

Enquête sur la prévention de l'escarre à domicile

Cette enquête a été commencée le 21 mars 2012. Les résultats en ont été analysés le 27 avril. Elle continue, n'hésitez pas à y répondre : plus nous aurons de participants et mieux nous connaîtrons tous ce qui se passe à domicile en terme de prévention.

Le contexte : fréquence et risque d'escarre à domicile

Les patients suivis à domicile par des professionnels de santé sont à risque d'escarre pour 30%, et porteurs d'escarre pour 8%.

La problématique de l'escarre, et surtout de sa prévention, est donc importante et fréquente. Chaque journée, un soignant de ville voit de nombreux patients à risque et quasiment au moins un patient porteur d'escarre.

Les facteurs de risque d'escarre

Ce sont les facteurs tels que ressentis par les soignants. Ce ressenti conjugue une réalité physiologique mais aussi un niveau de prise de conscience/motivation.

Deux facteurs se détachent très nettement des autres : l'immobilisation et la dénutrition.

Il est intéressant de noter la place de la dénutrition, qui a fortement progressé dans ce ressenti en 10 ans. C'est l'aboutissement probablement d'une meilleure connaissance des mécanismes de l'escarre, et aussi en partie du remboursement récent des produits de nutrition (les rendant ainsi accessibles à tous).

Evaluation du risque d'escarre

Les pratiques d'évaluation du risque sont plutôt binaires :

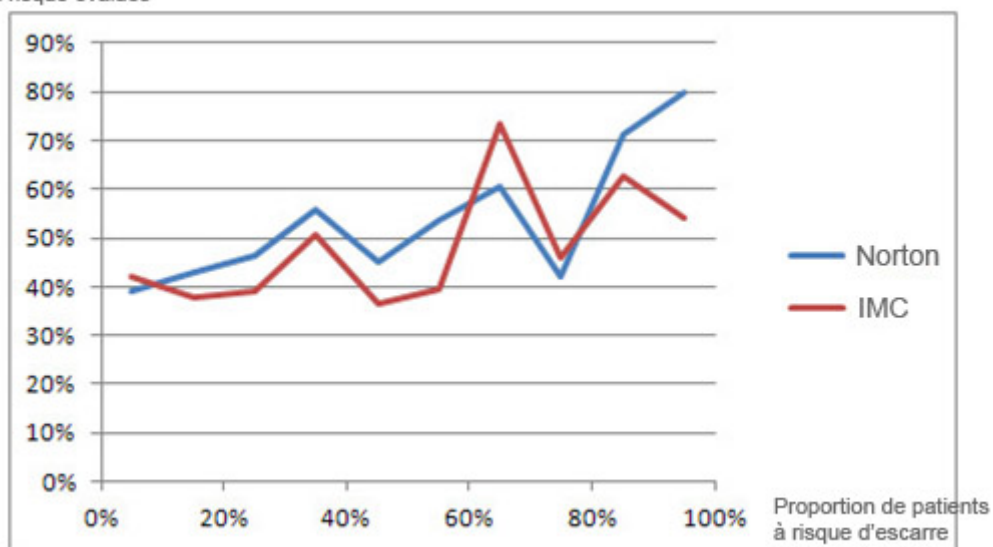
- 30% des professionnels évaluent quasiment tous leurs patients,
- 45% n'en évaluent quasiment aucun.

Les 25% restant s'étageant entre 20 et 90 % des patients évalués.

De plus, ceux qui évaluent le risque global avec Norton (ou similaire) évaluent aussi la dénutrition au moyen de l'IMC (et inversement). Cette forte corrélation indique donc que les soignants se répartissent en deux groupes :

- « ceux qui évaluent » : ils évaluent la dénutrition et le risque global,
- « ceux qui évaluent très peu » : ils évaluent ni la dénutrition ni le risque global.

