

SYNTHESE

Mise en œuvre d'indicateurs de résultats mesurés à partir des bases de données médico-administratives : enseignements tirés de l'expérience de 2 projets

Validée par le Collège le 29 janvier 2025

Note introductive

À la suite d'un appel à candidatures, 2 projets de mise en œuvre d'indicateurs de résultats ont été menés de 2021 à fin 2023. Cette synthèse rapporte les principaux enseignements tirés de l'expérience des deux équipes.

Ces enseignements sont utiles pour toute structure/institution qui souhaiterait s'investir dans la mise en œuvre de ce type de mesure.

Contexte

La HAS souhaite aider au déploiement d'indicateurs de résultats visant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, mesurés à partir des bases de données médico-administratives.

De juin à septembre 2021, la HAS a lancé un appel à projets. Il concernait tout projet, en ville ou en établissement de santé, qui met en œuvre un ou plusieurs indicateurs de résultat issus de toute base de données structurée, informatisée et requêtable, qu'elle soit nationale ou locale.

A l'issue de cet appel à projets, 2 projets ont été sélectionnés¹ (Cf. [Annexe 1](#)).

1. la dénutrition et escarres en post chirurgie :
 - Il s'agit de calculer un taux de dénutrition et un taux d'escarres en post chirurgie chez les patients de plus de 69 ans hospitalisés plus de 2 nuits.
 - La source de données est le PMSI.
2. l'évolution des escarres en MCO et SMR, utilisant une grille validée.
 - Il s'agit du taux de dégradation des escarres entre J1 et J7.
 - La source de données est le dossier patient informatisé.

¹ 4 candidatures ont été reçues : seulement deux étaient éligibles aux regards des critères retenus. Cf. [Grille de lecture des candidatures](#).

Chaque projet a été financé à hauteur de 30 000 euros. Un suivi d'avancement par la HAS était réalisé tous les 6 mois sur une période de 2 ans. Aucune aide méthodologique n'a été fournie par la HAS.

Ce rapport décrit les principaux constats et les conclusions de la HAS, issus des rapports des porteurs de projet et de leur retour d'expérience partagé lors d'une réunion dédiée le 14 mai 2024.

Ces constats portent sur :

- les freins à la mise en œuvre de ce type d'indicateurs ;
- les leviers susceptibles d'être actionnés pour favoriser leur mise en œuvre en routine ;
- les facteurs clés de réussite ;
- les différentes façons avec lesquelles ces indicateurs sont utilisés par les professionnels/les établissements de santé pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Principaux constats

La mise en œuvre de ces 2 projets pour améliorer la qualité et la sécurité des soins à partir d'indicateurs est un succès sur plusieurs plans, bien qu'ils utilisent des sources de données très différentes.

Un grand investissement est requis au démarrage par les porteurs de projet pour informer, former et mobiliser les professionnels de santé autour de l'indicateur ainsi qu'un suivi régulier avec retours d'information à intégrer dans un système d'information performant et ergonomique.

Les équipes ont identifié des freins et activé des leviers pour mener leur projet à bien dans le temps imparti. Elles en tirent une grande satisfaction et ont choisi de pérenniser ces 2 projets à visée d'amélioration des pratiques et du résultat pour les patients.

Les freins identifiés

Des freins présentés ci-dessous ont été rapportés par les 2 équipes. Ils sont liés :

- **à la source des données** : L'information source sur laquelle s'appuie l'indicateur doit être fiable. Il s'agit par exemple que la présence ou survenue d'une escarre soit recherchée et tracée dans le dossier ou la transmission infirmière, ou encore que la dénutrition soit dépistée et tracée dans le dossier du patient puis bien codée dans le PMSI ;
- **aux professionnels de santé** : Le turn-over des soignants et le recours à des agents vacataires-intérimaires impactent le bon déroulé du projet.
- **à l'outil de collecte des données** :
 - le manque d'ergonomie de l'outil utilisé pour la saisie des données est un frein majeur ;
 - tout changement d'outils dans le projet entraîne une inertie à prendre en compte, due à l'appropriation du changement et à la gestion de ses conséquences sur le déroulement du projet (collecte des données, retard dans le planning...).
- **à l'interprétation des résultats** : L'interprétation des résultats et de leur variabilité, entre 2 mesures pour la même structure ou entre 2 structures, n'est pas simple. Elle nécessite de disposer d'autres informations : ces dernières permettent d'analyser le lien entre le résultat obtenu et la qualité des pratiques, et d'échanger avec tous les acteurs sur les causes possibles de survenue de la dénutrition, de l'escarre ou de son évolution négative.

