

avec la participation de



CONFÉRENCE
DE
CONSENSUS

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES ESCARRES DE L'ADULTE ET DU SUJET AGÉ

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Jeudi 15 et vendredi 16 novembre 2001
Hôpital Européen Georges-Pompidou - Paris



Partenaires

Association Française des Entérosthérapeutes
Association Française pour la Recherche et l'Évaluation en Kinésithérapie
Association Nationale des Infirmiers Généraux
Association Nationale Française des Ergothérapeutes
Association des Paralysés de France
Association de Recherche en Soins Infirmiers
Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres
Fédération des Associations de Soins et Services à Domicile de Paris
Fédération des Établissements d'Hospitalisation à domicile
Fédération Nationale des Infirmiers
Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique
Société Française de Dermatologie
Société Française de Gériatrie et de Gérontologie
Société Française de Nutrition Entérale et Parentérale
Société Française de Rééducation Fonctionnelle de Réadaptation et de Médecine Physique
Société Française des Infirmiers de Soins Intensifs
Société Nationale Française de Médecine Interne

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
159, rue Nationale - 75640 PARIS CEDEX 13 - Tél. : 01 42 16 72 72 - Fax : 01 42 16 73 73
<http://www.anaes.fr> - <http://www.sante.fr>

CONFÉRENCE DE CONSENSUS

**PRÉVENTION ET
TRAITEMENT DES
ESCARRES DE L'ADULTE
ET DU SUJET ÂGÉ**

AVANT-PROPOS

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).

Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le jury de la conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANAES.

COMITÉ D'ORGANISATION

F. FABRE, Présidente : Directrice du service de soins infirmiers, Créteil
L. ANDOUCHE : Méthodologie ANAES, Paris
F. CARPENTIER : Méthodologie ANAES, Paris
D. COLIN : Médecine physique et réadaptation, Saint-Saturnin (Le Mans)
P. DENORMANDIE : Chirurgien orthopédique, Garches
P. DOSQUET : Méthodologie ANAES, Paris
C. GOURY : Mission handicap de l'AP-HP, Paris
C. HAMONET : Médecine physique et réadaptation, Créteil
G. ISAMBART : Infirmier général, Clermont
S. KAROUMI : Infirmière, Valenciennes
S. MEAUME : Dermatologue, gériatre, Ivry-sur-Seine
R. MOULIAS : Gériatre, Ivry-sur-Seine
E. NIVEAU : Infirmière libérale, Montreuil
AF. PAUCHET-TRAVERSAT : Méthodologie ANAES, Paris
C. RUMEAU-PICHON : Méthodologie ANAES, Paris
L. TÉOT : Chirurgie plastique et reconstructrice, Montpellier
MJ. VÉGA : Infirmière générale, Paris

JURY

R. MOULIAS, Président : Gériatre, Ivry-sur-Seine
S. AUGIER : Directeur de centre hospitalier, Saint-Jean-de-Maurienne
M. BITSCHENÉ : Infirmière d'Emsp, Colombes
AM. BOUBON-RIBES : Infirmière libérale, Bagnols-sur-Cèze
C. BUSSY : Cadre infirmier hygiéniste, Villejuif
Y. CLAUDEL : Médecin généraliste, Bort-les-Orgues
PE. LAURÈS : Journaliste et usager, Cap-d'Agde
JJ. LE BRAS : Cadre kinésithérapeute, Nice
P. MACREZ : Aide-soignant, Paris
M. RAINFRAY : Gériatre, Pessac
D. STRUBEL : Gériatre, Nîmes
A. TANGUY : Chirurgien orthopédique, Clermont-Ferrand
F. TRUCHETET : Dermatologue, Thionville
I. ULRICH : Pharmacienne, Clamart

EXPERTS

- M. ALIX : Gériatre, Caen
B. BARROIS : Médecine physique et réadaptation, Gonesse
G. BERRUT : Médecin interniste, Angers
M. BONNEFOY : Gériatre, Pierre-Bénite
D. BOULONGNE : Médecine physique et réadaptation, Coubert
JC. CASTÈDE : Chirurgie plastique et reconstructrice, Bordeaux
C. DEVAUX : Kinésithérapeute, Garches
M. DUMETZ : Cadre infirmier, Grenoble
P. FOUASSIER : Gériatre, Ivry-sur-Seine
M. GUYOT : Cadre infirmier stomathérapeute, Lyon
F. HAMON-MEKKI : Cadre infirmier, Ploemeur
A. JACQUERYE : Cadre infirmier, Bruxelles
JM. JACQUOT : Gériatre, Nîmes
O. JONQUET : Réanimateur médical, Montpellier
C. KAUER : Chirurgie plastique et reconstructrice, Paris
C. LEMARCHAND : Infirmière stomathérapeute, Le Mans
M. MARZAIS : Cadre expert en soins infirmiers, Ivry-sur-Seine
L. MERLIN : Médecin généraliste, Nice
F. OHANNA : Médecine physique et réadaptation, neurophysiologiste, Montpellier
S. PALMIER : Infirmière, Montpellier
J. PÉREZ : Gériatre, Paris
F. THORAL-JANOD : Économiste, Paris
MF. VERMOT : Infirmière, Garches
J. VICTOIRE : Infirmière, Colmar
V. VOINCHET : Chirurgie plastique et reconstructrice, Marseille