Pourcentage de patients à risque évalués

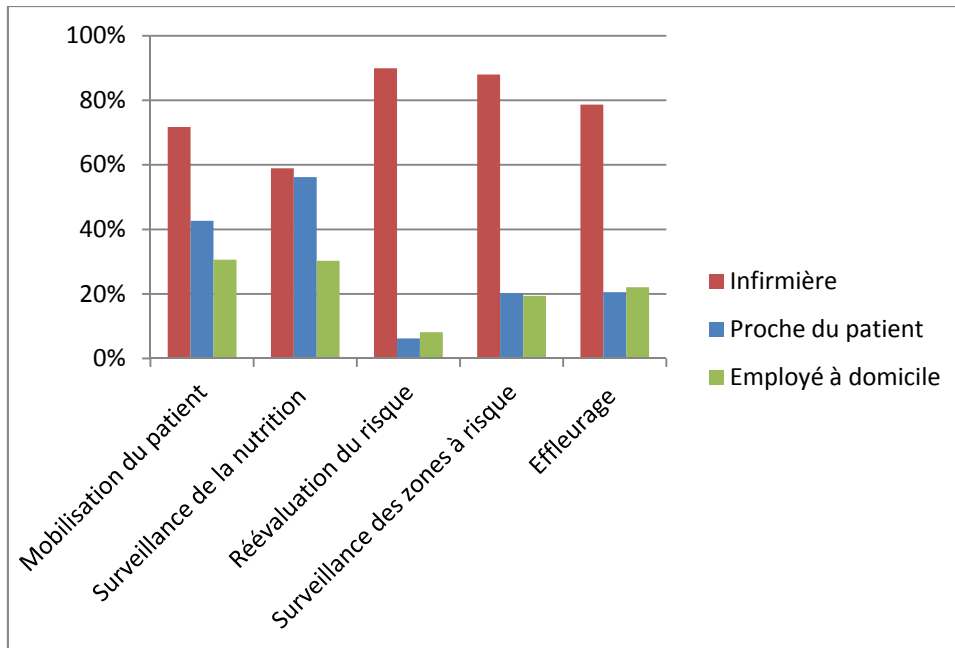


Proportion de patients évalués en fonction du risque d'escarre de la patientèle

Il est intéressant de noter que la tendance à évaluer ou non le patient dépend assez peu du niveau de risque de la patientèle. Ce n'est donc pas le fait d'être souvent confronté à l'escarre qui motive le soignant à évaluer, mais probablement plutôt ses convictions et habitudes.

Actions de prévention

Les 3 actions les plus fréquentes pour la prévention de l'escarre (chez les patients à risque) :	
mobilisation du patient	73%
surveillance de la nutrition	60%
prescription d'un support spécifique	51%
surveillance visuelle des zones à risque	48%
effleurage des points d'appui avec un topique	47%
effleurage des points d'appui sans topique	14%
réévaluation régulière du risque (Norton...)	11%



Il existe clairement des tâches réservées à l'infirmière et d'autres « déléguables » au patient.

Ceci ne semble pas relever de la **logique** : mobiliser un patient à risque d'escarre est risqué pour l'aidant et le patient (risque de chute, de prise traumatique localement ou au niveau lombaire pour l'aidant...), alors que la surveillance visuelle est plus aisée et moins dangereuse.