Les leviers activés

Le bon déroulement de ce type de projet passe par :

- **Une mesure qui a du sens pour les participants**

Le projet doit être un outil au service des équipes médico-soignantes pour améliorer la qualité des prises en charge et des pratiques en lien avec l'indicateur, idéalement intégré aux informations mises à disposition des professionnels de santé.

- **Une gouvernance fortement impliquée et adaptée**

Ce type de projet nécessite un portage fort de la démarche dès le départ (communication, accompagnement, retour régulier auprès des équipes...), des formations dédiées et une stabilité des équipes sur l'ensemble du projet.

- **Un contrôle avant et pendant la mesure**

Des enquêtes avant la mise en place de la mesure et des contrôles pendant la mesure doivent être réalisés pour s'assurer de la qualité de l'information utilisée pour le calcul de l'indicateur par rapport à l'information source (ici dossier patient ou transmission infirmière par exemple), qui reste le gold standard.

- **Une mobilisation ciblée des soignants**

La mobilisation des soignants doit être ciblée sur des points essentiels au calcul de l'indicateur et pour l'analyse des résultats et de leur variabilité.

- **Un service informatique adapté et réactif**

Le service informatique est un élément incontournable du projet, pour élaborer, maintenir et ajuster autant que nécessaire l'outil utilisé.

Les facteurs clés de réussite

Le succès de ces projets repose sur deux points clés :

- un portage fort dès le départ (communication, formation, retours aux équipes, financement adapté...),
- et un service informatique performant.

L'intégration des données et du résultat de l'indicateur dans un système d'information utilisé en routine est essentielle pour leur pérennisation (exemple : dossier patient informatisé).

Utilisations de ces indicateurs

La mise en œuvre de ces deux projets a permis de sensibiliser les professionnels de santé aux pratiques en lien avec les indicateurs et, malgré les difficultés et les limites, de les intégrer en routine comme outil de pilotage de la qualité et gestion des risques.

Ces indicateurs ont été développés, pérennisés et intégrés dans le système d'information des établissements de santé participants (cf. [Annexe 2](#) et [annexe 4](#)).

Ce sont des outils au service de l'amélioration de la qualité et sécurité des soins, dont l'interprétation ne peut pas se faire isolément. Le résultat seul ne permet pas de juger de la qualité ou non qualité des pratiques en lien avec la mesure. Les porteurs de projets considèrent que leurs indicateurs sont validés en l'état uniquement pour un usage interne dans leur établissement.

Au national la HAS considère que :

- l'indicateur « escarre et dénutrition » calculé à partir des données du PMSI disponibles est techniquement généralisable (cf. Fiches descriptives en [annexe 3](#)). Cependant, la qualité du codage de la dénutrition et des escarres dans les établissements doit être obligatoirement évaluée au préalable, et les modalités d'interprétation et d'utilisation de ces indicateurs définies au regard de cette qualité. Pour une utilisation autre qu'interne à l'établissement de santé, il y a une

nécessité de poursuivre la validation de cet indicateur (autres catégories d'établissements, qualité du codage, identification des causes de la variabilité du résultat obtenu entre les établissements...).

- Le projet portant sur l'indicateur « évolution des escarres : taux de dégradation » calculé à partir des données du dossier patient informatisé est généralisable dans les établissements qui peuvent intégrer dans leur système informatique la grille et le calcul de l'indicateur. Le projet a notamment permis de créer une grille d'évaluation des escarres basée sur les recommandations de la HAS (Cf. Grille d'évaluation des escarres en [annexe 5](#)).

Conclusions

La mise en œuvre de ces 2 projets permet d'identifier des freins et des facteurs de réussite :

- non pressentis, tels l'importance dès le départ du portage fort y compris financier, la nécessité de formations dédiées ainsi que la satisfaction des équipes qui se sont engagées ;
- et d'autres pressentis, tels l'importance du système informatique et du financement dédié pour son bon déroulement et sa pérennisation.

Pour en savoir plus, consulter la page du site internet de la HAS dédiée aux projets réalisés, qui met notamment à disposition les rapports complets des 2 projets.