GROUPE BIBLIOGRAPHIQUE

- L. ALZIEU : Pharmacienne, Boulogne
O. DEREURE : Dermatologue, Montpellier
B. GOBERT : Kinésithérapeute, Roubaix
C. JOCHUM : Gériatre, Reims
JC. KÉRIHUEL : Pédiatre, cardiologue, Paris
AF. PAUCHET-TRAVERSAT : Cadre infirmier, Colombes
C. REVAUX : Cadre infirmier, Châtillon

L'organisation de cette conférence de consensus a été rendue possible grâce à l'aide apportée par : Convatec SA, Johnson & Johnson, Smith et Nephew SA, Coloplast, P. Braun, Urgo, Mölnlycke Health Care, Asklé Santé, Brothier, Carpenter SAS, Chiesi SA, Diffusion Technique Française, Genevrier, Medimo Imagerie Médicale, Tempur.

LES QUESTIONS POSÉES

1

Comment décrire et évaluer les stades de l'escarre ?

2

Quels sont les facteurs de risque et les échelles de risque ?

3

Quelles sont les mesures générales de prévention ?

4

Quels sont les traitements de l'escarre ?

5

Quels sont les supports de prévention et de traitement des escarres ?

6

Quel est le retentissement psycho-social et sur la qualité de vie, et quelles sont les incidences économiques ?

7

Quelles éducation, formation et information du patient et de sa famille ?

INTRODUCTION

L'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses (définition établie en 1989 par le *National Pressure Ulcer Advisory Panel*). L'escarre est également décrite comme une « plaie » de dedans en dehors de forme conique à base profonde d'origine multifactorielle, ce qui la différencie des abrasions cutanées. Le rôle de la pression et de la perte de mobilité est prédominant. Cette notion souligne le fait que l'escarre vient de l'intérieur et qu'une partie des lésions n'est pas visible, à la différence des abrasions cutanées qui ne sont pas des escarres.

Les lésions iatrogènes de compression observées en cas de trachéotomies, sondages prolongés, etc., ne sont pas envisagées dans cette conférence de consensus. Elles ne sont pas des escarres au vrai sens du mot.

On peut décrire trois types d'escarres selon la situation :

- l'escarre « accidentelle » liée à un trouble temporaire de la mobilité et/ou de la conscience ;
- l'escarre « neurologique », conséquence d'une pathologie chronique, motrice et/ou sensitive : la topographie est surtout sacrée ou trochantérienne, l'indication chirurgicale est fréquente selon les caractéristiques (surface et profondeur), l'âge et les pathologies associées ; le risque de récurrence est élevé, d'où la nécessité d'une stratégie de prévention et d'éducation ;
- l'escarre « plurifactorielle » du sujet confiné au lit et/ou au fauteuil, polypathologique, en réanimation, en gériatrie ou en soins palliatifs, où prédominent les facteurs intrinsèques : les localisations peuvent être multiples, le pronostic vital peut être en jeu, l'indication chirurgicale est rare, le traitement est surtout médical.

L'escarre est une maladie fréquente dans certaines populations de patients, mais les données épidémiologiques actuelles sont insuffisantes pour évaluer précisément sa prévalence et son incidence en France. Selon les études, la prévalence des escarres varie considérablement en fonction des populations à risque. Certaines extrapolations proposent une prévalence de 300 000 escarres pour l'ensemble de la population française. Par exemple, 17 à 50 % des patients entrant dans les services de soins prolongés présentent des escarres. L'incidence varie selon chaque risque et chaque étude ; par exemple, 5 à 7 % des patients adressés en court séjour développent des escarres, 8 % des opérés lorsque l'intervention dure plus de 3 heures, et 34 à 46 % des blessés médullaires dans les 2 ans à distance de l'accident.

L'escarre est une maladie coûteuse qui altère la qualité de vie du patient. Curieusement, sur ce thème majeur, les études épidémiologiques, pathogéniques, thérapeutiques sont peu nombreuses et n'apportent que des données de faible niveau de preuve.