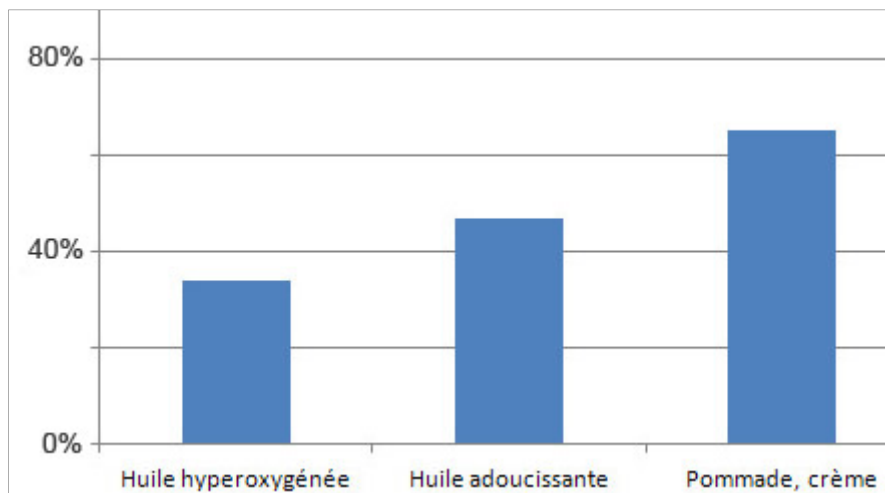
C'est probablement plus lié à des **schémas cognitifs**, qui organisent ce que l'infirmière ou le patient et les aidants doivent faire.

Mais globalement **peu de tâches sont déléguées**. Même la surveillance de la dénutrition est peu déléguée, alors que techniquement elle est probablement à la portée des aidants, qui sont d'ailleurs souvent présents lors des repas, ce qui facilite la détection d'une dénutrition.

Faut-il déléguer plus au patient et aux aidants ? La réévaluation du risque (Norton ou similaire) par exemple est très peu déléguée (dans moins de 10% des cas), mais aussi très peu pratiquée (11% des cas). Finalement, que risquerait-on à impliquer les aidants dans cette tâche ?

L'effleurage

L'effleurage est effectué plutôt au moyen de pommade ou crème, mais il est intéressant de voir que plus de 85% des soignants utilisent 2 voire 3 topiques différents. Il n'y a donc pas de pratique définie, mais probablement une adaptation au cas par cas, en fonction des produits disponibles pour le patient probablement.



Fréquence d'utilisation des topiques lors de l'effleurage

Conclusion

Il ne nous revient pas de dire à chacun ce qu'il peut ou doit conclure de cette étude. Au vu des résultats, chacun peut tirer ses propres conclusions, et en comparant ces chiffres avec sa pratique, trouver des pistes de progression.

