compléments Nutritionnels Oraux  
CRP : Protéine C réactive  
DREES : direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
GIR : Groupe Iso Ressource  
HAD : Hospitalisation à Domicile  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers  
IMC : Indice de Masse Corporelle  
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques  
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé  
MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer  
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire  
PERSE : Prévention, Education, Recherche et Soins Escarres  
SEP : Sclérose en Plaque

---

# TABLE DES MATIERES

---

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>2</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>19</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>20</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>22</b>
<b>MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>26</b>
<b>1. TYPE D'ÉTUDE.....</b>	<b>26</b>
<b>2. CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION.....</b>	<b>26</b>
a. CRITÈRES D'INCLUSION.....	26
b. CRITÈRE D'EXCLUSION.....	26
<b>3. RECUEIL DES DONNÉES.....</b>	<b>26</b>
<b>4. TRAITEMENT DES DONNÉES.....</b>	<b>27</b>
<b>RESULTATS.....</b>	<b>28</b>
<b>1. POPULATION ETUDIEE.....</b>	<b>28</b>
<b>2. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES.....</b>	<b>28</b>
a. Sexe des Médecins répondants.....	28
b. Tranches d'âges des Médecins répondants.....	28
c. Mode d'exercice des Médecins répondants.....	29
d. Nombre de visites à domicile par semaine des Médecins répondants.....	30
<b>3. CONNAISSANCE DES CRITERES ET DES MESURES DE PREVENTION DES ESCARRES.....</b>	<b>31</b>
a. Connaissance des facteurs de risque.....	31
b. Connaissance des critères évoquant une dénutrition.....	32
c. Connaissance du délai de survenue d'une escarre.....	33
d. Connaissance des échelles d'évaluation du niveau de risque d'escarre.....	35
<b>4. MESURES PREVENTIVES PRISES EN PRATIQUE.....</b>	<b>37</b>
a. Mesures préventives de la dénutrition.....	37

b.	Utilisation des échelles de prévention.....	37
c.	Délai de mise en œuvre des mesures préventives .....	40
d.	Choix du matériel de prévention .....	41
e.	Intervenants sollicités dans le cadre de la prévention des escarres.....	44
<b>5.</b>	<b>FREINS POTENTIELS A LA PREVENTION SELON LES MEDECINS REpondANTS .....</b>	<b>45</b>
	<b><i>DISCUSSION .....</i></b>	<b><i>46</i></b>
<b>1.</b>	<b>LIMITES DE L'ETUDE .....</b>	<b>46</b>
<b>2.</b>	<b>POPULATION ETUDIEE .....</b>	<b>46</b>
<b>3.</b>	<b>CONNAISSANCES GENERALES SUR LES ESCARRES .....</b>	<b>48</b>
<b>4.</b>	<b>CONNAISSANCES ET PREVENTION DE LA DENUTRITION .....</b>	<b>49</b>
<b>5.</b>	<b>LES ECHELLES D'EVALUATION DU NIVEAU DE RISQUE D'ESCARRES .....</b>	<b>53</b>
<b>6.</b>	<b>MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DES MESURES PREVENTIVES .....</b>	<b>55</b>
<b>7.</b>	<b>LES FREINS A LA PREVENTION .....</b>	<b>58</b>
	<b><i>CONCLUSION .....</i></b>	<b><i>62</i></b>
	<b><i>BIBLIOGRAPHIE.....</i></b>	<b><i>64</i></b>
	<b><i>ANNEXES .....</i></b>	<b><i>68</i></b>
<b>1.</b>	<b>Annexe 1 : Auto-questionnaire envoyé .....</b>	<b>68</b>
<b>2.</b>	<b>Annexe 2 : Les échelles de prévention.....</b>	<b>71</b>
<b>3.</b>	<b>Annexe 3 : Grille AGGIR .....</b>	<b>73</b>

---

## INTRODUCTION

---

Les escarres, également appelées ulcères de pression ou ulcères de décubitus, sont la résultante d'une nécrose (ischémie) provoquée par la compression ou le cisaillement des tissus mous entre 2 plans durs [1].

Une pression écrase les vaisseaux sanguins et engendre une hypoxie tissulaire (carence d'apport d'oxygène aux tissus) ce qui entraîne leur dépérissement irrémédiable.

Le cisaillement correspond à la conjonction de 2 forces de surfaces opposées parallèles à la peau, ce qui entraîne des tensions ou des lésions au niveau des capillaires sanguins. Ces forces résultent du frottement de la peau et des plans profonds lorsque le patient glisse sur un support [2].

Les localisations les plus fréquentes sont le sacrum (40%) et les talons (40%), les autres localisations les plus fréquentes sont les ischions, le trochanter et l'occiput en pédiatrie.

Les facteurs de risque des escarres sont corrélés à tout ce qui va altérer la mobilité du patient, son activité, ses perceptions sensorielles, son état nutritionnel et la pression artériolaire, ou tout ce qui va majorer en un point précis la pression, la macération, la friction, le cisaillement. L'âge est également un facteur de risque. [1]

On retrouve parmi ces facteurs de risque toutes les pathologies qui intègrent : [3]

- Une immobilité, que ce soit lié à un trouble de conscience (troubles cognitifs, iatrogénie médicamenteuse) ou à des troubles moteurs (hémiplégie, paraplégie, blessés médullaires, sclérose en plaque (SEP), immobilisation post-opératoire ou traumatique),
- Une altération de l'état nutritionnel, soit une dénutrition ou une malnutrition (obésité),
- La fragilité de la peau (personnes âgées),
- La macération par incontinence urinaire et fécale,
- Les troubles neuropathiques avec perte de sensibilité et incapacité à changer de position (diabétique, neuropathies périphériques),
- L'état psychologique et le manque de motivation à participer aux soins (dépression),
- L'âge.

Il existe 4 stades de développement d'une escarre : [3]

- Le stade 1 correspond à un érythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine.
- Le stade 2 est une atteinte partielle de la peau ou phlyctène.
- Le stade 3 est une perte complète de tissu cutané (tissu graisseux visible).
- Le stade 4 est une perte tissulaire complète (muscle/os visibles), ce stade est irréversible.

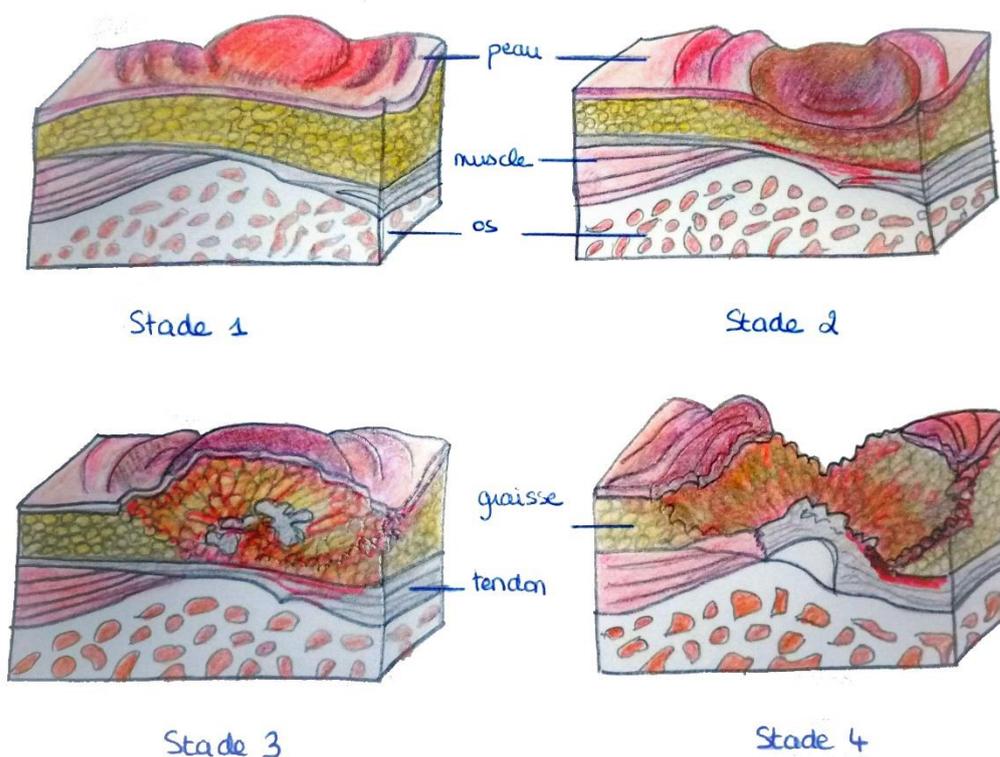


Figure 1: Différents stades cliniques d'escarres

L'incidence des escarres varie considérablement selon le milieu clinique. Dans les hôpitaux, elle oscille entre 0,4% à 38%, tandis que pour les soins de longue durée elle varie de 2,2% à 23,9% et de 0% à 17% pour les soins à domicile. En moyenne, elle est estimée à 4,3 % [4].

En France, la prévalence moyenne des escarres chez les patients hospitalisés est de 8,6% [5]. A domicile, la prévalence de l'escarre chez les patients de plus de 65 ans peut être estimée dans une fourchette comprise entre 70.000 (0,75 %) et 112.000 (1,2 %) personnes, la prévalence des situations à risque d'escarre quant à elle pourrait être chiffrée entre 420.000 et 790.000 personnes [6].

Le pic de fréquence se situe aux alentours de 80 ans ( $\pm 12,4$  ans) [7].

Les escarres représentent un enjeu sanitaire et économique important, leur morbi-mortalité est élevée ainsi que leur coût, 693 millions d'euros en soins de ville (hors transport et hospitalisation) selon l'assurance maladie en 2011 pour les escarres soignées à domicile [5] ;

Le coût moyen du traitement d'une escarre quant à lui est de 15 200 euros (7 620 à 76 220 euros en fonction de son importance) [8]. A cela s'ajoute le fait que le traitement d'une escarre de stade 4 coûte dix fois plus cher que celui d'un stade 1 [9].

L'hospitalisation d'un patient porteur d'escarre coûte 2,5 fois plus qu'un patient sans escarre, sans compter que cela augmente sa durée d'hospitalisation (30 jours en moyenne contre 13), qu'il fait plus de complications et d'infections nosocomiales [10].

Il existe des échelles prédictives du risque de survenue d'escarres, les plus connues sont l'échelle de Braden, l'échelle de Norton et l'échelle de Waterlow (Annexe 2). Même si le jugement clinique reste un bon prédictif de la survenue d'escarres, l'élaboration et l'utilisation d'un outil commun d'évaluation du risque permettent la sensibilisation et la mobilisation de l'équipe soignante. Il n'y a pas de consensus quant à la fréquence des évaluations, mais il est recommandé de procéder à une nouvelle évaluation à chaque changement d'état du patient [9].

En fonction du niveau de risque établi, il est ensuite nécessaire d'adapter des mesures préventives en fonction du patient, que ce soit du matériel adapté afin d'encourager son autonomie ou de faciliter ses mobilisations (type matelas anti-escarres, coussins anti-escarres, lit médicalisé, fauteuil médicalisé, cadre de WC, lève-malade, déambulateur), ou alors la correction d'une dénutrition ou d'une malnutrition (livraison de repas par la mairie, diététicienne, compléments alimentaires hyperprotidiques-hypercaloriques), ainsi que la mise en place d'aides financières ou humaines (kinésithérapeute, ergothérapeute, Allocation Personnalisée à l'Autonomie - APA, passage d'auxiliaire de vie, d'infirmière, d'une aide-ménagère) [11].

La prévention des escarres représente un véritable enjeu de santé publique, raison pour laquelle nous nous sommes demandés comment l'optimiser au travers du reflet des pratiques et des connaissances des médecins généralistes Picards.

L'objectif principal de cette étude est de définir les connaissances et les critères sur lesquels se basent les médecins généralistes Picards pour prévenir la formation d'escarres.

Les objectifs secondaires sont d'observer les mesures préventives prises en pratique et d'établir les freins potentiels à la prévention des escarres.

---

## MATERIEL ET METHODES

---

### 1. TYPE D'ÉTUDE

Il s'agissait d'une étude descriptive quantitative, réalisée auprès des médecins généralistes exerçant sur le territoire de Picardie dans les Hauts-de-France (départements Somme, Aisne et Oise).

### 2. CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

#### *a. CRITÈRES D'INCLUSION*

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient :

- Être médecin généraliste installé
- Exercer dans les départements de l'Aisne, de l'Oise ou de la Somme.

#### *b. CRITÈRE D'EXCLUSION*

Le seul critère d'exclusion était celui d'exercer hors de la Picardie.

### 3. RECUEIL DES DONNÉES

Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire à choix multiple (Annexe 1) transmis aux médecins généralistes picards de façon aléatoire par voie postale, par l'intermédiaire de l'annuaire des médecins généralistes du conseil de l'ordre des médecins.

500 questionnaires ont ainsi pu être envoyés par ce biais.

Les données ont été recueillies du 1er novembre au 31 décembre 2019, soit un délai de deux mois. Il n'a pas été effectué de relance devant l'obtention d'un taux de participation semblable à ceux obtenus dans la littérature pour ce type d'enquête (31,2%).

Le questionnaire était composé de 15 questions dont 3 avec possibilité de réponse ouverte.

Il comprenait quatre parties :

- Etablissement des critères sociodémographiques des médecins généralistes Picards afin de mettre en lumière l'influence potentielle de certains critères sur les pratiques de prévention ;
- Etat des lieux des connaissances des médecins répondants sur la prévention des escarres ;
- Etat des lieux des pratiques concernant les mesures préventives prises par les médecins répondants ;
- Freins potentiels à la prévention selon les médecins répondants afin de donner des pistes d'amélioration.

Aucune question n'était obligatoire et les réponses étaient anonymes.

#### 4. TRAITEMENT DES DONNÉES

Le classement des données a été établi dans un tableau à l'aide du logiciel Excel.

Elles ont fait l'objet, dans un premier temps, d'analyses descriptives. Les résultats étaient présentés en pourcentage et en nombre.

Secondairement, nous avons réalisé des analyses comparatives univariées, par croisement de certaines variables, afin d'étudier les liens qui pouvaient exister entre elles.

Les données ont été rassemblées dans des tableaux de contingence puis nous avons procédé au test statistique du Chi-Deux de Pearson ou au test exact de Fisher lorsqu'il existait de petits effectifs ( $n < 5$ ).

Le risque alpha a été fixé à 5% et la significativité des résultats était retenue lorsque  $p \leq 0,05$ .

---

# RESULTATS

---

## 1. POPULATION ETUDIEE

161 questionnaires ont été recueillis. Parmi les médecins répondants, 5 ont été exclus car n'étaient plus en activité. 156 questionnaires ont donc finalement été retenus, soit un taux de réponse de 31,2%, comparable aux études de ce genre.

## 2. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

### a. Sexe des Médecins répondants

Nous avons obtenu des réponses composées de 33% (n= 52) de médecins femmes et de 67% (n=104) de médecins hommes, ce qui représentait un sex-ratio de 2.

### b. Tranches d'âges des Médecins répondants

Les médecins de moins de 40 ans étaient 6, soit 4% du nombre total de médecins, ceux entre 41 et 54 ans étaient 60, soit 38% de l'effectif total, et ceux de plus de 55 ans étaient 90, soit 58% de l'effectif total. L'échantillon de médecins de moins de 40 ans étant peu représentatif et la moyenne d'âge des médecins généralistes en France étant de 54 ans, les deux populations de moins de 40 ans et entre 41 et 54 ans ont été regroupé.