Les acteurs de santé confrontés quotidiennement à cette pathologie complexe trouvent difficilement informations et conseils pour une meilleure prise en charge personnalisée des patients. Pourtant, des progrès parfois spectaculaires ont été accomplis. Ils restent parfois insuffisamment pris en compte en raison d'une série de freins dont la routine n'est pas le moindre. Or, l'escarre est une maladie que l'on peut prévenir dans une grande majorité des cas. La diffusion large de ces recommandations de bonnes pratiques cliniques fondées sur l'état actuel des connaissances et sur l'expérience professionnelle a pour but d'aider les acteurs de santé, mais aussi les patients eux-mêmes et les décideurs, à améliorer la prévention, le traitement et le pronostic des escarres de l'adulte et du sujet âgé.

Des études complémentaires visant à améliorer les connaissances sur la prise en charge de ces patients sont indispensables.

QUESTION **1**

Comment décrire et évaluer les stades de l'escarre ?

La description et l'évaluation de l'escarre sont indispensables dès le début de la prise en soins et au cours du suivi, afin de définir une stratégie de soins de qualité. Elles ne se limitent pas à l'escarre.

LES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION INITIALE ET DU SUIVI DE L'ESCARRE

L'évaluation initiale de l'escarre et l'évaluation de suivi de la plaie sont complémentaires mais poursuivent des objectifs différents et utilisent des méthodes différentes. Elles doivent être faites conjointement par l'infirmier et le médecin, dans le cadre d'une prise en compte globale du patient.

1. La description et l'évaluation initiale

La description et l'évaluation initiale sont essentielles au choix d'une stratégie de traitement et de soins. Elles constituent une référence pour les évaluations ultérieures. Réalisées conjointement par l'infirmier et le médecin (en prévoyant un temps de rencontre nécessaire), la description et l'évaluation initiale de l'escarre permettent une cohérence de la prise en charge du patient. Le plan de soins est fondé sur cette évaluation initiale qui doit figurer dans le dossier médical et infirmier du patient, permettant ainsi une continuité des soins.

Ce bilan de départ permet d'informer le patient du pronostic de l'escarre et de favoriser sa participation aux soins. Pour l'institution, il permet de planifier et d'organiser les soins, de prévoir la charge de travail et d'estimer les coûts. Il précise le nombre d'escarres et pour chacune d'elles la localisation, le stade, les mesures de la surface et de la profondeur de la plaie, l'aspect de la peau périlésionnelle. Il comprend également une évaluation de la douleur.

2. L'évaluation de suivi

L'évaluation de suivi est utile à la continuité des soins, à la cohérence et à la pertinence des décisions de traitement ainsi qu'à leur réajustement. Cette évaluation permet de suivre l'évolution de l'escarre.

Les classifications anatomo-cliniques ne sont pas applicables aux stades de reconstruction des tissus. Il existe des classifications adaptées aux escarres en voie de guérison, mais leur sensibilité aux changements de statut des plaies est insuffisamment démontrée. En pratique, il est suggéré que le suivi comprenne :

- une appréciation de la couleur de la plaie et du pourcentage respectif des tissus selon leur couleur, après nettoyage de la plaie, au moyen d'une échelle colorielle (*Red Yellow Black*) ;
- la mesure de la surface de la perte de substance avec une réglette millimétrée ou un calque ;
- la mesure de la profondeur avec un stylet et une réglette millimétrée ;

– la topographie de la plaie en utilisant un schéma.

Cette évaluation est complétée par la recherche de facteurs péjoratifs tels qu'infection, décollement, contact osseux, fistule, et une évaluation de l'intensité de la douleur et de son caractère permanent ou lié aux soins :

– l'infection est à distinguer de la colonisation bactérienne habituelle dans toute escarre. Le diagnostic d'escarre infectée ne peut être porté que sur des signes cliniques (érythème, chaleur locale, œdème, suppuration, odeur) et justifie le prélèvement bactériologique pour guider la thérapeutique. L'infection, suspectée sur les signes locaux, est affirmée au-delà de 10^5 germes/ml (ou gramme de tissu) sur les prélèvements (liquide de ponction, de biopsie) et/ou hémoculture. En l'absence de signe infectieux, un prélèvement n'est pas justifié en dehors d'étude d'écologie bactérienne : en effet la présence physiologique de germes commensaux risquerait d'induire des traitements inutiles et nocifs (toxicité, résistance) ;

– le contact osseux doit être noté comme facteur de gravité. Tout aspect d'os à nu au fond de la plaie doit être considéré comme une ostéite ;

– le décollement périphérique et la fistulisation.

Pour le suivi de l'évolution de l'escarre, il faut tenir compte du mécanisme de l'escarre, des facteurs de risque et de la comorbidité sur lesquels il faudra si possible intervenir. Le degré de mobilité et le caractère définitif ou transitoire du trouble, les habitudes de vie, l'état psychologique et cognitif permettent de connaître les capacités de coopération du patient, ainsi que sa motivation à son propre soin et ses projets de vie.