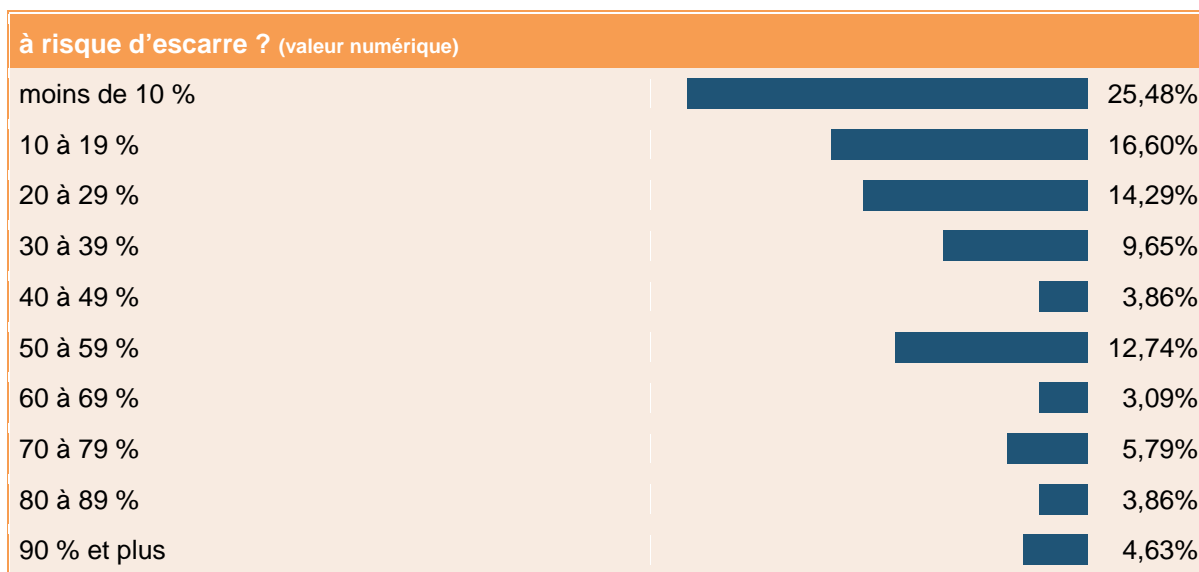
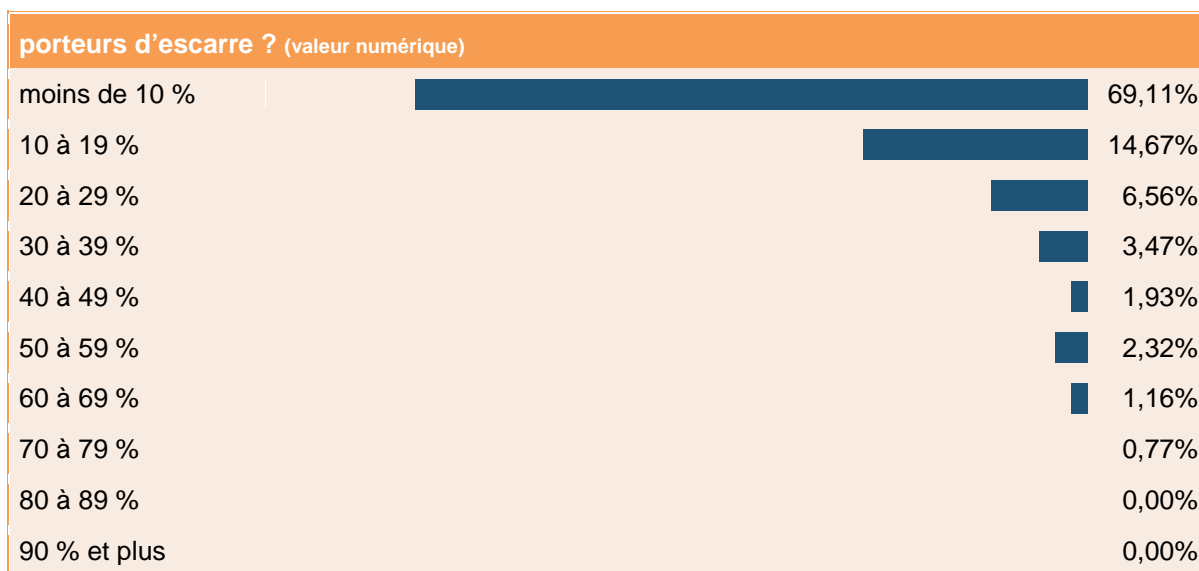
Néanmoins, il ressort de cette étude que les pratiques peuvent encore évoluer, qu'il existe des marges de progression importantes dans les pratiques de prévention, et que l'implication des aidants est probablement une voie à explorer plus avant.

Et merci à tous ceux qui ont participé à cette enquête !