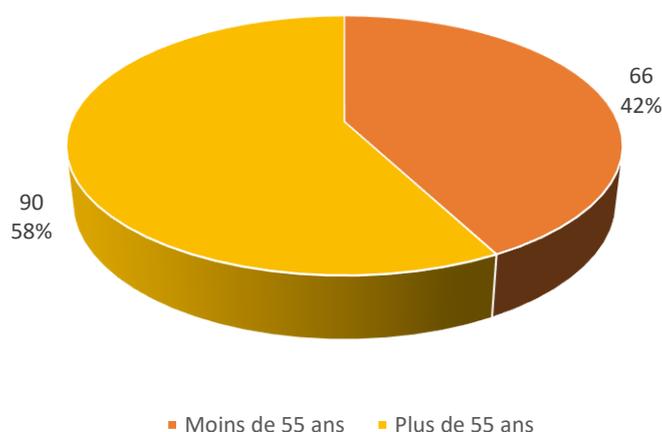


Figure 2: Répartition des deux tranches d'âges des médecins généralistes répondants

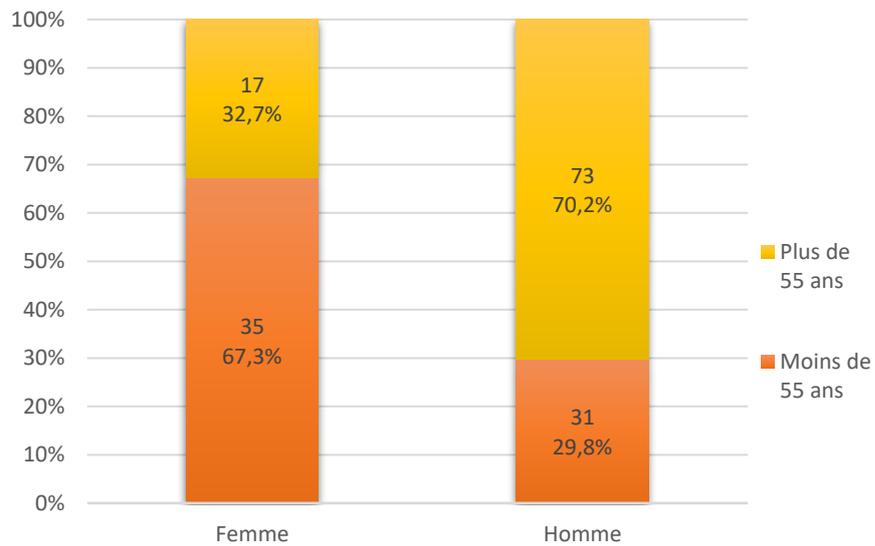


Figure 3: Répartition des âges en fonction du sexe des médecins répondants

c. Mode d'exercice des Médecins répondants

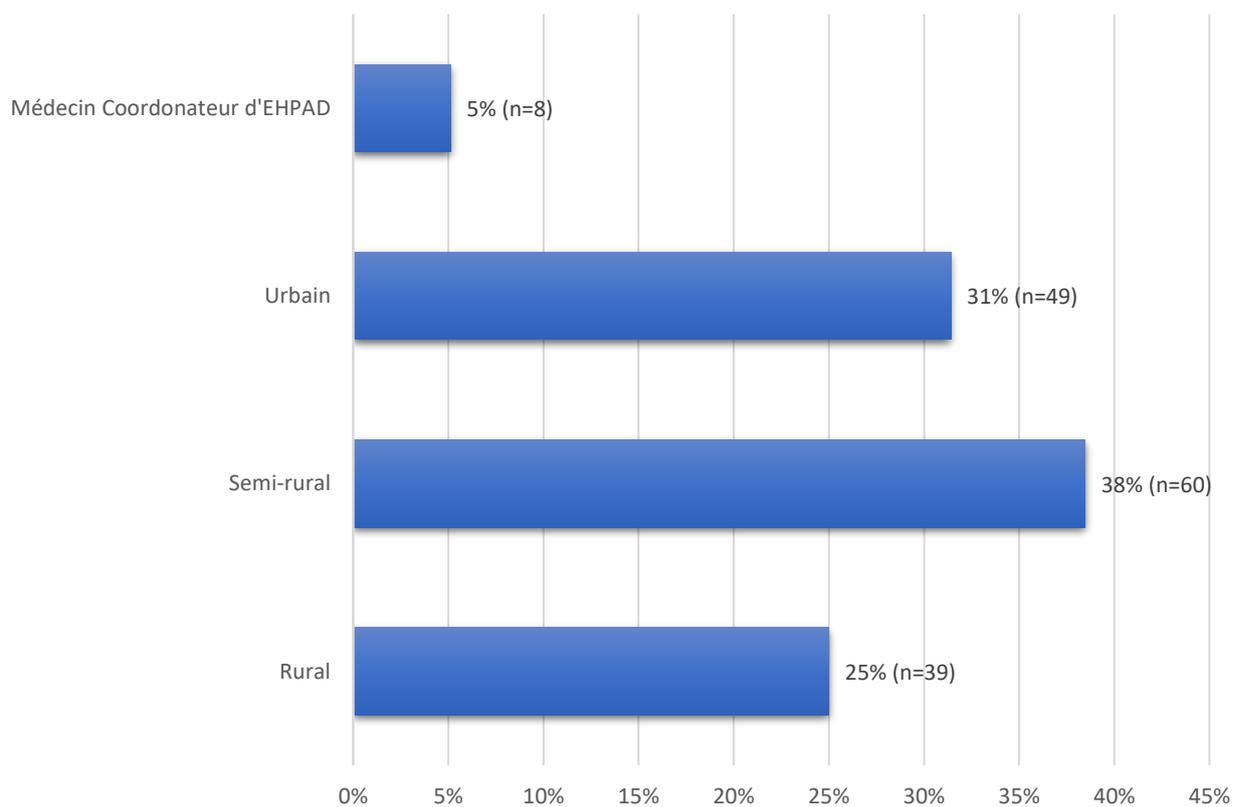


Figure 4: Mode d'exercice des médecins répondants

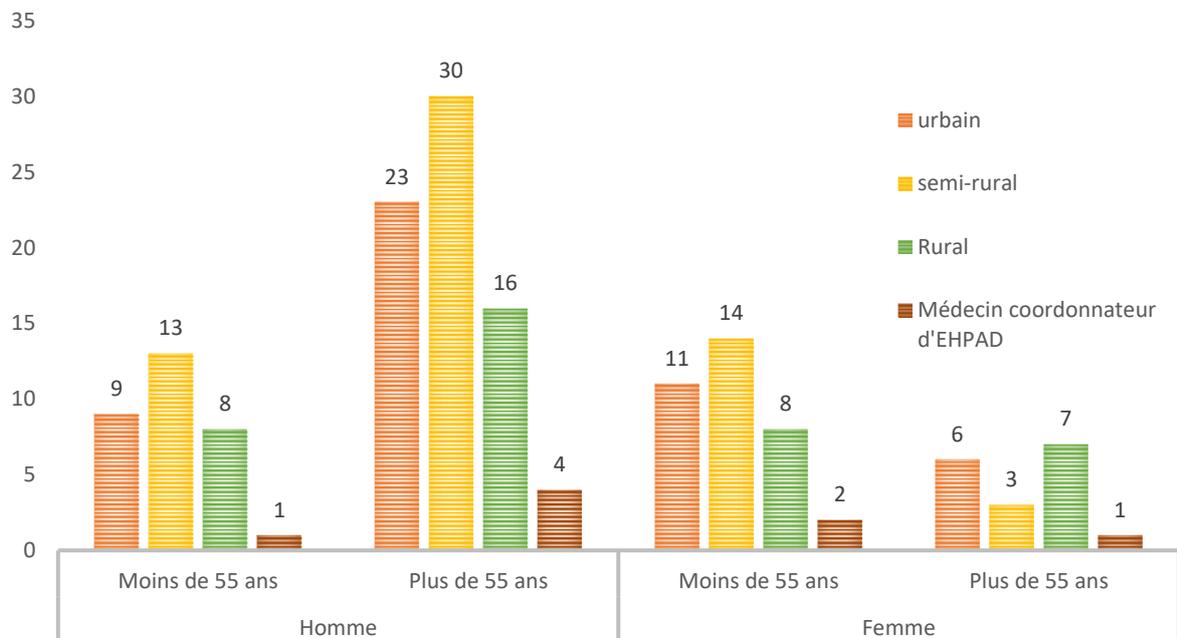


Figure 5: Répartition du mode d'exercice en fonction du sexe et de l'âge des médecins répondants

d. Nombre de visites à domicile par semaine des Médecins répondants

La majorité des praticiens en réalisaient entre 6 et 20 par semaine.

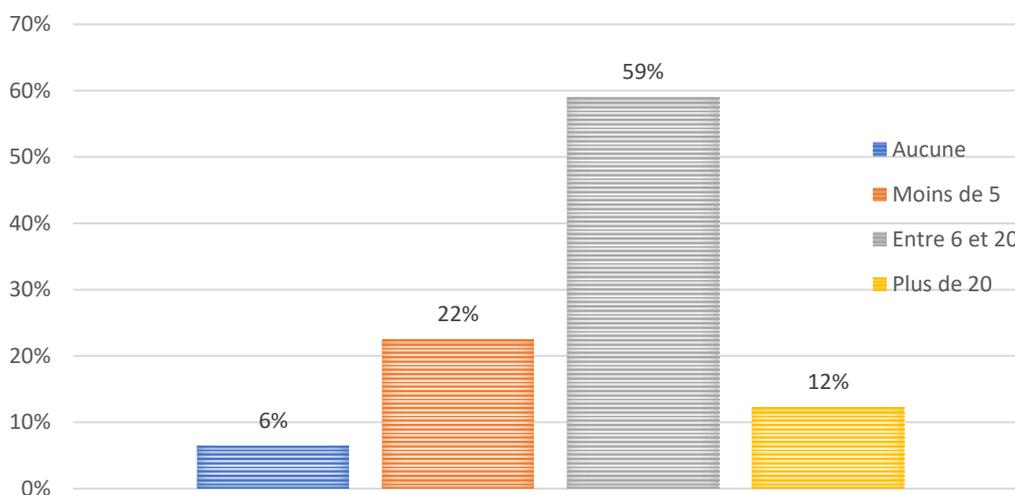


Figure 6: Nombre de visites à domicile par semaine

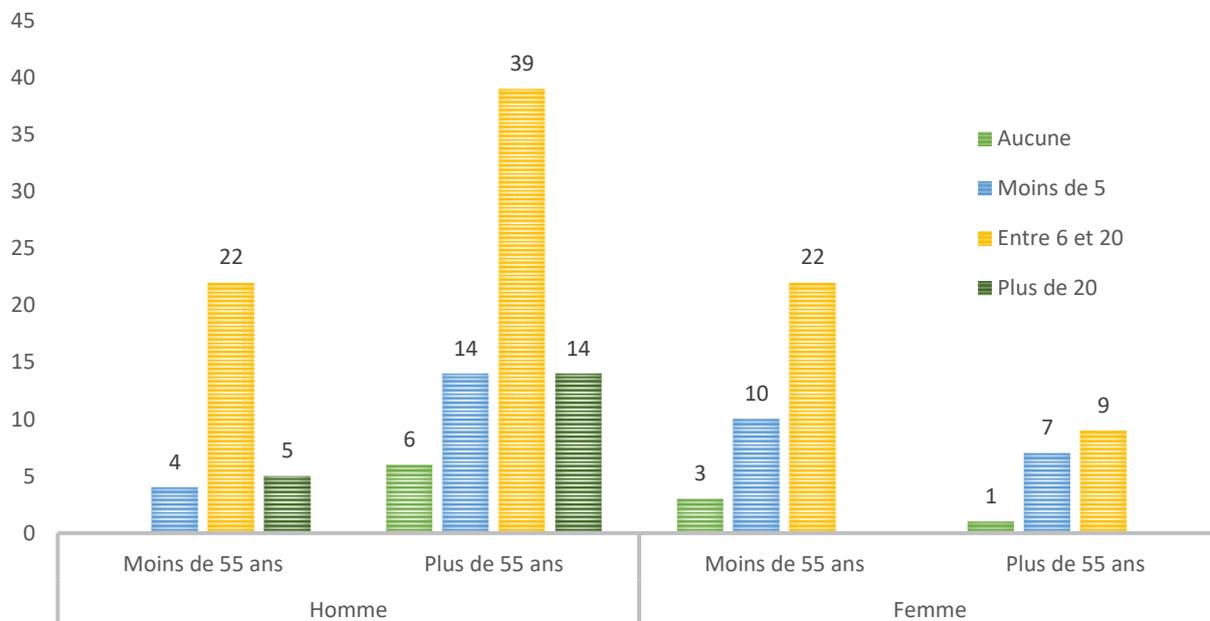


Figure 7: Répartition du nombre de visites à domicile par semaine en fonction du sexe et de l'âge des médecins répondants

### 3. CONNAISSANCE DES CRITERES ET DES MESURES DE PREVENTION DES ESCARRES

#### a. Connaissance des facteurs de risque

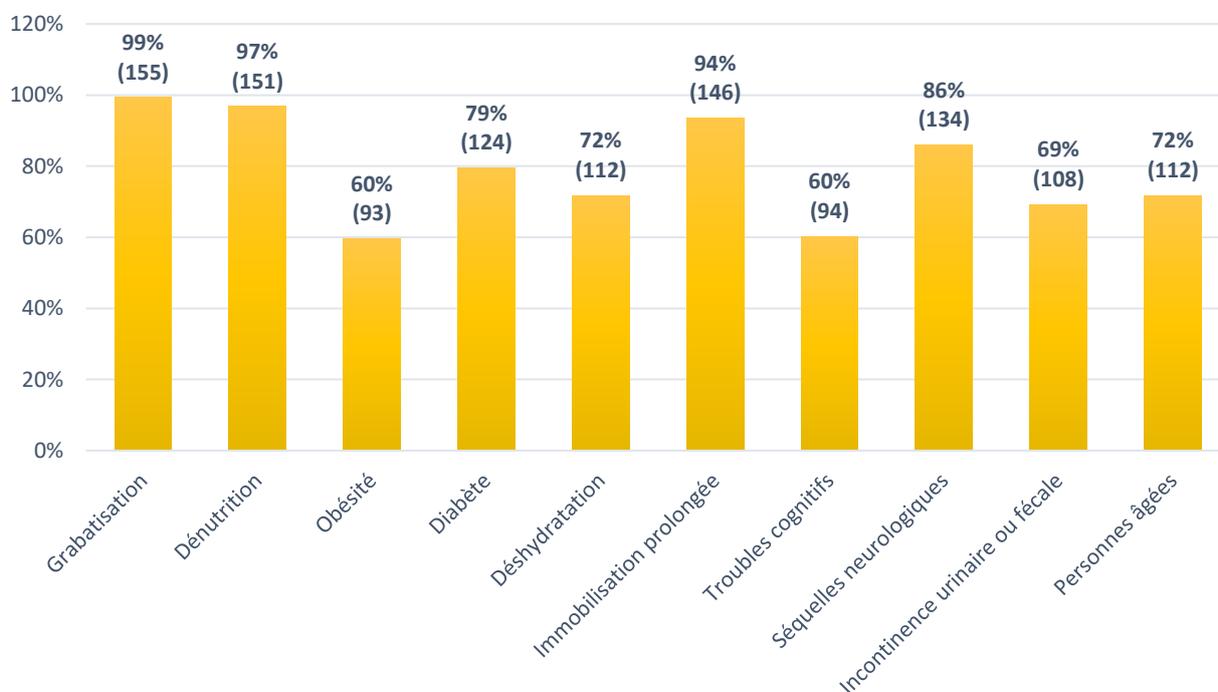


Figure 8: Connaissance des facteurs de risque d'escarres par les médecins répondants

*b. Connaissance des critères évoquant une dénutrition*

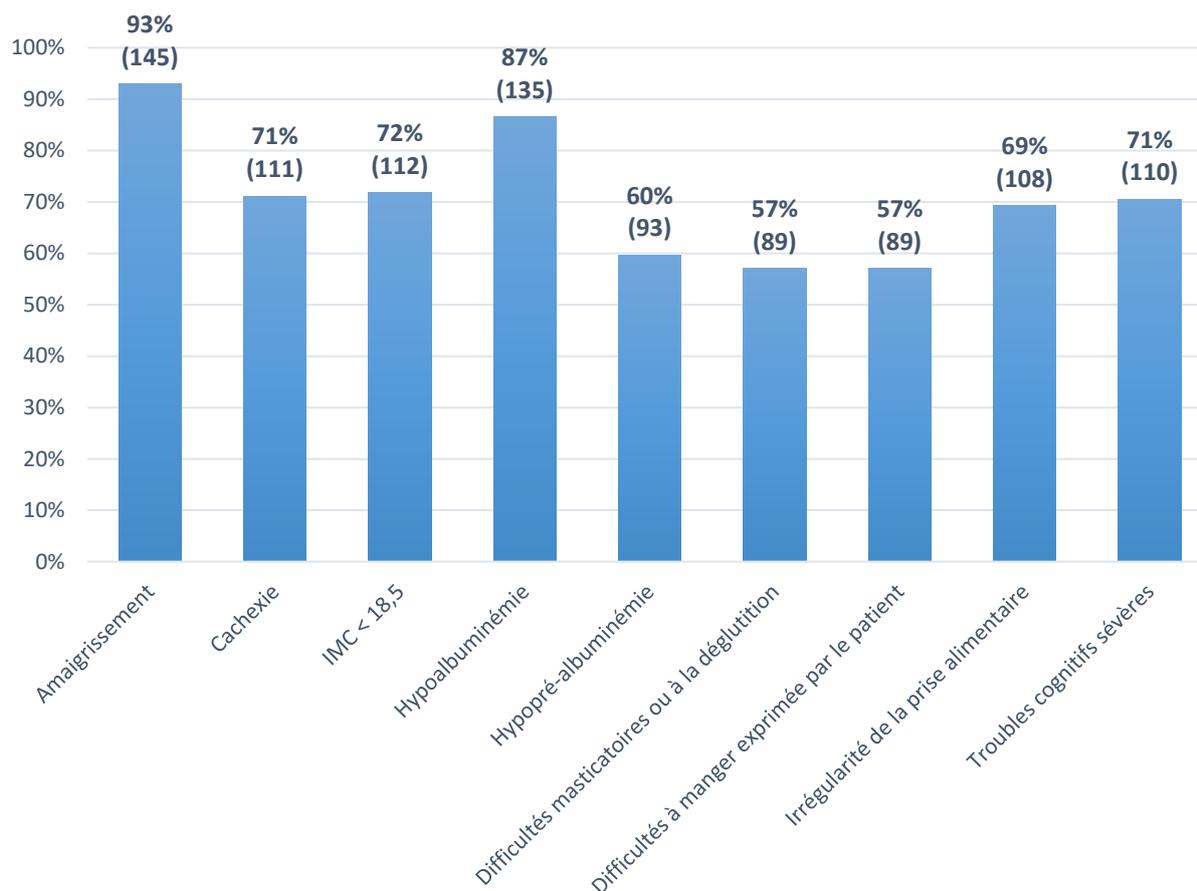


Figure 9: Critères utilisés pour dépister une dénutrition par les médecins répondants

Parmi les données anthropométriques les plus citées, l'amaigrissement et l'indice de masse corporelle (IMC) <18,5 n'étaient significativement pas corrélés à l'âge des médecins (respectivement  $p=0,12$  et  $p=0,35$ ).