Annexe 1. Information sur les deux projets retenus

Etablissement (région)	Type de structure	Prises en charge concernées
7 cliniques ELSAN des Hauts de France : Clinique Vauban, Clinique du Parc, Clinique du Cambresis, clinique De St Omer, Clinique Villette, Clinique de Flandre, Hôpital privé St Claude à St Quentin	Privé lucratif	Dénutrition et escarres en post chirurgie chez les patients > 69 ans hospitalisés plus de 2 nuits La dénutrition est un facteur de risque indépendant d'accroissement de la morbidité et de la mortalité, quelles que soient les pathologies sous-jacentes. Elle est, dans la sous-population analysée, probablement sous-évaluée. Objectifs : Amélioration du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée en post-chirurgie, et potentiellement diminution du taux d'escarres. Indicateurs : Taux de dénutrition et taux d'escarres en post chirurgie chez les patients > 69 ans hospitalisés > 2 nuits Source des données : PMSI MCO. Pour en savoir plus : Rapport des établissements ELSAN Hauts de France.
Hôpital de la Porte Verte Versailles, 78	ESPIC	Evolution des escarres en MCO et SMR - Grille validée intégrée dans le dossier patient informatisé (DPI) Qualité de la prise en Charge des Escarres (score QPCE) en MCO et SMR : Indicateur initial : Mesurer le taux de non-dégradation, objectif minimum d'une prise en charge conforme aux protocoles. Objectifs revus lors de l'analyse des résultats, car l'outil développé ne permet pas d'objectiver une prise en charge conforme (causes multifactorielles). L'indicateur mesuré est le « taux de dégradation des escarres ». Ses objectifs sont : - Quantifier les cas avec évolution défavorable des escarres, analyser les causes, mettre si besoin des actions correctrices et suivre leur efficacité. - Alimenter un dispositif informatisé nécessitant le moins possible d'intervention humaine. Utilisation d'une grille (J1-J7) validée. Source des données : dossier patient informatisé. Pour en savoir plus : Rapport de l'hôpital de la Porte Verte.

Annexe 2. Synthèse du rapport du projet mesurant le taux de dénutrition et le taux d'escarres à partir du PMSI MCO

Les informations ci-dessous sont issues du rapport et n'engagent que les porteurs du projet.

Description du projet

Cliniques ELSAN des Hauts de France.

Période d'étude : octobre 2021 à juillet 2023.

Mise en œuvre du projet dans chaque service de chirurgie des 7 cliniques

Pilotage standardisé et reproductible, avec extraction mensuelle, par une équipe pilote et le DIM, des données des séjours de la base PMSI de chaque établissement :

- synthèse dans un tableau de bord commun par clinique
- analyse et suivi des indicateurs calculés à partir du PMSI local de chaque établissement, puis
- calcul des indicateurs à partir des données nationales du PMSI

Analyse qualitative par retour aux dossiers chaque trimestre sur un échantillonnage de la population cible par des audits de bonnes pratiques sur 60 dossiers (Grille d'audit).

Réalisation d'une enquête de prévalence un jour donné, pour vérifier la cohérence des transmissions IDE avec le codage.

Audits + résultats de l'évolution des indicateurs (cf. Fiches descriptives en [annexe 3](#)) : plan d'amélioration continue des pratiques +/- plan de formation des équipes + optimisation des équipements si nécessaire.

Nombreuses actions de sensibilisation, information et formation.

Rappel des règles de codage des escarres et dénutrition

Analyse des résultats

Résultats : patient > 69 ans, GHM en C, durée séjour > 2 nuits = 5 860 séjours entre octobre 2021 et juin 2023.

Taux de dénutrition :

Le taux de dénutrition dans les 7 cliniques du groupe ELSAN Hauts de France est de 5,1% en 2021, 3,2% en 2022 et 2,5% à T1 2023.

Le taux de dénutrition a aussi été calculé à partir des données du PMSI MCO national :

- au national : il est de 10,5% en 2021, 9,3% en 2022 et 9% au 1er trimestre 2023.
- Et dans toutes les cliniques ELSAN, les établissements privés hors ELSAN, les Espic et les établissements publics. Ce taux dans ces 2 derniers types d'établissements est plus élevé que les taux nationaux.

Cependant, le taux de dénutrition :

- diminue dans tous les secteurs (en dehors du privé hors ELSAN), entre 2021 et 2023, notamment à partir de 2022, peut-être en partie à la suite du changement entre 2007 et 2021 des critères HAS de diagnostic de la dénutrition chez le patient âgé.
- et des disparités inter-établissements très importantes (volume et taux de dénutrition) sont observées.

Les chirurgies majeures les plus associées à la dénutrition concernent l'appareil locomoteur (qui représente 50% de l'activité des cliniques ELSAN des Hauts de France vs 35% au national) et la chirurgie digestive. Suite à ces constats, une standardisation sur le type de chirurgie (groupe de planification) a été jugée nécessaire.