Prévention de l'escarre à domicile

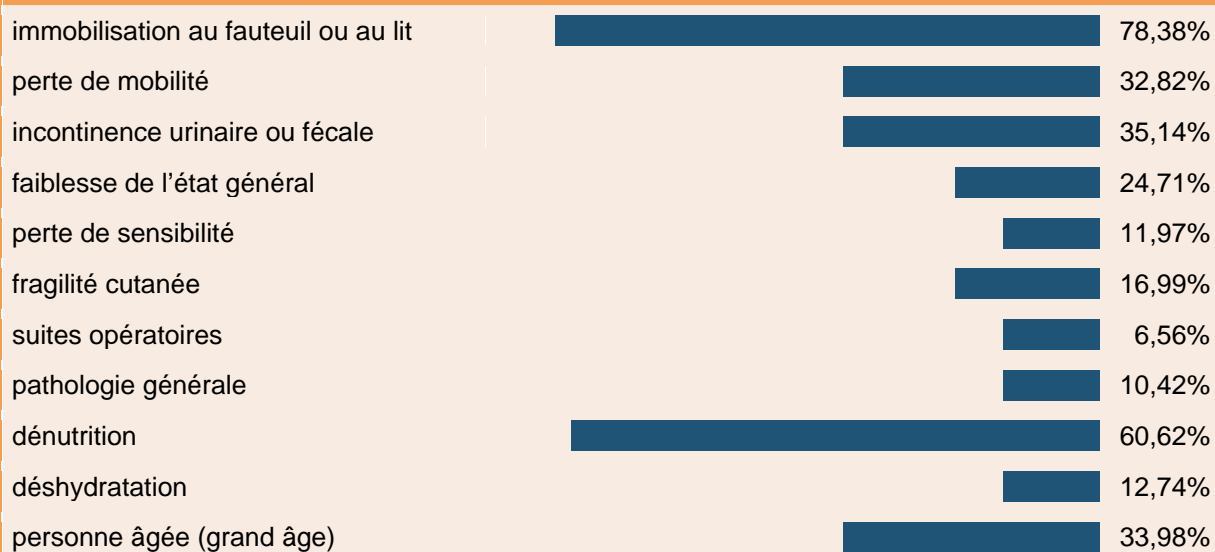
259 répondants professionnels de santé

Combien de vos patients sont :



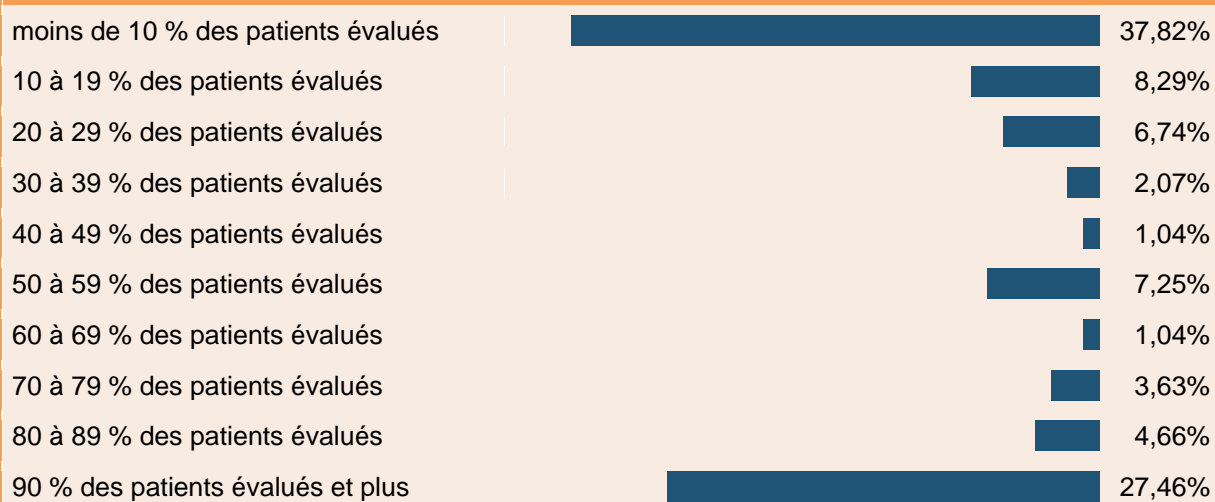
Patients à risque d'escarre

Choisissez les 3 facteurs de risque d'escarre les plus fréquents : (choix multiple)