En ce qui concerne les données biologiques, l'albuminémie était la plus citée mais il n'y avait pas de prédominance de réponses selon l'âge des médecins ( $p=0,96$ ), ni concernant l'hypo pré-albuminémie ( $p=0,23$ ).

c. Connaissance du délai de survenue d'une escarre

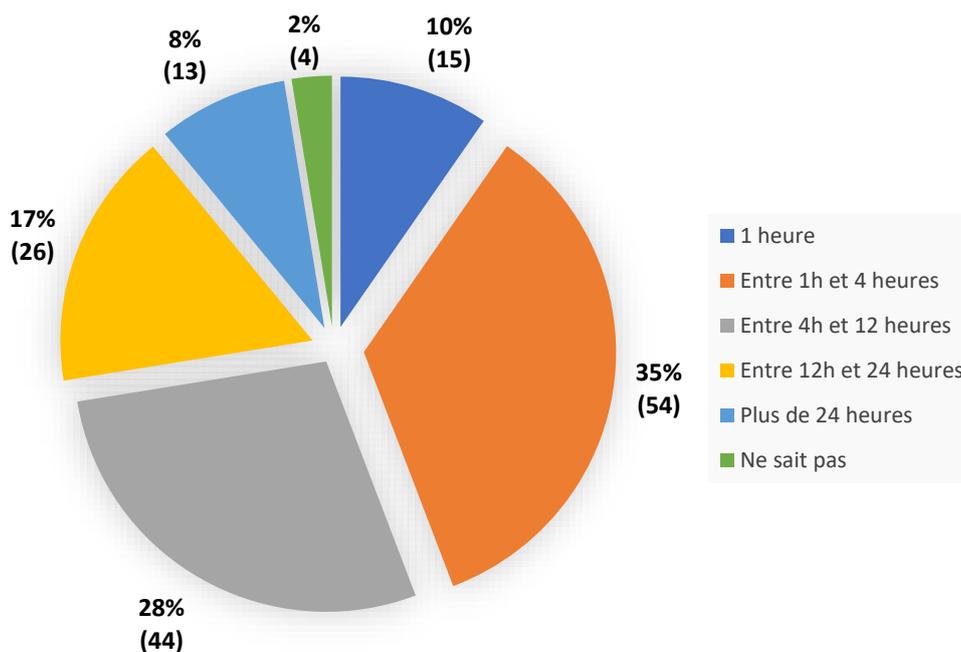


Figure 10: Temps de constitution d'une escarre suite à un appui prolongé selon les Médecins répondants

98 médecins (63%) avaient donné la fourchette la plus proche de la réalité (entre 1h et 12 heures).

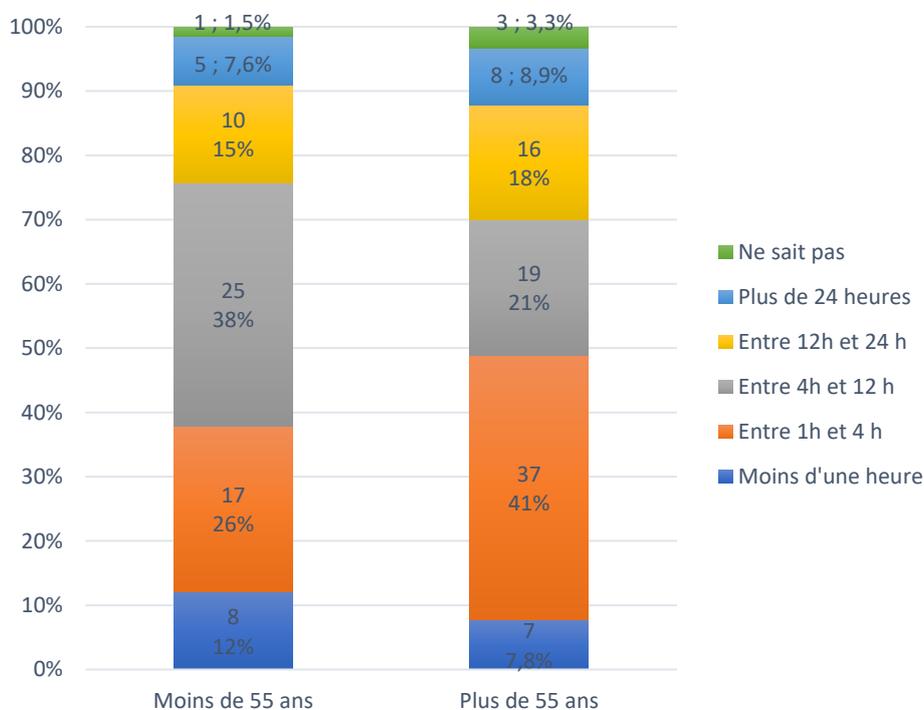


Figure 11: Estimations du délai de constitution d'une escarre en fonction de l'âge des médecins répondants

Les médecins de moins de 55 ans étaient 64% à estimer qu'une escarre survenait entre 1 heure et 12 heures contre 62% des plus de 55 ans ( $p=0,16$ ).

69% (soit 37 médecins sur 156) de ceux qui avaient répondu entre 1 heure et 4 heures avaient plus de 55 ans.

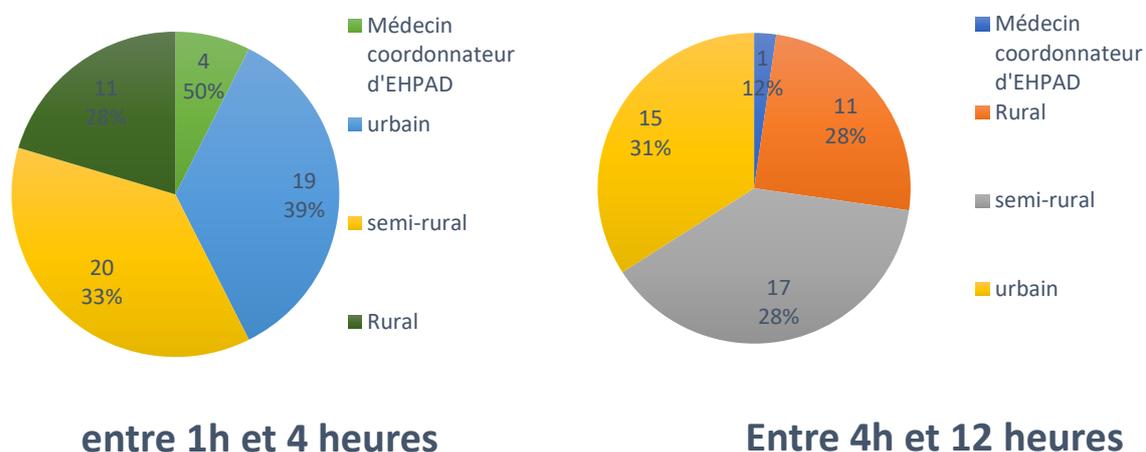


Figure 12: Estimation du délai de constitution d'une escarre en fonction du mode d'exercice et pourcentage de chaque catégorie

Les estimations du délai de survenue d'escarres n'étaient pas significativement différentes selon les modes d'exercices ( $p=1$ ) ni selon le nombre de visites à domicile par semaine ( $p=1$ ).

d. Connaissance des échelles d'évaluation du niveau de risque d'escarre

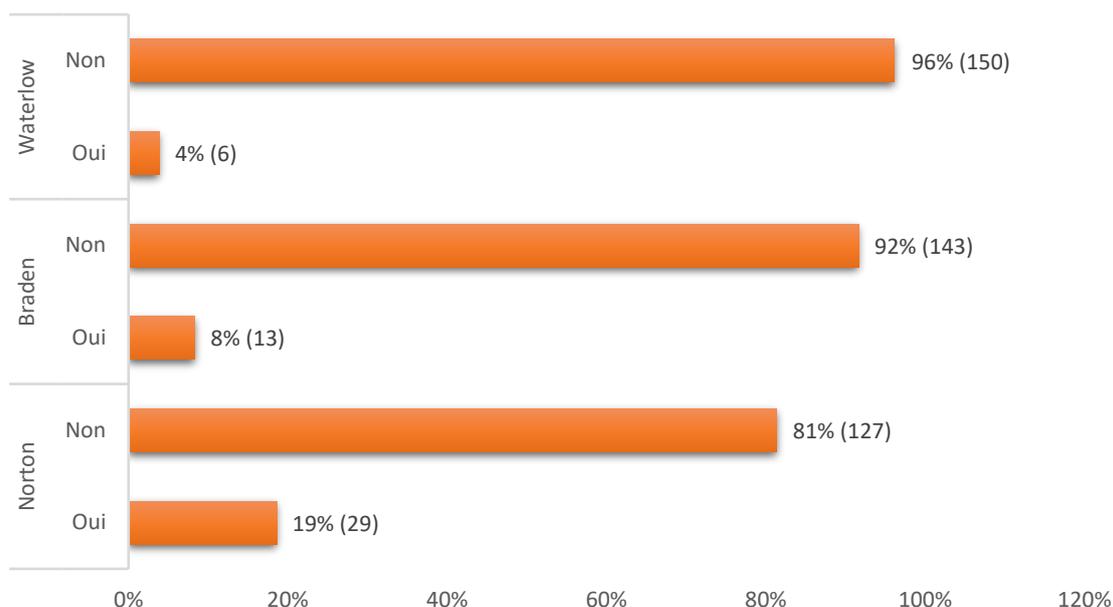


Figure 13: Connaissance des outils d'aide à l'évaluation du risque d'escarre

Sur ces 3 échelles d'évaluation du niveau de risque d'escarres, 33 médecins (21%) seulement en connaissaient au minimum une des trois.

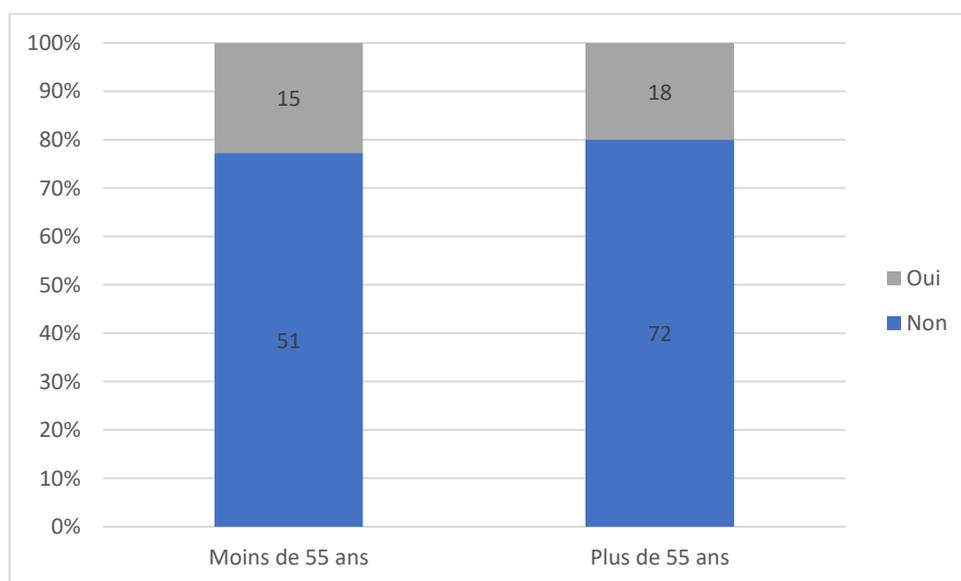


Figure 14: Connaissance d'une des 3 échelles en fonction des tranches d'âges des médecins répondants

Une des 3 échelles de prévention était connue pour 23% des médecins de moins de 55 ans, contre 20% des médecins de plus de 55 ans ( $p=0,68$ ).

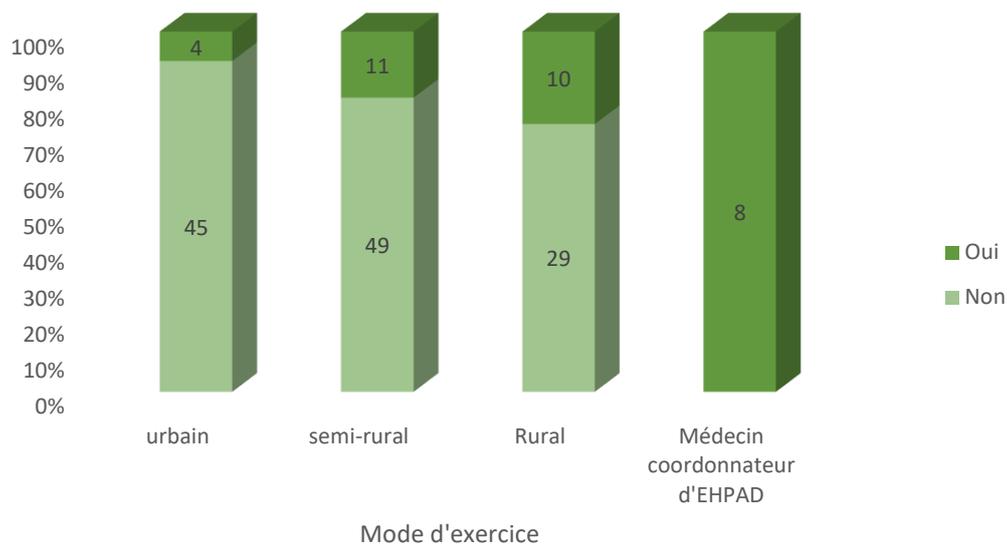


Figure 15: Connaissance d'une des 3 échelles en fonction du mode d'exercice des médecins répondants

Seulement 8,2% des médecins exerçant en zone urbaine connaissaient une des 3 échelles, alors que 18% de ceux exerçant en zone semi-rurale, 26% de ceux en rural et 100% des médecins coordonnateurs d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en connaissaient au moins une ( $p < 0,001$ ).

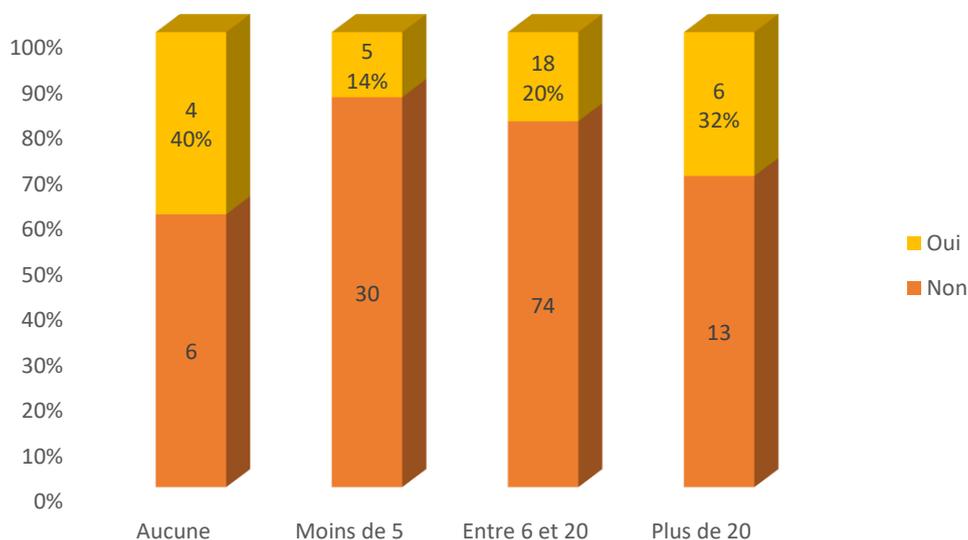


Figure 16: Connaissance d'une des 3 échelles en fonction du nombre de visites à domicile par semaine des médecins répondants

Hormis les 10 médecins qui ne font aucune visite à domicile et qui étaient 40% à connaître une des 3 échelles, on remarquait que plus les médecins faisaient de visite et plus ils étaient nombreux dans leur catégorie à en connaître au minimum une des 3 ( $p=0,2$ ).