Résultat des 4 audits réalisés (1 680 dossiers audités) : des progrès réalisés dans le dépistage de la dénutrition, variables selon les critères utilisés.

Taux d'escarres :

Le taux d'escarre dans les cliniques ELSAN Haut de France est de 4,5% en 2021, 4,2 % en 2022 et 5,2% à T1 2023.

Le taux d'escarre dans les cliniques ELSAN HDF est plus bas que dans le public, les ESPIC et le privé hors ELSAN et les cliniques ELSAN France.

Grandes disparités observées par établissement : Le taux d'escarre est dépendant du codage du diagnostic d'escarre, lequel dépend de la traçabilité des informations dans le dossier médical du patient.

Résultat de l'enquête de prévalence un jour donné : cohérence des transmissions IDE et du codage vérifiée sur 112 séjours : 10 escarres ont été analysés et bien codés.

L'échantillon des Hauts-de-France n'est pas représentatif de l'activité au niveau national, ni de l'activité du privé hors ELSAN.

Conclusions

Le projet Etude Escarre et Dénutrition a permis :

- d'initier un questionnaire dans les établissements sur les pratiques de prévention, de dépistage et de prise en charge de la dénutrition ;
- de modifier le dossier patient informatisé (DPI) pour intégrer les nouvelles pratiques de dépistage de la dénutrition (HAS, 2021) (Cf. Grille d'audit utilisée ci-dessous) ;
- d'intégrer les indicateurs dans les démarches d'Evaluation des pratiques Professionnelles (EPP) et les audits dans le programme annuel d'évaluation.

Les écarts identifiés font l'objet d'un plan d'action. Les résultats sont partagés et suivis.

La sensibilisation des professionnels sera poursuivie avec présentation des indicateurs mensuellement aux commissions de soins des établissements et aux diététiciennes pour maintenir la dynamique mise en œuvre.

Grille d'audit adaptée, par l'équipe, aux critères diagnostiques de la dénutrition chez la personne âgée de la HAS publiés en 2021 (Recommandation HAS, 2021) :

- Perte de poids en 1 mois renseignée et chiffrée
- Perte de poids en 6 mois renseignée et chiffrée
- Réduction de la prise alimentaire recherchée et chiffrée
- IMC renseigné
- Force musculaire mesurée au dynamomètre
- Présence d'escarre à l'entrée
- Mini Nutritionnal Assessment (MNA®) complété
- Passage diététicienne.

Annexe 3. Fiches descriptives pour la mesure du taux de dénutrition et du taux d'escarres à partir du PMSI

Ces fiches sont extraites du rapport des porteurs de projet.

Description : TAUX DE DENUTRITION	Taux de dénutrition chez les personnes âgées > 69 ans hospitalisées pour intervention chirurgicale.
Pertinence clinique / intérêt de l'indicateur	Recommandations HAS 2007, intitulées « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée »
Pertinence pour l'amélioration/Objectifs/Améliorations attendues	Amélioration du dépistage de la dénutrition dans la population cible
Population cible	Séjours de patients > 69 ans avec GHM en C et Durée de séjour > 2 nuits
Dénominateur	Dénominateur = Population cible Patients > ou = 70 ans GHM en C Durée séjour >2 nuits
Numérateur	Patients > ou = 70 ans GHM en C Durée séjour >2 nuits Présence DAS = E4*
Source de données disponibles	Base de données PMSI
Type d'indicateur	Résultat
Mode d'expression du résultat	Taux
Limites de la mesure	Qualité et exhaustivité du codage Qualité et exhaustivité des transmissions IDE
Mode de calcul	Nb séjours > 2 nuit et GHM en C (C : Classification CAS) de patient >ou=70 ans/ Nb séjours > 2 nuit et GHM en C de patient > 69 ans + présence DAS E4*
Niveau de calcul de l'indicateur	Territoire ELSAN Hauts de France et par établissement
Offreur de soins concernés par l'indicateur	Personnel de soins des services de chirurgie
Restitution du résultat de l'indicateur aux offieurs de soins	Modalités : Rapport publié dans Blue Med (tableau de bord de pilotage de la qualité)
Version de l'indicateur	V0
Modalités d'utilisation de l'indicateur	Construction d'un plan d'action (formation, matériel, etc.) à visée d'utilisation interne et de diffusion des bonnes pratiques
Imputabilité du résultat à l'offreur de soins	Directement imputable aux professionnels