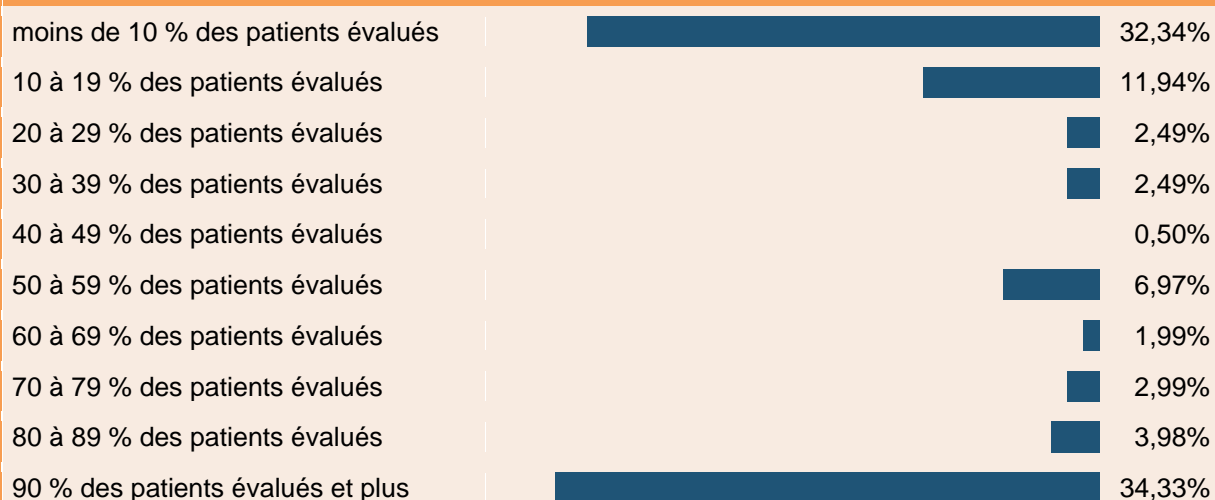


Quelles évaluations réalisez-vous chez ces patients ?

IMC (valeur numérique)

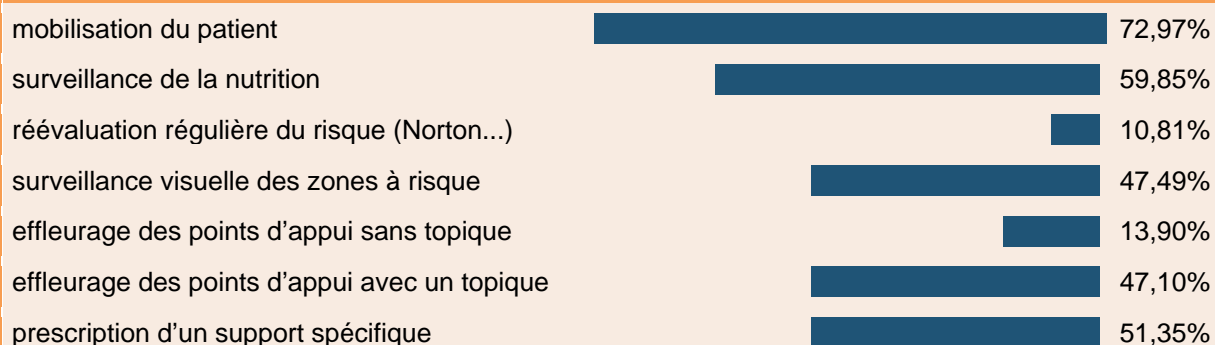


Norton ou similaire (valeur numérique)



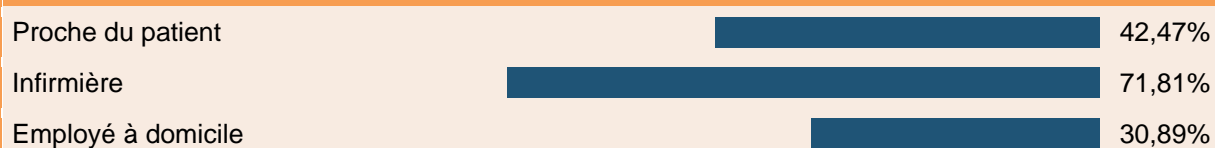
Patient à risque élevé

Choisissez les 3 actions les plus fréquentes pour la prévention de l'escarre : (choix multiple)