#### 4. MESURES PREVENTIVES PRISES EN PRATIQUE

##### a. Mesures préventives de la dénutrition

92% des médecins affirmaient corriger de façon systématique une dénutrition chez leurs patients.

92% des moins de 55 ans corrigeaient systématiquement une dénutrition contre 91% des plus de 55 ans ( $p=0,77$ ).

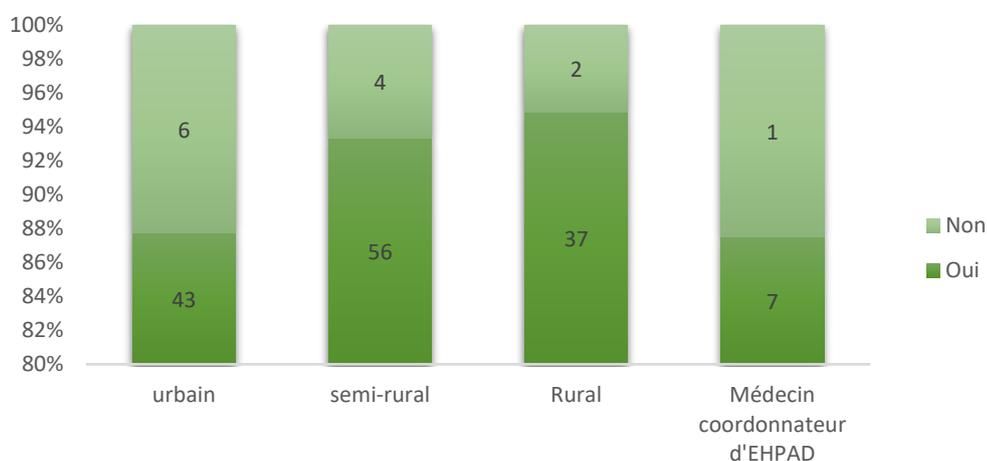


Figure 17: Correction systématique d'une dénutrition selon le mode d'exercice des médecins répondants

Le mode d'exercice retrouvait quelques différences, notamment ceux exerçant en milieu urbain qui n'en corrigeaient que pour 88% d'entre eux, 93% des médecins de zone semi-rurale, 95% en zone rurale et 88% des médecins coordonnateurs d'EHPAD ( $p=0,53$ ).

Il n'y avait aucune différence en fonction du nombre de visites à domicile ( $p=1$ ).

##### b. Utilisation des échelles de prévention

Pour rappel, sur les 3 échelles d'évaluation du niveau de risque d'escarres, seulement 33 médecins (21%) en connaissaient au minimum une.

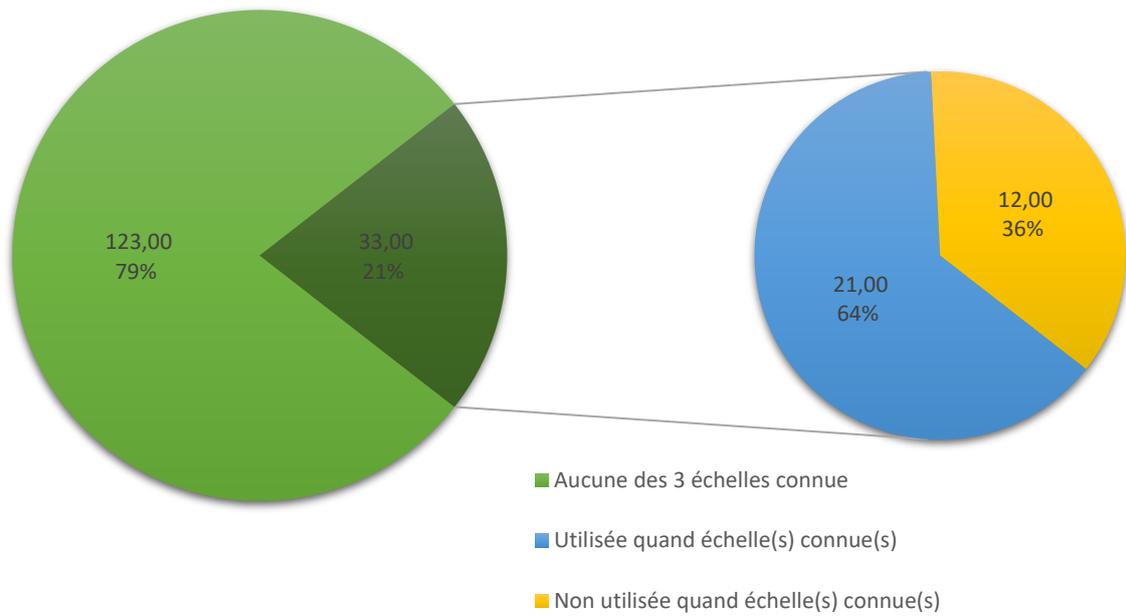


Figure 18: Pourcentage d'utilisation des échelles lorsqu'une d'entre elle est connue par les médecins répondants

Sur ces 33 médecins, seulement 64% l'utilisaient comme support pour adapter les aides nécessaires au patient ( $p < 0,001$ ).

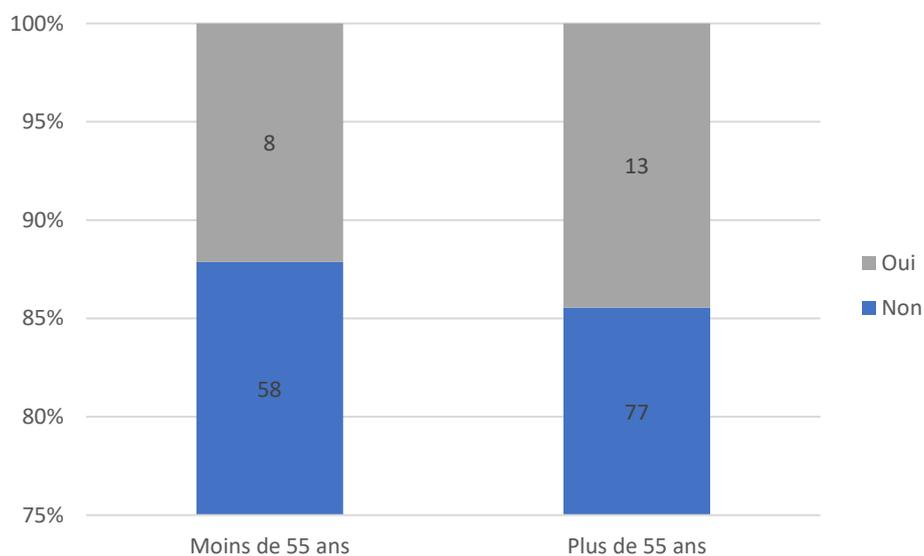


Figure 19: Utilisation d'une des 3 échelles en fonction de l'âge des médecins répondants

12% des médecins de moins de 55 ans utilisaient une des échelles dans leur pratique contre 14% des plus de 55 ans ( $p = 0,67$ ).

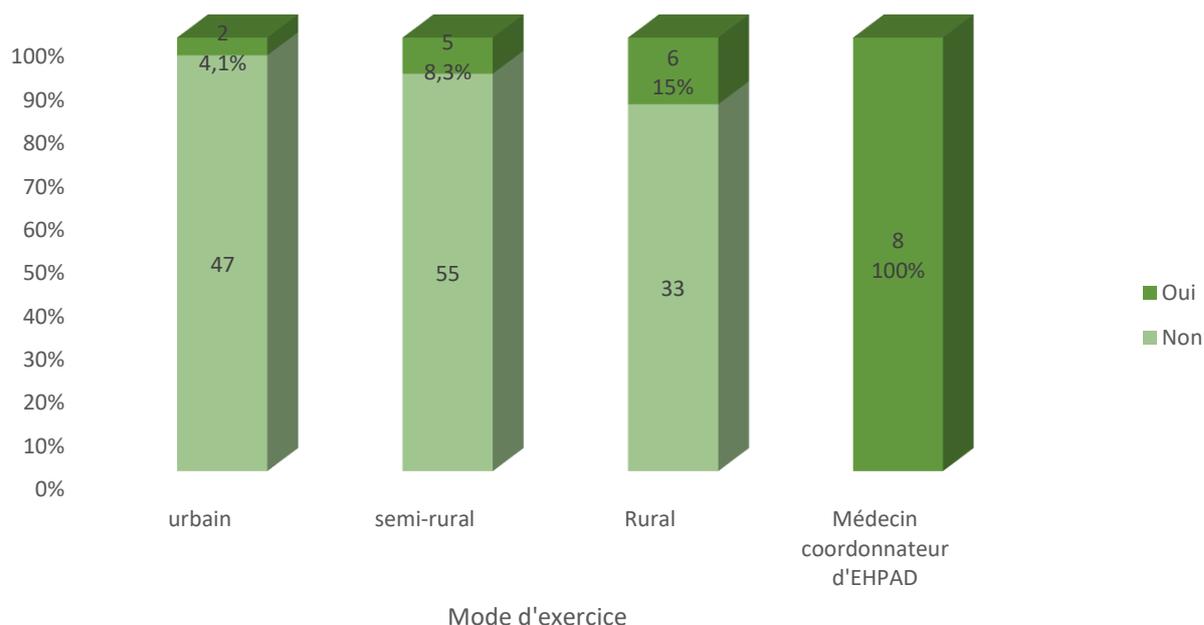


Figure 20: Utilisation d'une des 3 échelles en fonction du mode d'exercice des médecins répondants

On notait une différence significative en fonction du mode d'exercice des médecins répondants, ceux qui utilisaient le plus ces échelles se situaient en zone semi-rurale ou rurale. La totalité des médecins coordonnateurs d'EHPAD les utilisaient ( $p < 0,001$ ).

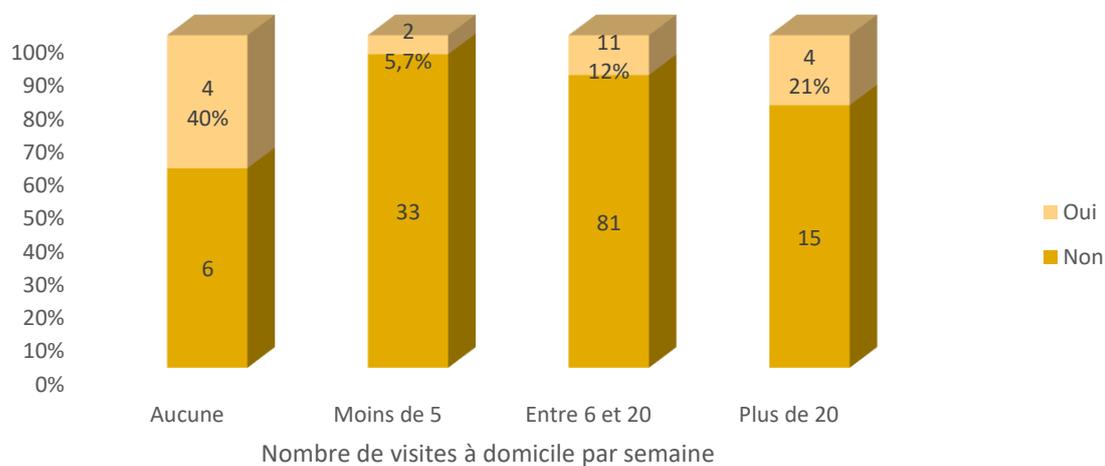


Figure 21: Utilisation d'une des 3 échelles en fonction du nombre de visites à domicile par semaine des médecins répondants

Les médecins ne réalisant aucune visite à domicile étaient plutôt nombreux à utiliser une des 3 échelles en comparaison des autres sous-catégories. On remarquait cependant que plus les

médecins réalisaient de visites à domicile, plus l'utilisation des échelles était fréquente ( $p=0,035$ ).

c. Délai de mise en œuvre des mesures préventives

Nous avons également voulu observer à quel moment les médecins Picards mettaient en œuvre les mesures préventives chez leurs patients à risque d'appui prolongé.

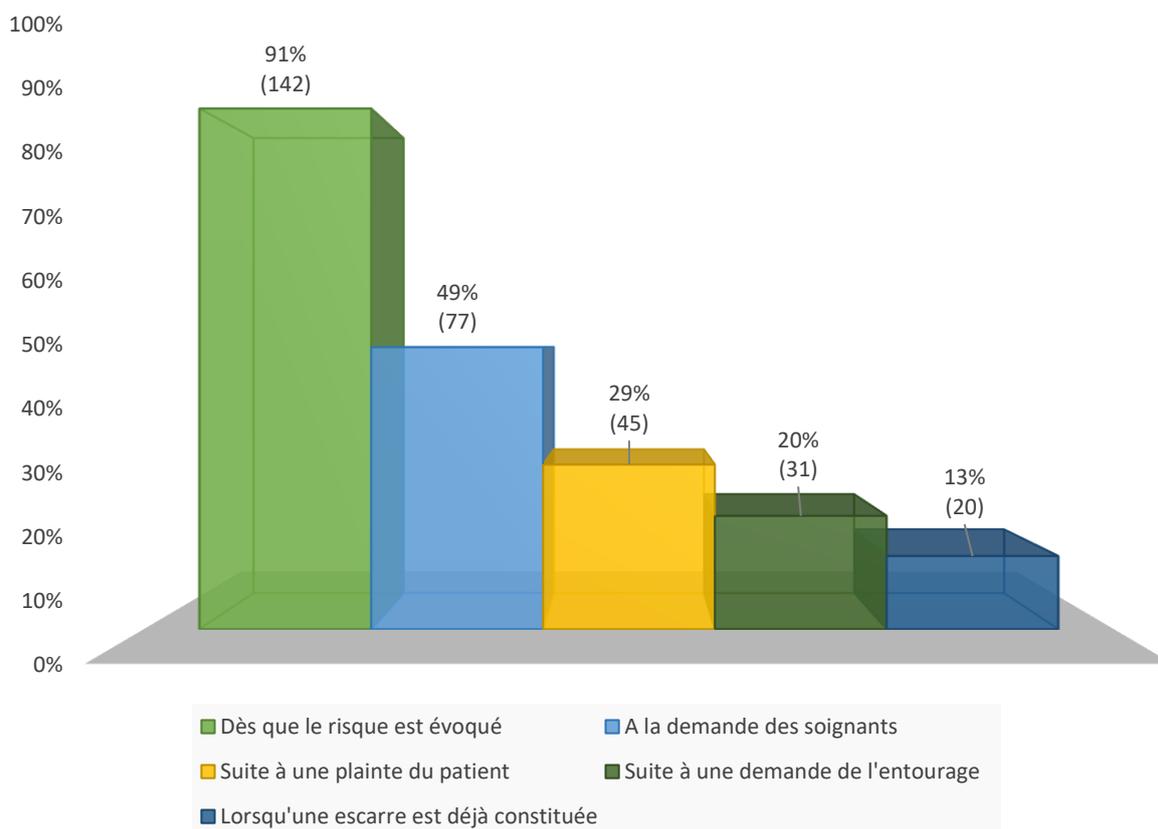


Figure 22: Délai de mise en œuvre des mesures préventives par les médecins répondants

De nombreux médecins ont donné plusieurs réponses à cette question (au total 315 réponses pour 156 médecins), soit une moyenne de 2 réponses par médecin environ.

	Moins de 55 ans	Pourcentage des moins de 55 ans	Plus de 55 ans	Pourcentage des plus de 55 ans	Total des 2 tranches d'âge	Pourcentage par rapport au nombre total de médecins	<i>p</i>
A la demande de l'entourage	19	<b>29%</b>	12	<b>13%</b>	31	20%	<b>0,017</b>
A la demande des soignants	37	56%	40	44%	77	49%	0,15
Suite à une plainte du patient	23	35%	22	24%	55	35%	0,16
Dès que le risque est évoqué	59	89%	83	92%	142	91%	0,54
Lorsqu'une escarre est déjà constituée	10	15%	10	11%	20	13%	0,46
Total général	66	42%	90	58%		156	

La seule différence significative en fonction de l'âge des médecins se portait sur la mise en œuvre des mesures préventives à la demande de l'entourage, 61 % avaient moins de 55 ans et 39 % plus de 55 ans ( $p=0,017$ ).

Il n'y avait cependant pas de différence significative entre la mise en œuvre des mesures préventives selon le mode d'exercice ni le nombre de visites à domicile.

#### *d. Choix du matériel de prévention*

Nous avons également demandé aux médecins s'ils choisissaient eux-mêmes le type de matériel en fonction du niveau de risque du patient ou s'ils laissaient ce choix à un tiers.

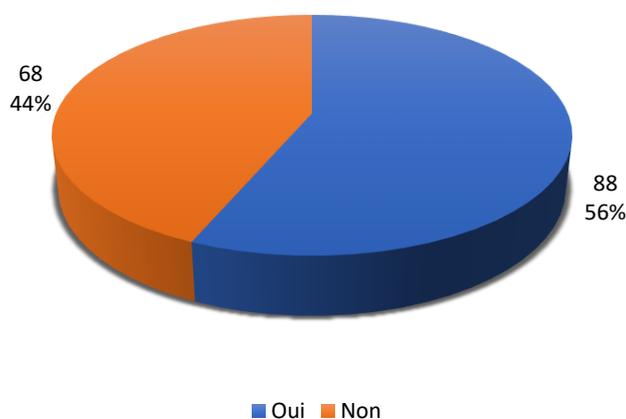


Figure 23: Choix du matériel de prévention par les médecins répondants

55% des moins de 55 ans choisissaient leur matériel eux-mêmes contre 58% des médecins de plus de 55 ans ( $p=0,69$ ).