Description TAUX ESCARRE	Taux escarre chez patients > 69 ans hospitalisés pour intervention chirurgicale
Pertinence clinique / intérêt de l'indicateur	Recommandations HAS 2001, intitulées « Prévention et traitement de l'escarre de l'adulte et du sujet âgé »
Pertinence pour l'amélioration/Objectifs/Améliorations attendues	L'immobilisation et la dénutrition sont des facteurs prédictifs du risque d'escarre (HAS). Amélioration attendue : Diminution du taux d'escarre dans la population cible.
Population cible	Séjours de patients > 69 ans avec GHM en C et Durée de séjour > 2 nuits
Dénominateur	Dénominateur = Population cible Patients > 69 ans GHM en C Durée séjour >2 nuits
Numérateur	Patients > 69 ans GHM en C Durée séjour >2 nuits Présence DAS = L89*
Source de données disponibles	Base de données PMSI
Type d'indicateur	Résultat
Mode d'expression du résultat	Taux
Limites de la mesure	Qualité et exhaustivité du codage Qualité et exhaustivité des transmissions IDE
Mode de calcul	Nb séjours > 2 nuit et GHM en C (C : Classification CAS) de patient > 69 ans/ Nb séjours > 2 nuit et GHM en C de patient > 69 ans + présence DAS L89*
Niveau de calcul de l'indicateur	Territoire ELSAN Hauts de France et par établissement
Offreur de soins concernés par l'indicateur	Personnel de soins des services de chirurgie
Restitution du résultat de l'indicateur aux offreur de soins	Modalités : Rapport publié dans Blue Medi (tableau de bord de pilotage de la qualité)
Version de l'indicateur	V0
Modalités d'utilisation de l'indicateur	Construction d'un plan d'action (formation, matériel, etc.) à visée d'utilisation interne et de diffusion des bonnes pratiques
Imputabilité du résultat à l'offreur de soins	Directement imputable aux professionnels

Annexe 4. Synthèse du rapport du projet mesurant l'évolution des escarres en MCO et SMR à partir du dossier patient informatisé

Les informations ci-dessous sont issues du rapport et n'engagent que les porteurs du projet.

Description du projet

Hôpital de la Porte Verte (ESPIC).

Période d'étude : 1er janvier 2022 – 30 septembre 2023.

Utilisation d'une grille reconnue, intégrant la notion de nutrition qui a été déployée dans le dossier patient informatisé (DPI) (Cf. Grille d'évaluation des escarres en [annexe 5](#)).

Requête informatisée dans le DPI pour le recueil de toutes les informations nécessaires au calcul :

- critères d'évaluation du risque d'escarre (critères de la grille Braden),
- nombre d'escarres et stade le plus avancé des escarres présentes.
- table d'aide à la cotation
- unité médicale (UM), début et fin de séjour
- codification PMSI
- présence et stade escarres

Extraction de la requête, importation et analyse des données dans SPHYNX tous les 3 mois par la direction qualité gestion des risques.

Le comité escarres, devenu comité plaies et cicatrisation entre temps, a validé la mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire, représentatif de chaque pôle d'activité. Ce groupe a pour mission d'aboutir à un consensus sur les définitions des différents grades de chaque item de la grille par une quantification du scoring.

Le service informatique a fait évoluer l'aspect visuel du formulaire en redimensionnant les onglets. La prescription simplifiée pour la planification automatique de la réévaluation de la grille à 7 jours est en cours d'intégration dans le plan de soins.

Résultats

QPCE : Qualité de la prise en charge des escarres

N = 1 312 dossiers inclus

Analyse du remplissage de la grille d'évaluation des escarres : 80% de remplissage de la 1ère grille, remplissage de la 2ème grille dans 1/3 des dossiers. Ce dernier est moins bon dans les services de courts séjours (médecine) par rapport au SMR.

Analyse de l'indicateur « taux de dégradation des escarres »

- 80% des dossiers sont stables ou en amélioration.
- Taux de dégradation stable aux cours des trimestres étudiés, variant autour de 20%.

Analyse des causes de dégradation du score :

- La majorité des cas concerne une aggravation du score de Braden, donc les facteurs de risque d'escarres du patient, qui nécessitent d'adapter les mesures de prévention. La subjectivité de

l'évaluation du score de Braden, telle que réalisée actuellement, conduit à la prudence quant à la fiabilité des résultats.