Qui réalise le plus souvent ces actions :

Mobilisation du patient (choix multiple)

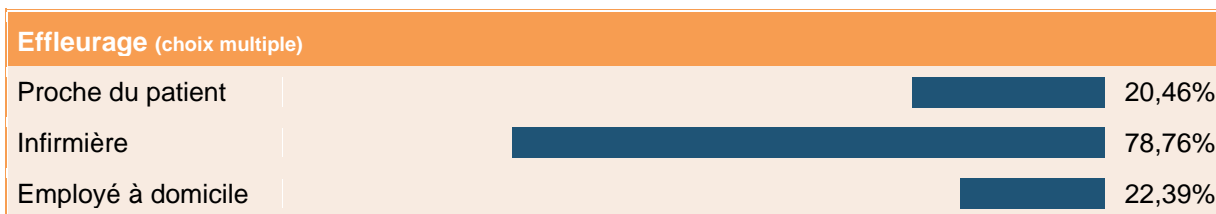
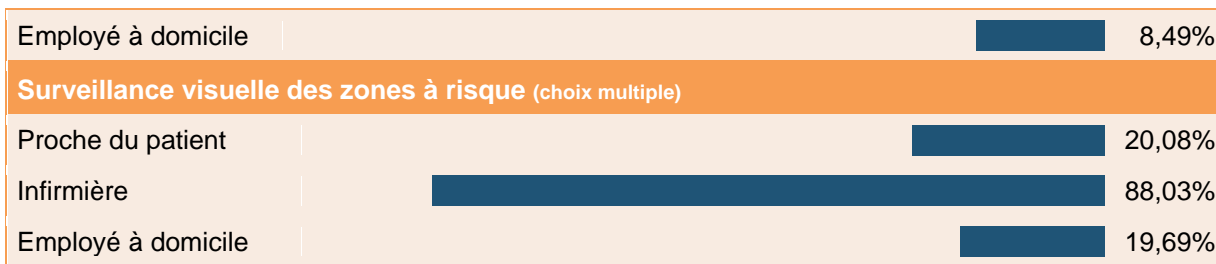


Surveillance de la nutrition (choix multiple)

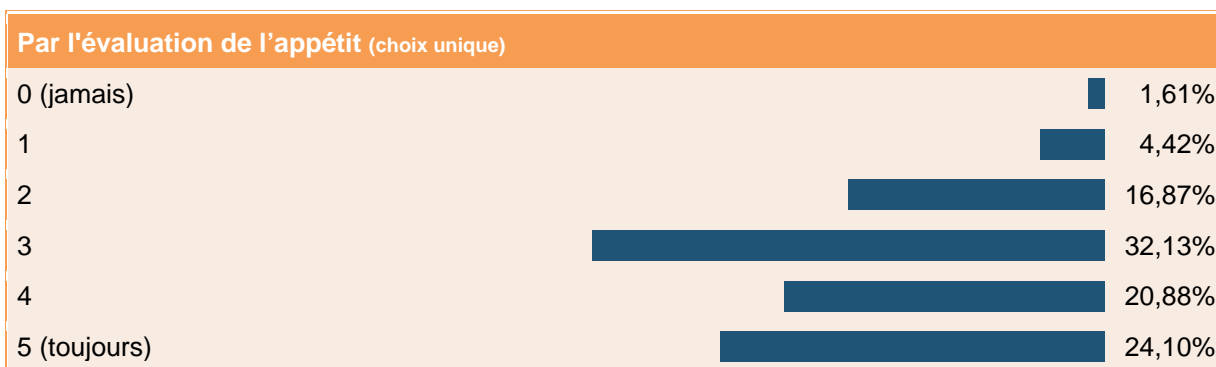
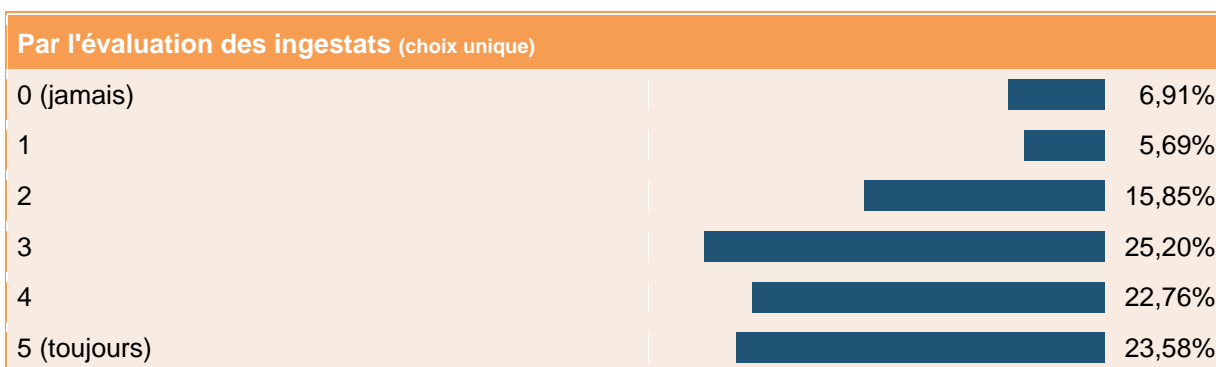
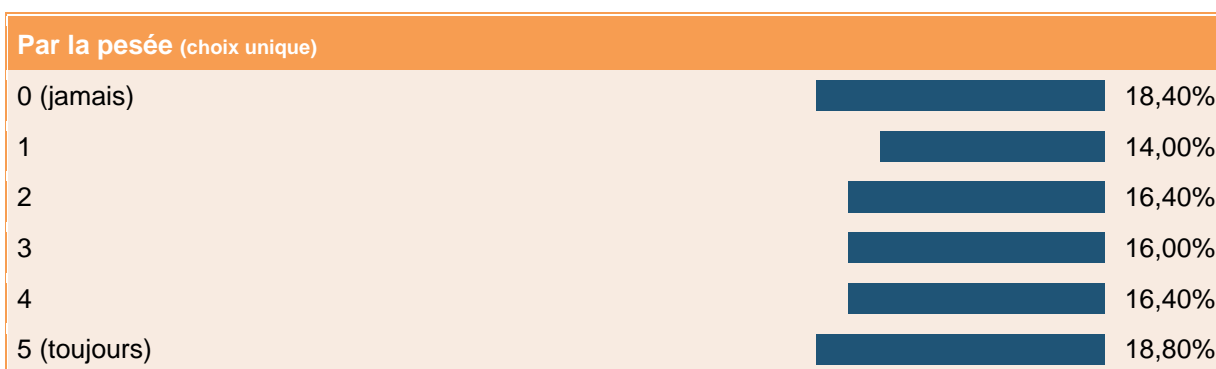


Réévaluation régulière du risque (choix multiple)





Comment est effectuée la surveillance de la dénutrition ?



Fréquence de la surveillance de la dénutrition (choix unique)

Journalière	37,60%
Hebdomadaire	44,80%
Mensuelle	17,60%

Quel topique utilisez-vous en prévention des escarres ?

Huile hyperoxygénée (choix unique)

0 (jamais)	43,52%
1	9,72%
2	13,43%
3	12,50%
4	7,41%
5 (toujours)	13,43%

Huile adoucissante (choix unique)

0 (jamais)	21,92%
1	12,33%
2	16,44%
3	21,92%
4	13,24%
5 (toujours)	14,16%

Pommade, crème (choix unique)

0 (jamais)	8,62%
1	9,05%
2	12,07%
3	17,67%
4	24,57%
5 (toujours)	28,02%

Cas concret

Imaginons une patiente à domicile âgée de 84 ans, avec IMC de 19, des difficultés de mobilité (essentiellement lit fauteuil), sous corticothérapie générale, continente, coopérative.