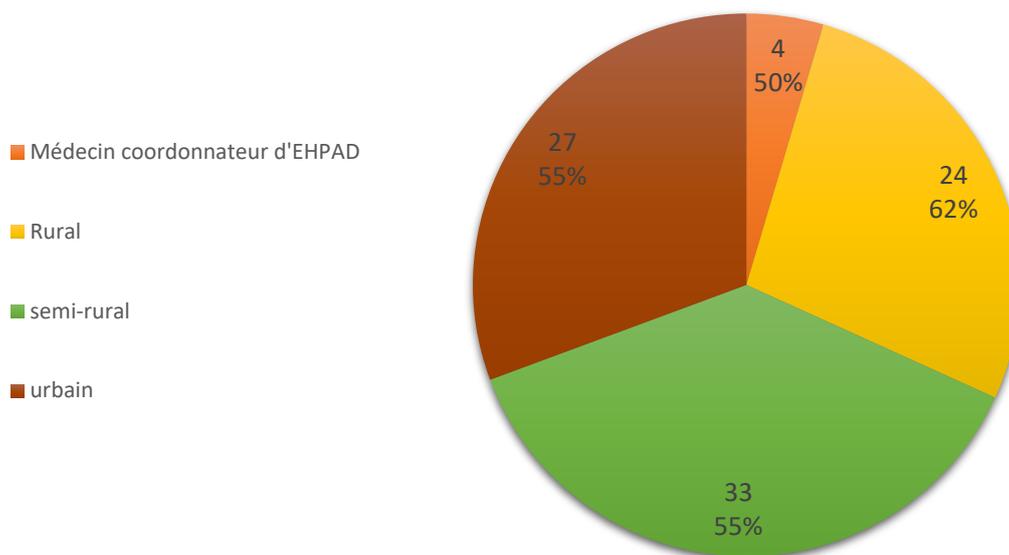


Figure 24: Choix du matériel en fonction du mode d'exercice avec pourcentage pour chaque catégorie

Il n'y avait pas de différence significative dans le choix du matériel selon le mode d'exercice ( $p=0,89$ ).

En revanche, on notait une nette différence en fonction du nombre de visites à domicile. Globalement, plus les médecins faisaient de visites à domicile et plus ils choisissaient leur matériel eux-mêmes ( $p=0,011$ ).

Nombre de visites à domicile par semaine	Choix du matériel		Total général
	Non	Oui	
<b>Nombre de VAD</b>			
Aucune	6 (60%)	4 (40%)	10
Moins de 5	22 (63%)	13 (37%)	35
Entre 6 et 20	36 (39%)	56 (61%)	92
Plus de 20	4 (21%)	15 (79%)	19
<b>Total général</b>	<b>68</b>	<b>88</b>	<b>156</b>

Nous avons également demandé aux médecins par quel(s) moyen(s) ils recherchaient le matériel nécessaire lorsqu'ils le choisissaient eux-mêmes.

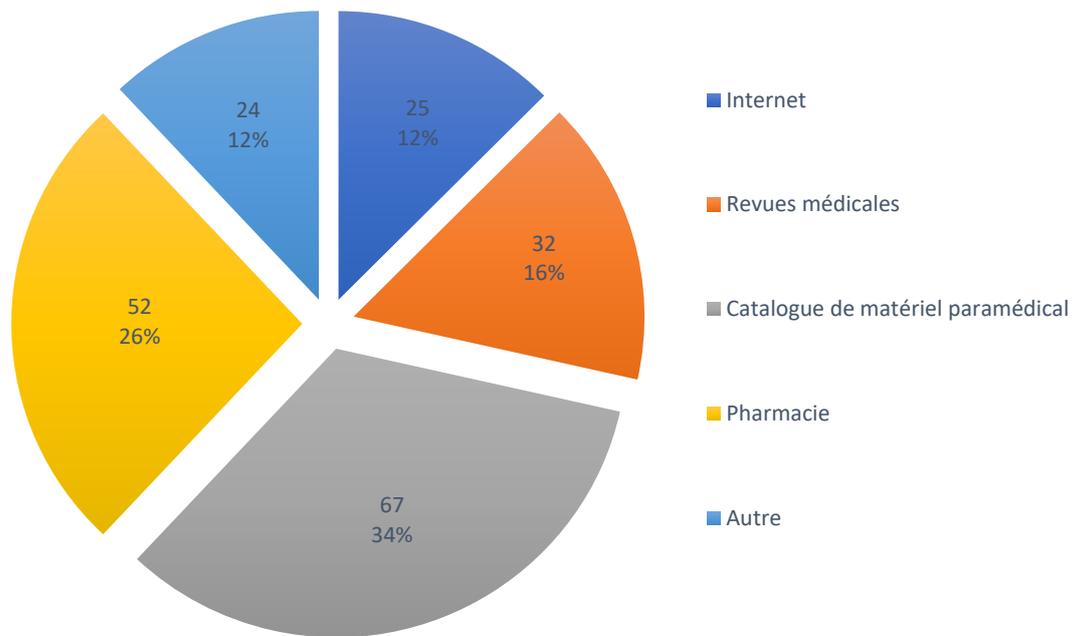


Figure 25: Moyens de recherche du matériel de prévention adapté au patient par les médecins répondants

Les médecins n’avaient pas de support préférentiel pour le choix du matériel selon leur âge, leur mode d’exercice, ni de corrélation avec le nombre de visites à domicile qu’ils réalisaient.

Parmi les autres réponses on retrouvait : l’aide des infirmières, les connaissances personnelles, les formations, les ergothérapeutes, la capacité de gérontologie, les prestataires de matériel médical, appel d’un service hospitalier gériatrique pour avis, l’expérience personnelle, les visiteurs médicaux.

e. Intervenants sollicités dans le cadre de la prévention des escarres

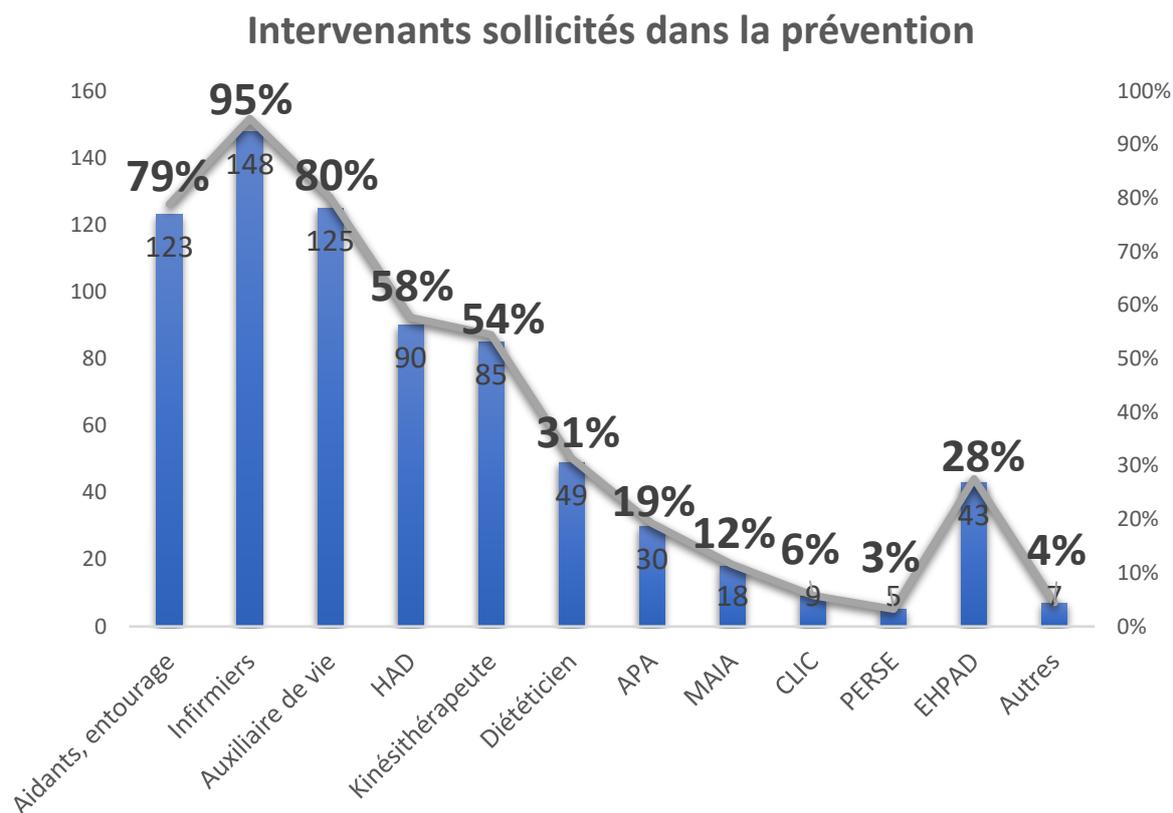


Figure 26: Intervenants sollicités par les médecins répondants, susceptibles de leur apporter une aide potentielle à la prévention des escarres

Dans les autres réponses, certains médecins généralistes évoquaient les ergothérapeutes pour aménager l'environnement du patient de façon adéquate, le réseau gérontologique local ainsi que les cuisiniers pour l'aide aux repas.

## 5. FREINS POTENTIELS A LA PREVENTION SELON LES MEDECINS REpondANTS

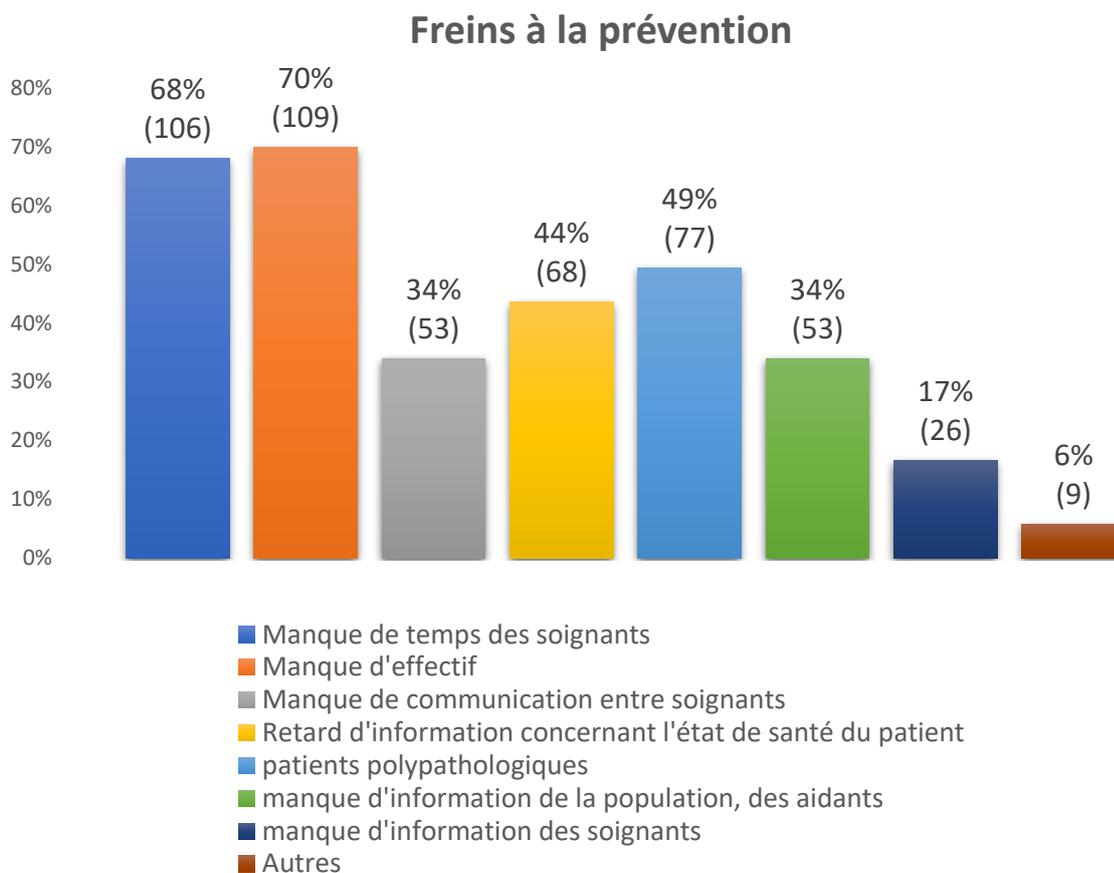


Figure 27: Freins potentiels à la prévention des escarres selon les médecins répondants

On recensait parmi les autres réponses des médecins généralistes : les hospitalisations, pourvoyeuses d'escarres, les difficultés à obtenir un lit en hospitalisation dans les hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT), les refus de prise en charge pour du matériel de prévention par la sécurité sociale selon certains critères du patient, ou encore le manque d'implication de certains soignants et le manque de temps pour aider les patients à s'alimenter correctement, ce qui majore des dénutritions chez ces patients déjà affaiblis.

---

# DISCUSSION

---

## 1. LIMITES DE L'ETUDE

Notre étude a été réalisée par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire envoyé par voie postale via l'annuaire des médecins généralistes picards sur le site du Conseil De l'Ordre des Médecins (CDOM), mais cela représentait un biais de sélection car l'échantillon choisi pour l'envoi des 500 questionnaires n'était potentiellement pas homogène sur l'ensemble de notre région.

Cette enquête a reposé sur les déclarations des médecins et présentait donc un biais de réponse du fait du caractère subjectif des réponses et de la nécessité d'une auto-évaluation de leurs connaissances et pratiques, ainsi que de leur ressenti.

De plus, s'agissant d'une étude portant sur les connaissances et les pratiques, un risque de biais de désirabilité sociale existait.

Aucune question de l'enquête n'était obligatoire, ce qui favorisait le biais de non-réponse et d'auto-sélection.

La méthodologie de ce type d'étude étant sujette à de nombreux biais, les résultats d'analyses statistiques et leur éventuelle significativité restent à pondérer mais permettent d'obtenir un aperçu sur le sujet, appliqué à notre échantillon que sont les médecins généralistes picards.

## 2. POPULATION ETUDIEE

156 médecins ont répondu à notre questionnaire, soit 7,2 % des médecins généralistes Picards selon l'atlas de démographie médicale du conseil de l'Ordre des Médecins en 2018 [12], avec un total de 2170 médecins généralistes Picards, dont 853 dans la Somme, 504 dans l'Aisne et 813 dans l'Oise.

Notre étude retrouvait un sex-ratio de 2, avec 33 % de femmes et 67 % d'hommes, ce qui est significativement différent du sex-ratio de la Picardie de 1,32, avec 43,2 % de femmes et 56,8% d'hommes.

En 2018, le tableau de l'Ordre recensait 87 801 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice), soit une diminution de 7 % des effectifs depuis 2010 et de 0.4 % depuis 2017. L'âge moyen des médecins généralistes en activité en 2018 était de 50,6 ans sur la France entière, et de 50,9 ans sur la Picardie.

La répartition des médecins de moins de 40 ans qui ont répondu à notre questionnaire était de 4 %, alors que le taux de médecins de moins de 40 ans en France en médecine générale, quel que soit le sexe était de 20,6 %.

Notre population de médecins entre 41 et 54 ans était de 38 %, assez similaire au taux national de 33,9 % (écart non significatif).

En ce qui concernait les médecins de plus de 55 ans de notre étude, ils étaient 58 % alors qu'au niveau national, ils étaient 45,4 % (écart significatif).

Le trop faible effectif de notre population de moins de 40 ans (6/156) ne nous permettait pas de savoir s'il était significativement différent de l'effectif national et n'était donc pas très représentatif, peut-être du fait de l'envoi des auto-questionnaires par voie postale, ce qui n'attire pas spécialement les jeunes médecins, plutôt enclins à répondre par voie dématérialisée. C'est pourquoi nous avons décidé de fusionner nos deux groupes de moins de 40 ans et de moins de 55 ans, ce qui nous a amené à obtenir un taux de médecins de moins de 55 ans de 42 %, contre 54,6 % au niveau national (écart significatif). En revanche, le mode d'envoi de nos questionnaires a peut-être majoré le taux de réponses des médecins de plus de 55 ans car ils sont plus représentés dans notre étude qu'au niveau national.

L'échantillon de nos répondants n'est donc pas représentatif de la population médicale en termes d'âge.

En ce qui concerne les rapports entre les tranches d'âges et le sexe des médecins répondants, on retrouve là encore des disparités essentiellement dans la population masculine. En effet, 70,2% des médecins hommes de notre étude avaient plus de 55 ans et 29,8 % avaient moins de 55 ans, contre respectivement 55,8 % et 44,2 % au niveau national (écart significatif).