- 4% des dégradations du score QPCE sont liées à des escarres supplémentaires acquises et 5% à une aggravation du stade d'escarre. Ils témoignent d'une dégradation de l'état clinique du patient. Ils permettent de mieux comprendre l'évolution des escarres et d'améliorer les axes de prise en charge.

Conclusions

Ce projet utilise une grille validée qui permet de mesurer le taux de dégradation des escarres, identifiée par la dégradation du score Qualité de la prise en charge des escarres – QPCE. La majorité des cas de dégradation du score sont liés à une aggravation du score de Braden : deux mesures pour les réduire sont identifiées 1- réduire la subjectivité de l'évaluation de ce score 2- adapter les mesures de prévention des escarres aux facteurs de risque des patients.

L'outil développé ne permet pas d'objectiver une prise en charge conforme car les causes d'apparition d'une escarre sont multifactorielles, et notamment lié à des facteurs intrinsèques.

Cet outil ne peut pas, et ne doit pas, être utilisé comme évaluation du respect des protocoles ou de l'activité des professionnels. Les dossiers des unités concernées par les dégradations du score QPCE liées à des escarres supplémentaires acquises ou à une aggravation du stade d'escarre feront l'objet d'une analyse approfondie et seront présentés en RMM plaies. L'outil vise *in fine* à réduire le taux d'escarres à son minimum incompressible.

Annexe 5. Grille d'évaluation des escarres

FICHE ESCARRE - FORMULAIRE SOIGNANT

CLIQUEZ SUR

Evaluation initiale & Réévaluations									
DATE	PERCEPTION SENSORIELLE	HUMIDITÉ	ACTIVITÉ	MOBILITÉ	NUTRITION	FRICTION ET CISAILEMENT	SCORE DE BRADEN	STADE MAX. ESCARRE	NOMBRE ESCARRE
22/01/2022 16:16	4	4	4	4	4	3	23	0	0
08/01/2022 16:41	4	4	4	3	4	3	22	0	0

PERCEPTION SENSORIELLE

1- COMPLETEMENT LIMITE

2- TRES LIMITE

3- LEGEREMENT DIMINUE

4- AUCUNE DIMINUTION

HUMIDITE

1- CONSTAMMENT MOUILLE

2- HUMIDE

3- HUMIDITE OCCASIONNELLE

4- RAREMENT HUMIDE

ACTIVITE

1- ALITE

2- AU FAUTEUIL

3- MARCHE OCCASIONNELLEMENT

4- MARCHE FREQUEMMENT

MOBILITE

1- COMPLETEMENT IMMOBILE

2- TRES LIMITE

3- LEGEREMENT LIMITE

4- AUCUNE LIMITATION

NUTRITION

1- TRES PAUVRE

2- PROBABLEMENT INADEQUATE

3- ADEQUATE

4- EXCELLENTE

FRICTION ET CISAILEMENT

1- PROBLEME PATENT

2- PROBLEME POTENTIEL

3- AUCUN PROBLEME APPARENT

STADE MAX. ESCARRE

0- ABSENCE D'ESCARRE

1- ZONE DE PRESSION ET STADE I

2- STADE IIA - PHLYCTENE / DESEPIDERMISATION (ABRASION)

3- STADE IIB (NECROSE DERMIS-EPIDERMISQUE) - BOURGEON

4- STADE IIB (NECROSE DERMIS-EPIDERMISQUE) - FIBRINE

5- STADE IIC (NECROSE DERMIS-EPIDERMISQUE) - NECROSE

6- STADE IIA (NECROSE PROFONDE SOUS-CUTANEE) - BOURGEON

7- STADE IIB (NECROSE PROFONDE SOUS-CUTANEE) - FIBRINE

8- STADE IIC (NECROSE PROFONDE SOUS-CUTANEE) - NECROSE

9- STADE IID (NECROSE PROFONDE SOUS-CUTANEE) - ATTENTE OSTEOTENDINEUSE

NOMBRE ESCARRE

0- ABSENCE D'ESCARRES

1- UNE ESCARRE

2- DEUX ESCARRES DISTINCTES

3- PLUS DE DEUX ESCARRES DISTINCTES

Traitement corticoide

Douleur

Infection locale

AUTRES FACTEURS DE RISQUE D'ESCARRE A L'ENTREE

Traitement anti-inflammatoire

Anemie

Troubles circulatoires

Diabete

Obesite

Troubles cognitifs

Aucun des risques ci-dessus

Ce document est une synthèse des principaux enseignements tirés de la mise en œuvre de la mesure d'indicateurs de résultats mesurés à partir des bases de données médico-administratives
Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr