

Date de mise à jour : mai 2006

Elaboré par : Massacrier Sylvie, Kieffer P *CH de Givors*, Noel Valérie, *CH de Die*, Benard Florence *CH de Privas*, Julien Brigitte, *Sancellemoz*, Jonville Françoise, *CH de ST-Marcellin*, Chaleat Claude, Leghlam Fatima, *CH de Saint Julien en Genevois*, Pin Gilbert, Pesanti Catherine, Bontikous Bernadette, *CH du Haut Bugey*, Touzet Sandrine, Petitot Charles, *CEPPRAL*

## 1 - Préambule

### Contexte de l'audit :

Les services concernés accueillent une population à risque d'escarre, car âgée et souvent peu mobile, dénutrie.

L'escarre est une source majeure de souffrance, de lui-même, et du fait des soins qu'il engendre.

Situation clinique en matière de prévention des escarres : défauts dans la prise en charge auxquels il est possible de remédier par une meilleure organisation.

La motivation des professionnels de santé d'améliorer leurs pratiques dans ce domaine est importante.

### Éléments de justification d'un audit clinique ciblé dans le domaine de la prévention des escarres :

- Des protocoles d'évaluation du risque d'escarre existent déjà dans certains services mais ne semblent pas encore assez utilisés par les soignants.
- Nécessité d'harmoniser les pratiques dans ce domaine entre plusieurs services d'un même établissement.
- Gravité des escarres stade 3-4 : importance de la prévention de ces escarres.

## 2 - Le référentiel de pratiques

Le référentiel de pratique retenu est la recommandation pour la pratique clinique de la Haute Autorité de Santé datée de novembre 2001.

## 3 - Le champ d'application

L'audit peut concerner les services d'hospitalisation de court, moyen, long séjour, et soins de suite et réadaptation, des établissements de santé.

## 4 - Les critères d'inclusion et de non inclusion

### **. Critères d'inclusion**

- Tous les patients hospitalisés non autonomes (alitement complet ou mise au fauteuil impossible sans aide) au sein des services participant à l'audit clinique seront successivement inclus.

L'audit peut porter sur les patients dès leur entrée dans le service (absence d'autonomie déjà présente) ou au cours de leur séjour (perte d'autonomie en cours de séjour : début de l'audit à partir du moment où il y a perte d'autonomie).

### **. Critères de non inclusion**

- Patients déjà porteurs d'une escarre(s) constituée(s) stade 2 et plus.

## 5 - Le type de l'étude

Il s'agit d'un audit prospectif ou rétrospectif (fonction de la structure de l'établissement ou du service évalué).

## **6 - Les sources d'information**

Les informations sont recueillies à partir :

- du dossier des patients,
- de l'interview des membres de l'équipe soignante,
- des supports de planification des soins.

## **7 - La taille de l'échantillon**

L'audit clinique ciblé porte sur 30 patients hospitalisés consécutivement, pour chaque service pour lequel on désire des résultats indépendant de l'audit.

## **8 - La période d'évaluation**

La durée d'observation sera variable selon le type de service, et correspondra à la prise en charge initiale observée à l'issue des 15 premiers jours d'hospitalisation, des 30 premiers patients entrant consécutivement dans le service d'hospitalisation.

## **9 - Critères d'évaluation**

Les critères d'évaluation de l'audit clinique seront séparés en deux rubriques au sein de la grille d'audit :

- les critères de moyens et d'organisation (grille n°1)
- les critères de pratique de prévention (grille n°2)