Cependant, au niveau de la population féminine on retrouve des similitudes, puisque 67,3 % des médecins femmes répondants avaient moins de 55 ans et 32,7 % plus de 55 ans, contre respectivement 65,8 % et 34,2 % au niveau national (écart non significatif).

On peut donc estimer que le reflet de nos résultats est assez représentatif concernant les valeurs en rapport avec les tranches d'âge de notre population féminine, pas en ce qui concerne notre population masculine.

De plus, le fait d'avoir constitué deux groupes d'âge, ceux de moins de 55 ans et ceux de plus de 55 ans, constitue une limite à notre étude puisque l'analyse des données en fonction d'une répartition large des âges peut masquer une significativité des résultats pour des tranches d'âge plus petites.

### 3. CONNAISSANCES GENERALES SUR LES ESCARRES

Les escarres revêtent un véritable enjeu de santé publique, tant par leur morbi-mortalité importante et le coût qu'ils génèrent, que par l'impact psychologique et physique qu'ils occasionnent, avec pour conséquence un lourd retentissement sur l'autonomie et la qualité de vie du patient et de son entourage.

En se basant sur les données de l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG), on estime que sur 10 ans (2000-2009), les escarres représentaient en moyenne 1,48 % des consultations de médecine générale [13].

Dans notre étude, nous avons obtenu de très bons résultats concernant la connaissance des facteurs de risque de constitution d'escarre. Les 3 facteurs les plus énumérés par la quasi-totalité des médecins répondants étaient la grabatisation, la dénutrition et l'immobilisation prolongée. Plus des deux tiers des médecins n'écartaient pas et à raison le diabète, la déshydratation et la vieillesse, ni l'incontinence urinaire et/ou fécale, qui sont effectivement des situations qui alertent rapidement sur un potentiel risque de développer une escarre.

Ces résultats sont assez similaires à la littérature, notamment si l'on compare à une étude Libanaise réalisée en 2011, le facteur de risque d'escarre majoritairement représenté était le diabète, suivi par l'immobilisation prolongée, puis l'incontinence urinaire et fécale. Les séquelles neurologiques ne concernaient qu'une minorité des cas, tout comme les troubles circulatoires et la démence. L'état nutritionnel n'en faisait pas partie [14].

En ce qui concerne le délai de constitution d'une escarre, il est variable selon les conditions dans lesquelles se trouve le patient, s'il est âgé et donc plus fragile, avec des comorbidités

comme le diabète, s'il est paraplégique etc. Le temps d'apparition d'une escarre après une immobilité prolongée sur une chaise ou un fauteuil est estimé à 3 heures [9].

Dans notre étude, 35 % des médecins interrogés estimaient que le délai moyen de constitution d'une escarre se situait entre 1 et 4 heures suite à un appui ininterrompu sur la même zone, alors que 28 % estimaient plutôt ce délai entre 4 et 12 heures.

25 % des médecins estimaient tout de même qu'une escarre survenait après plus d'une demi-journée d'appui ininterrompu.

La majorité des médecins estimaient donc assez bien le délai de constitution d'une escarre, mais un quart d'entre eux sous-estimaient sa rapidité d'apparition.

#### 4. CONNAISSANCES ET PREVENTION DE LA DENUTRITION

La dénutrition est particulièrement fréquente en gériatrie, puisqu'elle atteint de un à deux tiers des sujets vivant en institution et 30 à 70 % des patients admis en court séjour [15].

La dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée est un problème de santé publique : elle concerne 4% des personnes âgées vivant à domicile et une personne sur 10 de plus de 80 ans [16]. Ces chiffres confirment ceux d'une étude anglaise qui retrouve 7 % de dénutrition dans une population âgée en ville [17].

En 2009, selon l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG), le motif de consultation « amaigrissement » représentait 1,9 % des patients, en majorité de plus de 70 ans. La « perte d'appétit » elle aussi représentait 1,9 %, aux âges extrêmes de la vie (enfants et personnes âgées) [13].

On remarquait dans notre étude que les critères anthropométriques et biologiques étaient les plus employés pour détecter une dénutrition.

En effet, 93 % des médecins y pensaient devant la constatation d'un amaigrissement chez leurs patients, l'IMC rentrait moins en ligne de compte pour 72 % des médecins.

Les résultats de notre étude sont similaires à ceux d'une enquête de pratique concernant le dépistage de la dénutrition des personnes de plus de 70 ans par les médecins généralistes de la région Rhône-Alpes réalisée en 2013 [16].

On suspecte une dénutrition dès lors que l'on observe une perte de poids supérieure à 2 % en 1 semaine, supérieure à 5 % en 1 mois et supérieure à 10 % en 6 mois (en dehors de tout régime volontaire). La rapidité d'installation de cet amaigrissement est également un critère de gravité [18].

En réalité, la clinique de la dénutrition est peu spécifique et ne peut pas être utilisée comme moyen de dépistage. Il convient par conséquent d'utiliser systématiquement les marqueurs anthropométriques courants. La pesée est un geste simple à réaliser en consultation comme en visite à domicile et à transcrire dans le dossier médical du patient. Le suivi pondéral permet de dépister les pertes de poids et de déclencher l'enquête étiologique.

La mesure de la taille est indispensable pour calculer l'indice de masse corporelle (IMC) qui est le seul marqueur anthropométrique utilisable de façon courante en médecine générale. Ainsi, le suivi de l'IMC permet de repérer les dénutritions en cours de constitution [17]

En pratique, un audit clinique réalisé en 1995 par le Groupe lorrain d'Audit médical montre que 51 % seulement des dossiers des patients comportent une pesée annuelle. Quant au suivi à domicile, la pesée est presque toujours omise par le personnel soignant, que ce soit par manque de disponibilité ou par difficulté de réalisation [17].

En théorie, nombre de médecins évoquaient l'amaigrissement comme facteur de risque de dénutrition dans notre étude, mais en pratique, les études montrent bien que la pesée est un acte très peu pratiqué. Une autre étude serait nécessaire pour évaluer si les médecins évaluent l'amaigrissement « de visu » ou si la pesée fait partie des mesures prises systématiquement en consultation, au même titre que la prise de tension artérielle par exemple.

Somme toute, d'un point de vue clinique, il paraît donc préférable de se fier à l'IMC plutôt qu'au seul marqueur du poids pour évaluer une dénutrition. Le poids peut cependant être envisagé comme une sentinelle à la dénutrition qui nous pousserait à approfondir notre examen clinique.

La dénutrition n'a pas une définition uniquement clinique, certains critères biologiques sont nécessaires à son diagnostic.

Le dosage de l'albuminémie était le critère biologique le plus relaté dans notre étude, par 87 % des médecins. C'est également le plus prescrit dans la littérature, notamment dans les situations à risque ou lorsque les marqueurs anthropométriques évoquent une dénutrition. On observe

dans ces conditions une hypoalbuminémie, qui est corrélée à une augmentation de la morbidité et de la mortalité chez les patients hospitalisés [17]. L'albuminémie est cependant un marqueur peu réactif de l'évolution à court terme de l'état nutritionnel compte tenu de sa longue demi-vie (environ 3 semaines) et reste donc le témoin d'une malnutrition sévère et prolongée.

La pré-albuminémie était citée dans 60 % des cas par les médecins de notre étude. Elle a une demi-vie beaucoup plus courte (48 heures) [18]. L'hypo pré-albuminémie donne donc un reflet plus actuel de l'état nutritionnel du patient, notamment pour évaluer l'efficacité d'un soutien nutritionnel.

Dans une étude rétrospective de 1996, Bernstein et Pleban concluent que la pré-albumine (également appelée transthyrétine) est un meilleur marqueur de la dénutrition protéino-énergétique que l'albumine [17].

Ces marqueurs biologiques sont pour autant faillibles, puisqu'ils peuvent être faussés par d'autres pathologies, comme l'insuffisance hépatique, le syndrome néphrotique, des pertes digestives abondantes, ou tout simplement par un état inflammatoire (qui abaisse le seuil d'albuminémie de 5 g/L) [18]. Le dosage de l'albuminémie doit donc tenir compte de la présence de ces autres pathologies et être corroborée par le dosage de la protéine C réactive (CRP), reflet de l'inflammation.

Au final, l'albuminémie est le marqueur de la dénutrition à réaliser en première intention selon les recommandations du Collège National des Enseignants de Nutrition [19] et de la Haute Autorité de Santé (HAS) [20] en association à la quantification de la perte de poids et au calcul de l'IMC. La pré-albuminémie quant à elle est plus volontiers utilisée pour évaluer l'efficacité d'une supplémentation protidique ou pour mesurer la profondeur d'une dénutrition d'installation rapide chez un patient.

Chez le sujet âgé, les facteurs déclenchants ou aggravants de la dénutrition peuvent être multiples et intriqués ; ils sont pathologiques, psychologiques ou sociaux, éventuellement aggravés par les médicaments et certains régimes [15].

Les facteurs attenants étaient plutôt bien pris en compte par les médecins dans notre étude, notamment le ressenti du patient, s'il éprouvait des difficultés à mastiquer, à déglutir ou à s'alimenter dans 57 % des cas, l'irrégularité des prises alimentaires ou la présence de troubles cognitifs sévères altérant la prise alimentaire pour respectivement 69 % et 71 % d'entre eux.

Ces facteurs permettent essentiellement d'orienter et de rechercher les critères précédemment cités pour établir le diagnostic de dénutrition, ils ne font pas partie des critères de la HAS.

Une étude faite en 2013 auprès de médecins généralistes montre que la majorité des médecins utilise les recommandations de la HAS pour dépister une dénutrition en réalisant au moins une fois par an un bilan nutritionnel, mais leurs connaissances théoriques restent insuffisantes [16].

En conclusion, il n'existe pas de marqueur idéal pour dépister une dénutrition, mais une vue globale du patient semble indispensable pour apprécier au mieux son état nutritionnel, qui prenne en compte ses données anthropométriques, son état physique et psychique, ainsi que ses données biologiques et environnementales.

La prise en charge nutritionnelle fait partie de la prévention et du traitement des escarres. Elle doit être adaptée pour chaque patient. Les apports protéino-énergétiques recommandés chez les patients dénutris à risque ou porteurs d'escarres sont de 30–40 kcal/kg par jour et de 1,2–1,5 g de protéines/kg par jour. Ces apports peuvent être obtenus à l'aide d'une alimentation enrichie en énergie et en protéines associée à des compléments nutritionnels oraux, et si nécessaire, après discussion éthique, par une nutrition entérale voire parentérale (cas où l'alimentation est impossible par voie orale, troubles de la déglutition etc.).

Des études contrôlées randomisées ont évalué les bénéfices cliniques de la prise en charge nutritionnelle aussi bien dans la prévention que dans la cicatrisation d'escarres. Les conclusions en prévention montrent que l'apport de suppléments caloriques per os ou par voie entérale permet de diminuer de manière significative l'incidence des escarres comparée au placebo [21].

Nous avons donc demandé aux médecins s'ils corrigeaient de manière systématique une dénutrition. C'était le cas pour 92 % d'entre eux, ce qui est semblable aux résultats de l'étude de 2013 portant sur le dépistage de la dénutrition chez les plus de 70 ans, avec 86 % des médecins qui prescrivent des compléments nutritionnels oraux et 88 % qui jugent l'état nutritionnel important pour assurer un bon état de santé [16].

Dans une étude de 2015 réalisée sur des résidents en EHPAD, 30 % des patients de l'étude étaient dénutris, 81 % des patients dénutris n'avaient pas d'enrichissement de l'alimentation et

86 % des patients dénutris ne possédaient pas de compléments nutritionnels oraux (CNO) [29]. Malgré une prévalence importante de patients dénutris en EHPAD, la prise en charge nutritionnelle restait très aléatoire.

Les résultats en EHPAD contrastent avec les excellents résultats que nous avons obtenus dans notre étude ainsi que ceux retrouvés dans l'étude de 2013 en région Rhône-Alpes.

## 5. LES ECHELLES D'EVALUATION DU NIVEAU DE RISQUE D'ESCARRES

Selon une revue de la littérature de 2009, il a été établi que le score d'évaluation du risque est prédictif de l'apparition des escarres chez les patients à haut risque [21].

Les recommandations françaises sont représentées essentiellement par la conférence de consensus de la HAS. Elles mettent en avant la nécessité d'utiliser des échelles standardisées, reproductibles. Seules les échelles d'origine anglo-saxonnes ont été validées : échelle de Norton, de Braden, de Waterlow [9]. Ces recommandations insistent par ailleurs, sur la nécessité de réévaluer le risque à chaque changement d'état de santé du patient, et pas forcément à des intervalles de temps définis a priori [22].

- **L'échelle de Braden** a été développée pour favoriser l'identification précoce des patients à risque de former des escarres. Si un patient a un nombre de points inférieur à 16, il est estimé à risque. Elle est beaucoup utilisée aux Etats-Unis, son intérêt réside dans sa simplicité et sa validation dans de nombreuses études internationales [20]. Elle a une sensibilité de 100 % et une spécificité qui oscille entre 64 % et 90 % selon les études [23].
- **L'échelle de Norton** n'a été validée que chez les plus de 65 ans et ne prend pas en compte le statut nutritionnel [22]. Si un patient a un nombre de points inférieur à 16, il est estimé à risque, et ce risque sera d'autant plus élevé que le chiffre sera faible.
- **L'échelle de Waterlow** : Cette échelle est utilisée chez les sujets plutôt jeunes, car elle est peu utilisable chez le sujet âgé puisqu'elle affecte un score très important à l'âge [24]. Si un patient a un nombre de point de 10 à 15 : sujet à risque, de 15 à 20 : sujet à haut risque, supérieur à 20 : sujet à très haut risque.

Dans notre population, seuls 21 % des médecins connaissaient une de ces 3 échelles, dont 19% celle de Norton, 8 % celle de Braden et 4 % celle de Waterlow.

Par ailleurs, sur les 21 % de médecins qui connaissaient une des 3 échelles, seuls 64 % d'entre eux utilisaient une des échelles pour s'aider à identifier et établir un score du risque de survenue d'escarre ( $p < 0,001$ ).

Le fait d'exercer en zone rurale ou semi-rurale était corrélé à une plus grande connaissance et utilisation des échelles. On remarquait également que plus les médecins réalisaient de visites à domicile, plus ils connaissaient ces échelles ( $p = 0,2$ ) et les utilisaient ( $p = 0,035$ ), possiblement cela avait-il un lien avec le fait que les patients visités à domicile étaient, par définition, moins mobiles et donc plus à risque.

En EHPAD, tous les médecins coordonnateurs connaissaient et utilisaient une de ces 3 échelles ( $p < 0,001$ ), très certainement dû au fait que les prises en charges en EHPAD sont beaucoup plus protocolisées que les pratiques individuelles en médecine générale et que la population des EHPAD est davantage concernée par les escarres de par la grabatisation et la fragilité des résidents.

Au final, on constatait un défaut de connaissance des échelles d'évaluation du risque d'escarre, alors que ces outils ont démontré un bénéfice certain dans le dépistage des escarres [25,26].

Par ailleurs, une revue de la littérature « les cahiers de l'année gérontologique » de 2009 a prouvé que l'évaluation du risque est plus volontiers associée à une mise en place de mesures de prévention [22].

La campagne « Sauve ma peau » réalisée en Ile-de-France en 2015 a montré que l'établissement d'un score permettait aux équipes d'objectiver le risque d'escarre et de mettre en lumière par la même occasion d'autres risques (chute, nutrition), de communiquer en équipe sur un patient (traçabilité) et de suivre l'évolution de façon objective [25].

## 6. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DES MESURES PREVENTIVES

Nous avons vu précédemment la prise en charge de la dénutrition, mais d'autres mesures sont également fondamentales pour prévenir la survenue d'escarres, comme du matériel adapté au patient selon ses handicaps (déambulateur, lève-malade, lit médicalisé avec matelas à air, coussins de positionnement, cadre de WC...).

Dans notre étude, la mise en place des mesures préventives était en grande partie réalisée dès qu'un risque de constitution d'escarre était évoqué pour 91 % des médecins, puis en second lieu à la demande des soignants pour 49 % d'entre eux, ces deux notions étant intrinsèquement liées puisque les soignants étaient susceptibles de prévenir les médecins dès qu'un risque était évoqué également. Cependant, 13 % des médecins n'instauraient les mesures préventives que lorsqu'une escarre était déjà constituée. Les médecins de moins de 55 ans se référaient davantage à l'entourage du patient pour mettre en œuvre des mesures préventives contrairement à leurs aînés ( $p=0,017$ ).

Dans l'étude « Sauve ma peau », les résultats en ambulatoire sur 66 patients inclus retrouvaient une prévalence du risque de développer une escarre à 44 % ainsi qu'une prévalence d'escarre constituée à 6 %. Sur ces patients à risque, seuls 36 % avaient des supports adaptés [25].

En termes d'avancée technologique, un dispositif de suppléance perceptive a été imaginé en 2009 et présenté dans la thèse d'O. Chenu, consistant à suppléer un sens absent ou déficient en véhiculant les informations par une autre modalité. Celui-ci consiste en une nappe de pressions posée sur l'assise du fauteuil et un stimulateur sensoriel tactile déclenché en cas de danger. Trois premières études ont montré l'efficacité du système sur des personnes valides et paraplégiques. Diverses études d'acceptabilité ont été menées et ont engendré des modifications profondes qui ont été validées à leur tour [26], ce qui est très encourageant pour l'avenir.

Plus de la moitié des médecins déclaraient choisir eux-mêmes le matériel adapté à leur patient, sans différence significative en fonction de l'âge des médecins et de leur mode d'exercice.

En revanche, il existait une corrélation avec le nombre de visites à domicile ; plus les médecins en faisaient et plus ils choisissaient leur matériel eux-mêmes ( $p=0,011$ ).

Les moyens utilisés pour rechercher le matériel médical le plus adapté étaient par ordre de préférence décroissant, les catalogues de matériel paramédical, l'aide du pharmacien, les revues

médicales, internet, puis étaient cités d'autres intermédiaires comme les infirmières, les connaissances personnelles, les formations, l'aide de l'ergothérapeute, les prestataires de matériel médical.

La manière de choisir les supports était équitablement répartie en fonction des caractéristiques des médecins de notre étude, sans différence significative.

Une méta-analyse a mis en évidence une diminution du risque relatif d'apparition d'escarres (RR = 0,4) quand un support visant à réduire les pressions d'interface est utilisé, sans préciser le type de support exact. Différents moyens doivent être employés pour réduire l'hyperpression ; les changements de position avec les modalités suivantes : toutes les deux à trois heures au lit (décubitus dorsal, décubitus latéraux à 30°), toutes les deux heures au fauteuil selon les recommandations Françaises [9] [21].

Si le rôle positif de ces mesures de prévention est bien établi, la difficulté réside sans doute davantage dans leur bonne mise en œuvre, qui nécessite l'implication de tous les acteurs de soins, quel que soit le lieu de leur mise en place (domicile, institutions médicalisées, hôpital, etc.).

C'est pourquoi nous nous sommes intéressés aux intervenants sollicités par les médecins, ou à même de leur apporter une aide pour prévenir les escarres.

Trois intervenants étaient largement plébiscités : la quasi-totalité des médecins faisaient appel aux infirmières, puis aux auxiliaires de vie et enfin aux aidants, à l'entourage.

En effet, la multidisciplinarité est une des clés de voûte à la prise en charge préventive des escarres des patients à risque [27].

L'hospitalisation à domicile (HAD) représentait tout de même 58 % des réponses, ce qui laisse à penser que la majorité des patients porteurs d'escarres à domicile bénéficient de l'HAD et sont donc à un stade avancé, ou que les escarres font partie du cortège polypathologique du patient, ce qui est malheureusement très souvent le cas et rend la prise en charge d'autant plus compliquée.

La kinésithérapie et l'aide d'un diététicien étaient également cités comme intervenants importants, mais en pratique, l'accès à ces professionnels est parfois très difficile (kinésithérapeute à domicile, non remboursement des honoraires du diététicien).

L'EHPAD représentait une réponse non négligeable, puisque 28 % des médecins l'estimaient comme une aide potentielle ou un intervenant à part entière.

En France dans les années 2000, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 15,9 % de la population et les plus de 80 ans 3,8 % ; 628000 personnes âgées avaient une dépendance lourde et 64 % d'entre-elles vivaient à leur domicile. Les intervenants au domicile auprès des personnes âgées fragiles étaient nombreux : 3,6 intervenants en moyenne par personne âgée ayant une dépendance lourde et un quart de ces personnes ont plus de six intervenants.

Or, le système d'aides et de soins aux personnes âgées répond mal aux besoins de ces personnes. En effet, il se caractérise avant tout par sa fragmentation et l'absence de coordination des multiples intervenants. En conséquence, les besoins des personnes âgées sont non ou mal couverts, ce qui conduit à une consommation inappropriée des ressources notamment des hospitalisations et des passages aux urgences [28].

Une réorganisation des soins était donc nécessaire en France, notamment pour le secteur ambulatoire, avec un objectif de coopération entre les médecins et les autres professions de santé. Il a donc été développé des structures qui privilégient les soins de prévention et les activités de coordination des soins, comme les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) [29], les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) et les réseaux gérontologiques [30].

Dans notre étude, le réseau MAIA n'était cité que dans 12 % des cas et le CLIC dans 6 %, ce qui est regrettable étant donné l'aide précieuse qu'ils apportent aux médecins et aux familles.

Les allocations personnalisées à l'autonomie (APA) étaient citées dans 19 % des cas.

Elles permettent de payer en partie ou en totalité les dépenses nécessaires pour pouvoir rester à domicile ou participer aux frais du tarif dépendance de l'établissement médico-social qui héberge le patient (par exemple l'EHPAD). Elles sont versées par le département et ne sont autorisées qu'à partir de 60 ans, la perte d'autonomie est évaluée par la grille Aggir (Annexe 3) [31].

Le site prévention éducation recherche et soins des escarres (PERSE) était connu par 3 % des médecins, c'est le site de la Société Française de l'escarre qui référence toutes les connaissances, les études et recherches réalisées [32].

Le point important qui ressortait de notre étude était la prise en charge pluridisciplinaire, en revanche les plateaux techniques ou plateformes territoriales d'aides aux personnes et aux aidants étaient finalement très peu reconnues, alors que contradictoirement, la sollicitation de l'entourage était très élevée (79 %). Cela sous-entend que l'entourage est lourdement mis à contribution dans cette chaîne de prévention, mais il n'a pourtant pas les connaissances sur le sujet ni la formation adéquate, et ce d'autant plus que les escarres ne font pas l'objet d'une campagne de sensibilisation publique, peut-être du fait de leur rareté relative. C'est dommageable car l'entourage est le premier maillon de la chaîne et le simple fait de donner l'alerte sur des situations à risque permettrait sûrement de déjouer la constitution d'escarres.

## 7. LES FREINS A LA PREVENTION

Si l'on considère les chiffres de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) de 1999, les patients de plus de 60 ans classés de Groupe Iso Ressource (GIR) 1 à GIR 4, donc avec une dépendance locomotrice, représentaient au total 796 000 personnes sur 12 084 000 personnes âgées de plus de 60 ans en France (6,6 %). A domicile, sur 11 586 000 personnes âgées de 60 ans et plus, il a été recensé 524 000 personnes classées de GIR 1 à 4, ce qui concernait 66 % de toutes les personnes GIR1-4 et 4,5 % des plus de 60 ans vivants à domicile [33]. La grande majorité des personnes âgées lourdement dépendantes se trouvait donc à domicile, ce qui rend le rôle du médecin généraliste d'autant plus fondamental, puisqu'il est le premier maillon de la chaîne.

Nous avons donc demandé aux médecins quels étaient selon eux les freins à la prévention des escarres.

Les deux grandes problématiques qui en ressortaient étaient le manque d'effectif et le manque de temps des soignants (respectivement 70 % et 68 %). Les données de la littérature établissent le même constat, puisque de plus en plus de communes sont sous-dotées en médecins, comme le rapporte la direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques (DREES) dans un compte-rendu détaillé des déserts médicaux ;

Pour établir ce constat, la DREES et l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (Irdes) ont développé conjointement un indicateur d'accessibilité aux soins : l'accessibilité potentielle localisée (APL). Cet indicateur synthétique permet de tenir compte à la fois de la proximité et de la disponibilité des médecins. Développé en 2012, il a été mobilisé depuis par plusieurs Agences Régionales de Santé (ARS) pour définir leurs zones fragiles. Est estimée comme sous-dense une APL < 2,5 consultations par an et par habitants.

Dans les Hauts-de-France en 2015, 203 097 personnes vivent dans une commune « sous-dense », soit 3,4 % de la population des Hauts-de-France. Au niveau national, 3,8 % de la population vivant sous ce seuil réside dans les Hauts-de-France. Ce phénomène au niveau national ne fait que s'aggraver d'années en années, la part de la population résidant dans une commune sous-dense (APL <2,5) a augmenté entre 2012 et 2015 de 7,8 % à 8,6 %. De plus, l'âge moyen des praticiens dans les communes sous-denses en 2015 est de 54,7 ans contre 53,4 ans sur l'ensemble du territoire. Dans les années à venir, les communes sous-denses sont donc susceptibles de connaître davantage de départs de médecins généralistes que les autres zones, ce qui creusera encore davantage le manque d'accès aux soins [32].

La polypathologie du patient était ressentie comme un frein majeur à la prévention, puisque 49% des médecins se sentaient concernés. On peut également recouper ce problème avec le manque de temps des soignants, puisque la prise en charge d'un patient dans sa globalité nécessite des consultations longues si l'on veut s'attarder sur chaque pathologie, et le plus souvent, les médecins doivent parer au plus urgent.

34 % des médecins pointaient du doigt le fait qu'il existait un manque de communication entre les soignants. Était-il dû au manque de temps, à l'absence de concertation pluridisciplinaire, d'outils communs ?

A cela on peut facilement palier, car ces outils existent et ont fait la preuve de leur efficacité, tant sur le plan du dépistage des patients à risque que sur la conduite à tenir des mesures préventives à adopter. Quant à la cohésion d'équipe, elle est de plus en plus prégnante avec l'émergence des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), ce défaut de communication devrait donc à l'avenir se faire de moins en moins ressentir.

Cependant, force est d'admettre que le manque d'effectif, et donc indirectement de temps, sont au cœur du problème.

Une thèse réalisée en 2017 par R. Estevez a proposé des solutions pour améliorer l'accès aux soins, telles que favoriser la collaboration entre médecins et paramédicaux, notamment au travers de MSP, favoriser l'accueil des étudiants, réorganiser la permanence des soins ambulatoires pour la rendre plus efficace, améliorer la connaissance des ressources disponibles dans le territoire, améliorer les relations ville-hôpital, développer des alternatives à l'hospitalisation et favoriser le développement de la télémédecine [34].

En ce qui concerne la connaissance des ressources du territoire, nous avons pu constater dans notre étude des carences à ce sujet (APA, CLIC, MAIA...).

Il serait donc intéressant de réaliser des campagnes d'informations pour les professionnels de santé et le grand public, puisque 44 % des médecins de notre étude estimaient que le retard d'information sur l'état de santé du patient était un frein à la prévention, retard très probablement secondaire au manque d'information des soignants sur le sujet, estimé à 17 % par les médecins, et au manque d'information de la population évalué à 34 %.

De nombreux éléments existent déjà pour améliorer la prévention des escarres :

La campagne « Sauve ma peau » réalisée en 2015 dans les structures sanitaires et médico-sociales a démontré l'intérêt des échelles de dépistage pour une prise en charge objective et pluridisciplinaire, ce qui a permis de mettre en place les supports de prévention plus efficacement et d'effectuer les mobilisations de façon plus régulière [25].

De même, la campagne « Pare à chute » réalisée en 2016-2017 a fourni des clés aux personnes âgées et aux soignants pour prévenir les chutes et ainsi améliorer la mobilisation et l'autonomie des patients [35].

Comme vu précédemment, des avancées technologiques sont également en cours d'élaboration pour adapter de manière optimale les supports aux patients à mobilité réduite [26].

La problématique des escarres tient surtout au fait qu'elle concerne en grande partie les personnes âgées dépendantes, et que la population vieillissante est amenée à rester de plus en plus longtemps à domicile. Les mesures préventives sont donc une condition sine qua non pour que le maintien à domicile soit envisageable sur le long terme.



---

## CONCLUSION

---

Les escarres représentent un enjeu de santé publique majeur sur le plan préventif. Les conséquences pour le patient et son entourage ainsi que les répercussions sur le plan économique justifient de la nécessité de couper court au développement des escarres.

Les facteurs de risque d'escarre sont bien connus des médecins généralistes ainsi que ceux de la dénutrition. Les mesures préventives sont souvent mises en place dès lors qu'un risque existe, que ce soit par l'initiative propre du médecin ou par l'intermédiaire d'un tiers. Cependant, dans 13 % des cas, elles ne sont malheureusement appliquées que lorsqu'une escarre est déjà constituée. Pourtant, il existe des outils d'aide au dépistage précoce des patients à risque tels que l'échelle de Braden, de Norton ou encore de Waterlow.

Notre étude met en lumière une profonde méconnaissance de ces outils. Il en va de même de leur usage qui n'est pas systématique malgré la connaissance d'une de ces échelles. Ce constat est regrettable puisque la littérature admet que ces outils apportent un véritable bénéfice aux équipes soignantes, tant sur le plan du dépistage des patients à risque que sur l'application des mesures préventives. Parmi celles-ci, le traitement de la dénutrition représente une étape cruciale, autant sur le plan préventif que curatif des escarres. Notre étude obtient d'excellents résultats quant à la supplémentation systématique des patients dénutris, or, dans la littérature, on constate que les objectifs sont très loin d'être atteints.

En ce qui concerne le matériel de prévention, des méta-analyses affirment la diminution du risque relatif de développer des escarres par l'intermédiaire de ces dispositifs. La majorité des médecins affirment choisir eux-mêmes le support adapté au patient, la difficulté repose donc davantage dans la bonne mise en œuvre de ces mesures, ce qui nécessite une coordination entre soignants.

Les médecins admettent volontiers que l'aide des paramédicaux est indispensable pour une prise en charge optimale du patient, mais dans les faits, le manque de communication entre soignants concernant l'état de santé du patient est un des freins à la prévention des escarres. Etaient également pointés du doigt le manque d'effectif et de temps des soignants.

Dans la conjoncture actuelle où les déserts médicaux s'intensifient, ce phénomène risque de s'accroître encore davantage à l'avenir. Par ailleurs, le manque d'information des aidants sur le sujet peut facilement être pallié par des mesures telles que la diffusion de campagnes

d'information au grand public, notamment par des affiches dans les salles d'attente des cabinets médicaux ou le dépôt de flyers informatifs aux aidants, qui mettraient en garde contre l'immobilisation prolongée et la dénutrition et informeraient les patients de l'existence de structures pouvant leur apporter une aide, telles que le CLIC ou le réseau MAIA. En ce qui concerne le manque d'information des soignants, l'utilisation dans un cadre pluriprofessionnel des outils de dépistage des escarres semble être une solution intéressante, ces échelles validées fournissent un outil commun et permettent une appréciation objective commune du patient.

La prévention des escarres ne dépend pas que du bon vouloir du médecin, elle requiert une coordination pluridisciplinaire pour être optimale. La coordination des soins et l'amélioration de la communication interprofessionnelle sont les éléments fondateurs de la prévention. La diffusion de l'information au grand public concernant cette pathologie serait une aide précieuse pour le personnel soignant et surtout pour les patients concernés. Des améliorations sont donc nécessaires, mais des solutions existent.

*« Cela semble toujours impossible, jusqu'à ce qu'on le fasse » Nelson Mandela*

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- [1] N. Salles, « Les escarres : Définition, Epidémiologie, et Facteurs de Risque <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilfsfgg/journee-spilf-sfgg/splif-epidemiologie-escarres.pdf> ».
- [2] WINNCARE groupe, « La physiopathologie des escarres - [http://www.winncare.fr/pdf/espace\\_clinique/01/WF\\_Escarres\\_Physiopathologie\\_MAJ%202012.pptx](http://www.winncare.fr/pdf/espace_clinique/01/WF_Escarres_Physiopathologie_MAJ%202012.pptx) ».
- [3] European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel (U.S.), et Pan Pacific Pressure Injury Alliance, *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. 2014.
- [4] M. Reddy, S. S. Gill, et P. A. Rochon, « Prevention des escarres: une revue systematique », *JAMA-français*, vol. 296, n° 8, p. 974, août 2006.
- [5] J.-P. Opsommer, « L'escarre : de la prévention au traitement - Prévalence », 27-mars-2015.
- [6] Commission d'Evaluation des Produits et Prestations, « Supports d'aide à la prévention et d'aide au traitement de l'escarre Aides techniques à la posture <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/pp020275.pdf> », p. 69, juin 2004.
- [7] B. Barrois, D. Colin, F.-A. Allaert, et B. Nicolas, « Épidémiologie des escarres en France », *Revue Francophone de Cicatrisation*, vol. 1, n° 3, p. 10-14, juill. 2017, doi: 10.1016/S2468-9114(17)30366-3.
- [8] B. Barrois, D. Colin, et Desjobert S., « *L'escarre, évaluation et prise en charge* », de *Brigitte Barrois, Denis Colin, Sylvie Desjobert (ed. Frison Roche)*. Frison-Roche, 1995.
- [9] « Conférence de consensus : Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé [en ligne] <http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/consensus/escarcourt.pdf> ». 15-nov-2001.
- [10] R. M. Allman, P. S. Goode, N. Burst, A. A. Bartolucci, et D. R. Thomas, « Pressure ulcers, hospital complications, and disease severity: impact on hospital costs and length of stay », *Adv Wound Care*, vol. 12, n° 1, p. 22-30, févr. 1999.

- [11] SNITEM, « Dispositifs médicaux et progrès sur l'aide à la prévention des escarres [en ligne] [https://www.snitem.fr/sites/default/files/snitem\\_aide\\_a\\_la\\_prevention\\_des\\_escarres\\_web.pdf](https://www.snitem.fr/sites/default/files/snitem_aide_a_la_prevention_des_escarres_web.pdf) ». nov-2014.
- [12] CDOM, « Atlas de la démographie médicale en France [en ligne] [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/hb1htw/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf) ».
- [13] « OMG - Observatoire de la Médecine Générale ». [En ligne]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/>. [Consulté le: 01-févr-2020].
- [14] K. GHOUSOUB, I. KAREH, F. FERRAN, M. MAJDALANI, L. KARAM, et G. SLEILATY, « Etude prospective sur les facteurs prédictifs de survenue d'escarres dans un centre hospitalier », *Journal Médical Libanais 2011 • Volume 59 (2)*, Liban, 2011.
- [15] J. Fontaine et A. Raynaud-Simon, « Escarres en gériatrie : place de la prise en charge nutritionnelle », *La Presse Médicale*, vol. 37, n° 7, p. 1150-1157, juill. 2008, doi: 10.1016/j.lpm.2007.11.016.
- [16] H. Dalat Rossignol, C. Chambrier, et Y. Zerbib, « Dépistage de la dénutrition des personnes âgées de plus de 70 ans en ambulatoire. Étude auprès des médecins généralistes en Rhône-Alpes », *La revue de gériatrie*, p. 2013;38:593-600, 2013.
- [17] B. Beaufriere *et al.*, « Carences nutritionnelles : étiologies et dépistage », Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Research Report, 1999.
- [18] ALIMs 2018 et A. Rameau, « Veille et recensement des travaux autour de la prise en charge alimentaire des patients dénutris ou à risque de dénutrition hospitalisés en établissements de santé [en ligne] <http://projet-alims.fr/wp-content/uploads/2016/02/Outil-d%C3%A9valuation-et-de-prise-en-charge-de-la-d%C3%A9nutrition.pdf> », Dijon.
- [19] Collège des Enseignants de Nutrition, « Diagnostic de la dénutrition et de ses facteurs de risque [en ligne] [http://campus.cerimes.fr/nutrition/enseignement/nutrition\\_31/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/nutrition/enseignement/nutrition_31/site/html/cours.pdf) ». 2011-2010.
- [20] HAS, « Recommandations sur la stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [en ligne] [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese\\_denutrition\\_personnes\\_agees.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf) ». 2007.

- [21] R. J. Stratton *et al.*, « Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review and meta-analysis », *Ageing Research Reviews*, vol. 4, n° 3, p. 422-450, août 2005, doi: 10.1016/j.arr.2005.03.005.
- [22] A. Castex, « Revue des étapes essentielles dans la prise en charge des escarres chez le sujet âgé », *cah. année gerontol.*, vol. 1, n° 2, p. 98-101, juin 2009, doi: 10.1007/s12612-009-0006-z.
- [23] N. Bergstrom, B. J. Braden, A. Laguzza, et V. Holman, « The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk », *Nurs Res*, vol. 36, n° 4, p. 205-210, août 1987.
- [24] « Escarres, définition, caractéristiques, échelle, prise en charge | Santé Publique ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.santepublique.eu/escarre/>. [Consulté le: 01-févr-2020].
- [25] S. LEVY-DJEBBOUR, « Résultats de l'enquête régionale de prévalence du risque escarre, en association avec ARS et "Sauve ma peau" ». 10-déc-2015.
- [26] O. Chenu, « Conception and validation of a perceptual supplementation device dedicated to pressure sore prevention », Theses, Université Joseph-Fourier - Grenoble I, 2009.
- [27] M. Barateau, C. Jousselin, M. Benbrik, et C. Rougier, « Le rôle de l'aide-soignant(e) dans la prévention des escarres », *Revue Francophone de Cicatrisation*, vol. 1, n° 3, p. 20-23, juill. 2017, doi: 10.1016/S2468-9114(17)30368-7.
- [28] I. Vedel et J. Ankri, « Edito », *Gerontologie et societe*, vol. 31 / n° 124, n° 1, p. 8-14, 2008.
- [29] M. Long, « Les centres locaux d'information et de coordination gérontologiques : un nouveau mode d'action sociale », *Politiques et Management Public*, vol. 21, n° 3, p. 123-133, 2003, doi: 10.3406/pomap.2003.2817.
- [30] « Guide MAIA Somme ». [En ligne]. Disponible sur: [https://www.maia-somme.fr/guide-maia-somme/coordination-sanitaire-et-sociale/les-reseaux-de-sante/babArticle\\_293](https://www.maia-somme.fr/guide-maia-somme/coordination-sanitaire-et-sociale/les-reseaux-de-sante/babArticle_293). [Consulté le: 02-févr-2020].
- [31] « Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>. [Consulté le: 05-févr-2020].
- [32] « Escarre PERSE : Prévention, Education Recherche et Soins Escarres ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.escarre-perse.com/escarres/>. [Consulté le: 19-nov-2019].

- [33] DREES, « Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance », *DREES*, vol. Etudes et Résultats, n° 94, sept. 2000.
- [34] R. Estevez, « Comment améliorer l'accès aux soins dans un désert médical ? Etude basée sur l'investigation menée par l'ARS dans le bassin du Comminges (Midi-Pyrénées) », exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2017.
- [35] ARS, « Bilan de la campagne "Pare à chute, maîtriser le risque" en Ile-de-France ». 2017-2016.

---

# ANNEXES

---

## 1. Annexe 1 : Auto-questionnaire envoyé

### **Question 1 : Etes-vous :**

- Un homme
- Une femme

### **Question 2 : A quelle tranche d'âge appartenez-vous ?**

- Moins de 40 ans
- Entre 41 et 54 ans
- Plus de 55 ans

### **Question 3 : Quel est votre mode d'exercice ?**

- Rural
- Semi-rural
- Urbain
- Médecin coordonnateur d'EHPAD

### **Question 4 : Quel est votre moyenne de visites à domicile par semaine ?**

- Aucune
- Moins de 5
- Entre 6 et 20
- Plus de 20

### **Question 5 : Quels sont selon vous les facteurs de risque d'escarre ?**

- Grabatisation
- Dénutrition
- Obésité
- Diabète
- Déshydratation
- Immobilisation prolongée (post chirurgicale par exemple)
- Troubles cognitifs (Alzheimer, dépression sévère...)
- Séquelles neurologiques (post AVC, SEP...)
- Incontinence urinaire et/ou fécale
- Les personnes âgées

**Question 6 : Sur quel(s) critère(s) vous basez-vous pour rechercher une dénutrition chez vos patients ?**

- Amaigrissement
- Cachexie
- Indice de Masse Corporelle < 18,5
- Hypoalbuminémie
- Hypo pré-albuminémie
- Difficultés masticatoires ou troubles de la déglutition
- Difficulté à manger exprimée par le patient
- Irrégularité de la prise alimentaire observée par l'entourage ou les soignants
- Troubles cognitifs sévères

**Question 7 : Corrigez-vous systématiquement une dénutrition chez vos patients (compléments alimentaires, mesures hygiéno-diététiques) ?**

- Oui
- Non

**Question 8 : Chez vos patients à risque d'appuis prolongés, à quel moment sont mises en œuvre les mesures préventives ?**

- Dès que vous évoquez le risque
- A la demande des soignants
- Suite à une plainte du patient
- Suite à une demande de l'entourage
- Lorsqu'une escarre est déjà constituée (minimum stade 2)

**Question 9 : Quelle est selon vous le temps de constitution d'une escarre suite à un appui prolongé ?**

- Une heure
- Entre 1 heure et 4 heures
- Entre 4 heures et 12 heures
- Entre 12 heures et 24 heures
- Plus de 24 heures

**Question 10 : Connaissez-vous ces grilles d'évaluation du niveau de risque d'escarre ?**

Norton

- Oui
- Non

Braden

- Oui
- Non

Waterlow

- Oui
- Non

**Question 11 : Si oui, la ou les utilisez-vous pour vous aider à adapter les aides nécessaires à votre patient ?**

- Oui
- Non

**Question 12 :** Choisissez-vous spécifiquement le type de matériel en fonction du niveau de risque du patient ou laissez-vous le soin à un tiers de faire ce choix (pharmacien, prestataire) ?

- Oui, je choisis un matériel spécifique adapté à mon patient moi même
- Non, je prescris le type de support et laisse le soin à un tiers de choisir le matériel le plus adapté

**Question 13 :** Si oui, par quel(s) moyen(s) le recherchez-vous ?

- Documentation sur internet
- Documentation de revues médicales
- Catalogue de matériel paramédical / orthopédique
- Aide de la pharmacie
- Autre : .....

**Question 14 :** Quels intervenants sollicitez-vous ou sont susceptibles de vous apporter une aide dans le cadre de la prévention d'escarres chez vos patients ?

- Aidants / entourage présent
- Infirmier(e)s
- Auxiliaires de vie
- HAD
- Kinésithérapeute
- Diététicien(ne)
- APA (allocation personnalisée à l'autonomie)
- Réseau MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie)
- Le CLIC (centres locaux d'information et de coordination)
- Association P.E.R.S.E. (prévention éducation recherche soins escarres)
- EHPAD
- Autres : .....

**Question 15 :** Quelles sont selon vous les raisons de survenue d'escarres ?

- Manque de temps des soignants
- Manque d'effectifs pour une prise en charge optimale
- Le manque de communication entre soignants sur l'état de santé du patient
- Le retard d'information du médecin généraliste par l'entourage sur l'état de santé du patient
- Patients polypathologiques, la prévention des escarres passe en dernier plan
- Manque d'information des aidants/population sur le sujet
- Manque d'information des soignants sur le sujet
- Autres : .....

**MERCI**

## 2. Annexe 2 : Les échelles de prévention

### 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



### 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



## Waterlow

<b>Masse corporelle*</b>	<b>Aspect visuel de la peau</b>	<b>Sexe et âge</b>
0 moyenne 1 Au-dessus de la moyenne 2 Obèse 3 En-dessous de la moyenne	0 Saine 1 Fine / grêle 1 Sèche / Déshydratée 1 Oedemateuse 2 Décolorée 3 Irritation cutanée	1 Masculin 2 Féminin 1 14 à 59 2 50 à 64 3 65 à 74 4 75 à 80 5 81 et +
<b>Incontinence</b>	<b>Mobilité</b>	<b>Appétit</b>
0 Totale / Sonde 1 Occasionnellement 2 Incontinence fécale, sonde 3 Incontinence double	0 Complète 1 Agité 2 Apathique 3 Restreinte 4 Immobile / Traction 5 Patient mis au fauteuil	0 Moyen 1 Faible 2 Alimentation par sonde gastrique uniquement 3 A jeun, anorexique
<b>Malnutrition des tissus</b>	<b>Déficience neurologique</b>	<b>Médicament</b>
8 Cachexie terminale 5 Déficience cardiaque 5 Insuffisance vasculaire périphérique 2 Anémie 1 Tabagisme	4-6 Diabète, Sclérose en plaque, AVC, Déficit sensoriel, Paraplégies	4 Cytotoxiques, Corticoïdes à haute dose, Anti-inflammatoire
		<b>Chirurgie / Traumatisme</b>
		5 Orthopédie, Partie inférieure, Colonne 5 Intervention de + de 2 heures

> 10 : risque      > 15 : haut risque      > 20 : très haut risque

\*Poids par rapport à la taille

### 3. Annexe 3 : Grille AGGIR

Nom et prénom						Fiche récapitulative AGGIR	
MI Sec.Soc.							
Adresse							
Né(e) le		Date de l'évaluation					
Âge							
Activités réalisées par la personne seule	Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)				S = Spontanément H = Habituellement T = Totalément C = Correctement		Code final
	S	T	C	H	Code		
1. Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<p><b>Codage intermédiaire</b></p> <p>Pour chaque item <b>cochez</b> les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse <b>NON</b>).</p> <p>Puis <b>codez</b> secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si aucun adverbe n'est coché codez <b>A</b>.</li> <li>(fait spontanément, totalement, correctement et habituellement)</li> <li>• Si tous les adverbes sont cochés codez <b>C</b> (ne fait pas)</li> <li>• Si une partie des adverbes seulement est cochée codez <b>B</b>.</li> </ul> <p><b>Code final si sous-variables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cohérence :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AA = <b>A</b> ;</li> <li>- CC, CB, BC, CA, AC = <b>C</b> ;</li> <li>- AB, BA, BB = <b>B</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Orientation :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AA = <b>A</b> ;</li> <li>- CC, CB, BC, CA, AC = <b>C</b> ;</li> <li>- AB, BA, BB = <b>B</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Toilette :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AA = <b>A</b> ;</li> <li>- CC = <b>C</b> ;</li> <li>- Autres = <b>B</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Habillage :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AAA = <b>A</b> ;</li> <li>- CCC = <b>C</b> ;</li> <li>- Autres = <b>B</b>.</li> </ul> </li> <li>• <b>Alimentation :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AA = <b>A</b> ;</li> <li>- CC, BC, CB = <b>C</b> ;</li> <li>- Autres = <b>B</b></li> </ul> </li> <li>• <b>Élimination :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AA = <b>A</b> ;</li> <li>- CC, BC, CB, AC, CA = <b>C</b> ;</li> <li>- Autres = <b>B</b></li> </ul> </li> </ul>
2. Déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3. Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
4. Élimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
5. Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
6. Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
7. Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
8. Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
9. Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
10. Alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
11. Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
12. Transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
13. Activités du temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
14. Achats	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
15. Gestion	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
16. Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
17. Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
<b>Groupe iso-ressources</b>							
Définir le système informatique							<input type="text"/>

Éditeur : Lucien Mico - mars 2005



## ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES PICARDS CONCERNANT LA PREVENTION DES ESCARRES

**Introduction :** Les escarres sont des lésions de la peau consécutives à une pression prolongée. Les soins nécessaires à leur guérison sont longs et coûteux et impactent directement la qualité de vie du patient. Leur prévention est donc fondamentale, c'est pourquoi nous avons étudié les connaissances et pratiques des médecins généralistes à ce sujet.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale réalisée via un auto-questionnaire anonyme envoyé aux médecins généralistes Picards.

**Résultats :** Les principaux facteurs de risque d'escarre étaient connus par plus de 9 médecins sur 10. 21% des médecins généralistes connaissaient les outils d'aide à la prévention des escarres, parmi eux, 64% les utilisaient. 91% des médecins mettaient en place les mesures préventives dès qu'un risque d'escarre était évoqué, notamment, 92% corrigeaient systématiquement une dénutrition.

**Discussion :** Les médecins généralistes avaient de bonnes connaissances concernant les escarres, en revanche les outils d'aide au diagnostic étaient très peu connus et utilisés, tout comme les organismes communs aux professionnels de santé et au grand public. Les freins les plus rapportés étaient le manque de temps et d'effectif des soignants, la polyopathie du patient, ainsi qu'un défaut de communication global sur le sujet.

**Conclusion :** Cette étude a permis d'objectiver les difficultés rencontrées en pratique par le médecin généraliste concernant la prévention des escarres. Des axes d'amélioration sont possibles, notamment la sensibilisation des professionnels aux supports d'aide à la prévention et la diffusion de campagnes d'information pour le grand public.

**Mots clés :** *escarre, prévention primaire, facteurs de risque, malnutrition protéino-calorique, équipement et fournitures.*

## STATE OF PRACTICE PLACES AND KNOWLEDGE OF GENERAL PRACTITIONER IN PICARDY REGION CONCERNING BEDSORE'S PREVENTION

**Introduction:** Bedsores are skin's lesions following prolonged pressure. The care required to heal them is long and expensive and has a direct impact on the patient's quality of life. Their prevention is therefore fundamental, which is why we have studied the knowledge and practices of general practitioners (GP) on this subject.

**Materials and methods:** An observational descriptive and transverse epidemiological study has been carried out through an anonymous self-questionnaire sent to GP working in the Picardy region.

**Results:** The main risk factors for bedsores were known by more than 9 out of 10 doctors. 21% of GP knew tools to prevent pressure sores, among them, 64% used them. 91% of doctors put in place preventive measures as soon as a risk of bedsores was raised, in particular, 92% systematically corrected undernutrition.

**Discussion:** GP had a good knowledge of pressure sores, however diagnostic tools were little known and used, as were the organizations common to healthcare professionals and the general public. The most reported obstacles were the lack of time and manpower of the caregivers, the polyopathy of the patient, as well as a lack of global communication on the subject.

**Conclusion:** This study made it possible to objectify the difficulties encountered in practice by the GP concerning the prevention of bedsores. Areas for improvement are possible, including raising awareness among professionals of prevention support materials and the spreading of information campaigns for the general public.

**Keywords :** *Bedsore, Primordial prevention, risk factor, protein energy malnutrition, supplies and equipment*