Pour l'environnement médico-social et familial, les paramètres à recueillir sont le degré d'implication de la famille, la médicalisation de l'environnement à domicile ou en institution (support, densité et formation du personnel soignant, etc.).

En milieu hospitalier, l'évaluation de suivi permet la codification de l'escarre par la CIM 10 dans le PMSI. Actuellement l'escarre est codifiée au travers d'un seul code, quelle que soit sa gravité, ce qui nuit d'une part à la connaissance épidémiologique, et d'autre part à la valorisation de la prise en charge des escarres.

3. Les méthodes de description et d'évaluation de l'escarre

• Les classifications dans l'évaluation initiale

Généralement elles sont utilisées pour décrire une escarre et pour élaborer des protocoles de soins (utilisation d'un langage commun).

Les classifications anatomo-cliniques décrivant le stade de l'escarre sont nombreuses, proposant entre 3 et 15 stades différents. La classification la plus fréquemment utilisée est celle de SHEA (5 stades anatomiques selon la profondeur des lésions, les deux premiers stades étant réversibles) sous sa forme modifiée par le *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) (*tableau 1*). Les classifications ont été insuffisamment validées, laissant place à l'interprétation d'un stade donné par un médecin ou une infirmière donnée. Néanmoins l'utilisation de la classification du NPUAP en 4 stades est proposée, mais il conviendrait de l'enrichir, selon les travaux de l'hôpital de Garches, d'un stade 0 (peau intacte, mais risque d'escarre), de préciser le type de nécrose, sèche ou humide, au stade III et d'y adjoindre les facteurs péjoratifs au stade IV (décollement, contact osseux, fistule et infection). Des travaux de recherche clinique devraient être menés pour valider cette classification.

Tableau 1. Classification des stades de l'escarre du *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP ; 1998, www.npuap.org).

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

Traduit de l'anglais par l'ANAES.

Toutes les échelles anatomo-cliniques sont qualitatives et n'ont pas de caractère scientifique mais elles permettent un jugement clinique médecin-infirmier, à condition qu'elles soient utilisées conjointement par ce binôme. Leur intérêt se limite à l'évaluation initiale pour déterminer ensemble le traitement. Elles n'ont pas d'intérêt pour le suivi, en particulier au cours de la guérison, car seule l'échelle de Garches décrit des stades de reconstruction.

- **Les classifications dans l'évaluation de suivi**

L'échelle colorielle (*Red Yellow Black*) repose sur l'utilisation de 3 couleurs dans la version initiale et de 5 couleurs dans la version modifiée. Elle ne définit pas la gravité de l'escarre en profondeur, son intérêt principal est de suivre l'évolution de l'escarre traitée. Cette échelle qualitative est peu fiable, mais d'utilisation facile. Elle doit être associée à l'utilisation de méthodes de mesure de l'escarre.

- **Les méthodes de mesure de l'escarre**

Les dimensions de l'escarre doivent être précisées lors de la prise en charge pour quantifier la lésion :

- pour la mesure de la surface : la réglette millimétrée est simple d'utilisation, mais relativement imprécise et expose à un risque septique. La méthode du calque est rapide et facile et permet un relevé et un archivage mais elle reste imprécise car liée au positionnement au niveau des berges de la plaie. Les techniques photographiques ne sont pas accessibles à tous et sont mal standardisées. Pour toutes ces mesures de surface, il est important que le patient soit toujours positionné de la même façon ;
- pour la mesure de la profondeur : les mesures volumétriques (moulage, stéréogrammétrie, etc.) sont précises, mais ne sont pas utilisables en pratique quotidienne. Cependant, il est indispensable de mesurer la profondeur de façon simple, à l'aide d'un stylet par exemple.

La topographie de chaque escarre est précisée sur un schéma. Pour les escarres multiples le recours à des schémas est pertinent pour le suivi et la coordination des soins autour du patient.

- **La douleur** de l'escarre peut être spontanée ou limitée aux soins. Il est recommandé d'évaluer régulièrement la douleur pour mieux orienter la prise en charge. L'évaluation

de la douleur (causes, intensité, retentissement sur le comportement quotidien et l'état psychologique) est fondamentale en se référant aux recommandations de l'ANAES.

4. Le moment de l'évaluation

La description initiale permet de déterminer le traitement.

La fréquence de l'évaluation de suivi n'est pas clairement établie. Elle dépend de l'état d'évolution de l'escarre, de ses complications et des pansements choisis. Tant qu'existent des zones ou des débris nécrotiques ou fibrineux, des signes d'infection, l'évaluation doit être quotidienne.

L'évaluation de l'escarre par l'infirmière doit se faire à chaque changement de pansement. Des évaluations conjointes du médecin et de l'infirmière doivent être programmées en fonction du stade et du mode d'évaluation de l'escarre. De plus, cette évaluation conjointe doit être réalisée à chaque tournant de l'évolution locale de l'escarre et à chaque étape de l'évolution générale du patient.

Une évaluation quantitative et qualitative s'impose lorsque le malade change de lieu de prise en charge, par exemple lorsqu'il rentre à domicile, afin de transmettre des informations écrites pour assurer la continuité des soins.

Il est souhaitable de proposer à l'OMS d'enrichir les codes de la CIM 10 des différents stades de l'escarre selon la classification NPUAP en y ajoutant un code « patient à risque d'escarre » et les codes « escarre avec décollement », « escarre infectée » et « escarre avec contact osseux ». En attendant cet enrichissement de la codification CIM 10, il est proposé que l'escarre soit accompagnée en « diagnostics associés » des codes disponibles permettant de décrire ses complications (cf. Thésaurus de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie).

Il est nécessaire de développer des études permettant la validation des classifications de l'escarre.

QUESTION 2

Quels sont les facteurs de risque et les échelles de risque ?

1. Inventaire des facteurs de risque

Les facteurs considérés aujourd'hui comme facteurs de risque sont issus de l'expérience clinique. Leur pertinence et leur poids relatif ne sont pas définis et nécessiteraient des études. Les facteurs de risque peuvent être distingués en facteurs explicatifs de l'escarre et facteurs prédictifs d'une éventuelle survenue de l'escarre. La plupart des facteurs de risque sont des facteurs explicatifs et peuvent être classés en facteurs extrinsèques ou mécaniques et facteurs intrinsèques ou cliniques.

- **Facteurs explicatifs**

Selon l'ANAES en 1998, les facteurs les plus recherchés sont les suivants.

Facteurs extrinsèques :

- la pression, qui décrit la force exercée sur la peau par le support. Son intensité mais aussi sa durée et son gradient interviennent dans la survenue d'escarres ;
- la friction, qui correspond à une lésion directe sur la peau provoquant une abrasion ;

-
- le cisaillement, qui consiste en des forces s’appliquant obliquement sur les plans cellulaires sous-cutanés, par exemple le corps en position semi-assise glissant vers le bas ;
 - la macération de la peau.

Facteurs intrinsèques :

- l’immobilité due soit aux troubles de la conscience soit aux troubles moteurs ;
- l’état nutritionnel et la malnutrition ;
- l’incontinence urinaire et fécale ;
- l’état de la peau ;
- la baisse du débit circulatoire ;
- la neuropathie responsable d’une perte de sensibilité et de l’incapacité de changer de position ;
- l’état psychologique et le manque de motivation à participer aux soins ;
- l’âge.

Selon le *Royal College of Nursing* en 2001, d’autres facteurs de risque (grade B¹) complètent la liste de l’ANAES :

- les antécédents d’escarre ;
- la déshydratation ;
- certaines maladies aiguës ;
- les pathologies chroniques graves et la phase terminale de pathologies graves.

• **Facteurs prédictifs de risque**

- l’immobilisation ;
- la dénutrition.

La présence d’un de ces facteurs augmente l’incidence de l’escarre dans 2 études apportant un niveau de preuve II.

2. Facteurs de risque particuliers à certaines situations cliniques

• **Neurologie, orthopédie, traumatologie**

Il y a peu de facteurs de risque spécifiques, mais du fait de ces pathologies, on reconnaît, sans éléments de preuve, trois facteurs de risque fondamentaux : la pression, la perte de mobilité et le déficit neurologique sensitif et moteur.

Chez les patients ayant un déficit neurologique (blessés médullaires, SEP, hémiplegiques), d’autres facteurs de risque sont souvent associés : spasticité, incontinence, risque peropératoire. Dans ces situations, l’absence de coopération du patient est un facteur comportemental à risque qui varie selon l’âge et les perspectives de réadaptation et de réinsertion socioprofessionnelle. En cas de chirurgie reconstructrice, l’importance de la qualité de la peau est majeure et certains éléments sont péjoratifs pour la cicatrisation : âge, tabagisme, corticothérapie au long cours, diabète, troubles de la microcirculation et de la coagulation.

¹ Une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve (niveau I). Une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau de preuve intermédiaire (niveau II). Une recommandation de grade C est fondée sur des études de faible niveau de preuve (niveau III, IV ou V). En l’absence de précisions, les recommandations reposent sur un accord professionnel exprimé par le jury.

- **Gériatrie**

Certains facteurs de risque particulièrement fréquents en gériatrie ont été mis en évidence. Il s'agit de la fièvre, de la diminution de la pression artérielle, de la diminution des apports énergétiques, des maladies cardio-vasculaires. Cependant, dans ce dernier cas, l'échelle de Braden s'est montrée supérieure en prédiction d'escarre. La fragilité particulière de la peau et l'atrophie du tissu sous-cutané des personnes âgées sont probablement un facteur de risque qui n'a pas été étudié. En ce qui concerne la nutrition, l'insuffisance d'apports protido-caloriques est un facteur de risque de niveau de preuve II. L'hypoalbuminémie est associée dans de nombreuses études (niveau II) à la survenue d'escarres. Mais elle peut être la conséquence d'un hypermétabolisme induit par l'escarre elle-même du fait du syndrome inflammatoire associé. L'administration de suppléments protido-caloriques chez des sujets âgés a permis dans une étude de réduire l'incidence des escarres.

- **Soins intensifs**

Le collapsus cardio-vasculaire paraît être un facteur de risque important.

Dans une seule étude (niveau de preuve III), il a été isolé 5 facteurs prédictifs de survenue d'escarres : perfusion de norépinéphrine, score Apache II, incontinence fécale, anémie et longueur du séjour. Dans 3 études, les échelles de risque de Waterloo et Braden se sont montrées prédictives du risque et dans l'une d'elle, la prédiction était bien supérieure à celle des diagnostics médicaux.

3. Échelles de risque d'escarre

La nécessité de mettre en route des mesures préventives de la survenue d'escarres face à de très nombreux facteurs de risque a conduit les soignants à élaborer des échelles de risque. L'utilisation d'un outil chiffré, reproductible et validé, est nécessaire à l'instauration de bonnes pratiques de prévention. Le principe des échelles repose sur la sélection de plusieurs facteurs de risque pressentis constituant des domaines. Chaque domaine comporte plusieurs items ou critères auxquels sont affectées des notes en fonction de l'état des patients, permettant d'obtenir un score global. Pour chaque échelle il existe un score seuil qui détermine l'apparition d'escarres ou établit une classe de risque. On dispose à ce jour d'échelles anglo-saxonnes traduites en français, et d'échelles francophones. Seules les échelles anglo-saxonnes ont été validées.

- **Échelles anglo-saxonnes**

- La plus ancienne est l'**échelle de Norton** (1962). Elle n'a été validée, à l'époque, que chez les patients de plus de 65 ans. Elle est très simple d'utilisation mais ne prend pas en compte le statut nutritionnel. La reproductibilité interobservateurs est médiocre et variable dans le temps (10 à 70 %). La sensibilité est meilleure en soins de suite et réadaptation (SSR) (81 %) et en soins de longue durée (SLD) (75 %). Elle n'est que de 16 % en court séjour. La spécificité est meilleure en court séjour (94 %) qu'en SSR et SLD (59 %, 67 %). Les valeurs prédictives positives et négatives sont éminemment variables selon les études.
- L'**échelle de Waterloo** (1985) est plus complexe. L'âge y est affecté d'un indice de pondération élevé. La reproductibilité interobservateurs n'a pas été étudiée. Sa sensibilité est bonne, variant de 80 % en réanimation à 100 % à domicile. Sa spécificité varie de 10 % à 44 %. Seule sa valeur prédictive négative est proche de 100 %, ce qui permet de prédire l'absence d'escarre lorsque le score est < 10. Elle ne permet pas de cibler suffisamment les populations qui bénéficieraient d'une prévention.

– **L'échelle de Braden** (1985) est claire et simple d'utilisation. Le temps de passation est d'environ une minute lorsqu'on a une bonne connaissance de l'instrument de mesure et de l'état du patient. Elle a été bien validée : bonne cohérence interne et reproductibilité interobservateurs. La sensibilité varie de 71 à 100 % en court séjour, de 57 à 91 % en SSR, 61 à 70 % en SLD et 100 % à domicile. La spécificité varie de 64 à 91 % en court séjour, 49 à 74 % en SSR, 68 à 74 % en SLD et 34 % à domicile. Comme pour les autres échelles, les valeurs prédictives positive et négative varient en fonction des populations étudiées. Deux études de comparaison entre la validité prédictive de l'échelle de Braden et le jugement clinique des infirmières ont donné des résultats contradictoires et ne permettent pas d'affirmer la supériorité de l'une ou de l'autre de ces méthodes mais soulignent l'intérêt de leur utilisation conjointe.

• **Échelles francophones**

– **L'échelle des Peupliers-Gonesse** (1988), élaborée d'après le concept de Norton, est un outil pratique et facile à utiliser. Le classement en trois niveaux de risque permet d'envisager l'adaptation de protocoles de soins à chaque catégorie.

– **L'échelle d'Angers** (1990) construite par des spécialistes de médecine physique et réadaptation prend en compte l'âge des patients sans leur affecter un poids trop lourd, mais son abord est difficile et nécessite un délai d'apprentissage. C'est la seule qui a été soumise à une validation dont le niveau de preuve est inconnu.

– **L'échelle de Genève** (1990) est spécifique des services de réanimation. Il s'agit d'un instrument complexe nécessitant un temps de renseignement très important.

• **Intérêt et choix d'une échelle**

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. L'échelle de risque est une aide à la décision qui doit être pondérée par l'évaluation clinique complète de l'équipe. Au sein d'un même établissement, l'utilisation d'un outil commun et la formation du personnel à son utilisation permettent l'harmonisation des pratiques. Le *Royal College of Nursing* (2001) recommande l'évaluation informelle (jugement clinique) dès le contact initial avec le patient. La présence d'un facteur de risque doit alerter les soignants pour envisager dès que possible une évaluation formelle à l'aide d'une échelle. Une stratégie semblable avait déjà été proposée par l'AHCPR en 1992. L'élaboration de différentes stratégies de prévention en fonction du niveau de risque doit découler de l'évaluation du risque. Il y a très peu de données dans la littérature même si certaines équipes soignantes ont développé des stratégies bien précises. 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.

Pour l'évaluation du risque d'escarre, il est recommandé d'utiliser, en association avec le jugement clinique, un outil commun d'évaluation du risque dès le contact initial avec le patient. L'utilisation de l'échelle de Braden (*tableau 2*) ainsi que des études de sa validité en France sont recommandées.

Des travaux de recherche clinique doivent être menés en vue d'élaborer et de valider des échelles de risque en langue française, spécifiques à certaines populations : blessés médullaires, soins intensifs, gériatrie. Ces travaux seront au préalable précédés d'études épidémiologiques visant à déterminer la validité des facteurs de risque.

Tableau 2. Instrument de mesure du risque d'escarre de Braden.

Nom du patient :	Nom de l'évaluateur :	Date de l'évaluation :		
<p>PERCEPTION SENSORIELLE Capacité à répondre de douleur, due à une diminution de la sensibilité tactile, ou inconfort provoqué par la pression</p>	<p>1. Complètement limité : aucune réaction (plainte, action) à la douleur, due à une diminution de la sensibilité tactile, ou inconfort provoqué par la pression OU incapable à sentir la douleur presque sur toute la surface du corps.</p>	<p>3. Légèrement diminué : répond aux commandes verbales, mais ne peut pas toujours communiquer son inconfort ou son besoin d'être tourné. OU a une sensibilité diminuée qui limite sa capacité à sentir la douleur ou l'inconfort sur la moitié du corps.</p>	<p>4. Aucune diminution : répond aux commandes verbales. N'a aucun déficit sensoriel qui limite sa capacité à expliquer sa douleur et son inconfort.</p>	
<p>HUMIDITÉ Degré d'humidité auquel est exposée la peau</p>	<p>1. Constamment mouillé : la peau est presque continuellement en contact avec la transpiration, l'urine, etc. L'humidité de la peau est observée à chaque fois que le patient est tenté ou mobilisé.</p>	<p>3. Humidité occasionnelle : la peau est occasionnellement humide, un changement de la literie est nécessaire environ une fois par jour.</p>	<p>4. Rarement humide : la peau est généralement sèche ; la literie est changée selon les habitudes de l'équipe.</p>	
<p>ACTIVITÉ Degré d'activité physique</p>	<p>1. ABX : confiné au lit.</p>	<p>3. Marche occasionnellement : marche occasionnellement durant la journée mais sur de petites distances avec ou sans aide. Passe la grande majorité du temps au lit ou au fauteuil ou fauteuil roulant.</p>	<p>4. Marche fréquemment : marche en dehors de sa chambre au moins 2 fois par jour et dans sa chambre au moins une fois toutes les 2 heures durant la journée.</p>	
<p>MORBIÉTÉ Capacité à changer et à contrôler la position du corps</p>	<p>1. Complètement immobile : ne peut effectuer le moindre changement de position du corps ou de ses extrémités sans aide.</p>	<p>3. Légèrement limité : effectue seul de fréquents petits changements de position du corps et de ses extrémités.</p>	<p>4. Aucune limitation : effectue des changements de position majeurs et fréquents sans aide.</p>	
<p>NUTRITION Habitudes alimentaires</p>	<p>1. Très pauvre : Mange rarement un repas complet. Mange rarement plus du tiers des aliments proposés. Mange 2 rations de protéines ou moins par jour (viande ou produits laitiers). Boit rarement ou pas de suppléments alimentaires liquides. OU est à jeun et/ou est hydraté par voie orale ou intraveineuse depuis plus de cinq jours.</p>	<p>3. Adéquate : Mange 4 rations de protéines (viande, produits laitiers) par jour. Re-fuse occasionnellement un repas, mais généralement prend un supplément alimentaire par sonde ou nutrition parentérale, adaptée à la plupart de ses besoins nutritionnels.</p>	<p>4. Excellente : mange la totalité de chaque repas. Ne refuse jamais un repas. Prend habituellement au moins quatre rations de viande ou de produits laitiers par jour. Mange occasionnellement un repas. Ne requiert aucun supplément alimentaire.</p>	
<p>FRICTION ET CISAILLEMENT</p>	<p>1. Problème : requiert une assistance modérée à complète pour se mobiliser. Se réaligne complètement sur le sol ou se repositionne dans le lit ou le fauteuil, nécessite de fréquents repositionnements avec un maximum d'aide. Spasticité, contractures, ou autres problèmes qui créent presque constamment des frictions.</p>	<p>3. Aucun problème apparent : se mobilise seul au lit et au fauteuil et satisfaitement de force musculaire pour se soulever complètement pour faire le transfert. Garde en tout temps une bonne position au lit et au fauteuil.</p>	<p>4. Aucun problème : se mobilise seul au lit et au fauteuil et satisfaitement de force musculaire pour se soulever complètement pour faire le transfert. Garde en tout temps une bonne position au lit et au fauteuil.</p>	
Score total				

Un score total de 23 points est possible. Plus le score est bas (15 ou moins), plus l'individu a de risque de développer une escarre.

Traduit de l'anglais par l'ANAES.

QUESTION 3

Quelles sont les mesures générales de prévention ?

La prévention est primordiale pour réduire l'incidence des escarres. Elle est l'objet de rédaction de recommandations aux États-Unis depuis 1992 (AHCPR, 1992) et plus récemment en Europe (EPUAP, 1999, RCN/NICE, 2001).

1. Les mesures générales

La mise en place des mesures générales de prévention commence dès l'identification des facteurs de risque et concerne l'ensemble des professionnels en contact avec le patient.

Les mesures de prévention s'appliquent à tout patient dont l'état cutané est intact mais estimé à risque (stade 0 de la classification de Garches) et visent à éviter la survenue de nouvelles escarres chez les patients qui en ont déjà développé.

• Identifier les facteurs de risque

Identifier les patients à risque est un aspect essentiel de la prévention des escarres. Pour cela, l'évaluation des facteurs de risque est à réaliser lors de l'admission du patient dans l'institution ou lors de sa prise en charge à domicile. Elle est à renouveler à chaque changement de l'état du patient. L'identification des facteurs de risque s'effectue au moyen d'un jugement clinique associé à l'utilisation d'une échelle validée d'identification des facteurs de risque. Pour le jugement clinique, l'utilisation du guide pratique « Diagnostics infirmiers et interventions » (Doenges Lefebvre, Moorhouse, 1996) précise les éléments cliniques à analyser (*tableau 3*).

Tableau 3. Principales données à analyser dans le jugement clinique.

État d'affaiblissement général
Réduction de la mobilité
Troubles de la sensibilité
Modifications de la peau et de la masse musculaire associées à l'âge
Mauvais état nutritionnel
Présence de maladie chronique
Incontinence
Problèmes de soins personnels
Traitement médicamenteux

Les soignants doivent être entraînés à la reconnaissance des facteurs de risque et formés à l'utilisation d'une échelle d'identification du risque.

Cette évaluation permet de mettre en place un plan de soins infirmiers adapté et d'assurer une continuité des soins de prévention par la transmission d'informations écrites. Elle renseigne le médecin pour le déclenchement d'actions de prévention pluridisciplinaires.

• Diminuer la pression

La pression est le facteur le plus important dans le développement des escarres. Il faut éviter les appuis prolongés par différentes méthodes.

- La mise au fauteuil, la verticalisation et la reprise de la marche sont préconisées aussi précocement que possible surtout pour les personnes âgées.
- Il est recommandé d'effectuer des changements de position toutes les 2 ou 3 heures en tenant compte du patient (âge et pathologie), de ses besoins et de ses habitudes. La planification des changements de position et la transcription de leur réalisation dans le dossier du patient permettent d'assurer la continuité des soins.
- L'alternance entre la position assise au fauteuil ou couchée est recommandée. Pour les patients à haut risque, le rythme de cette alternance doit être inférieur à 2 heures. La mobilité active du patient est sollicitée en fonction de sa gestuelle spontanée (utilisation de la potence) ou acquise par le patient en rééducation (retournement, auto-soulèvement du siège : soulagement de la pression au niveau des ischions, etc.).
- Différentes postures peuvent être utilisées pour réduire la pression au niveau des zones à risque. Aucune position n'est idéale, néanmoins certains principes doivent être appliqués :
 - Au lit, pour alterner avec le décubitus dorsal, il est recommandé d'utiliser le décubitus latéral oblique à 30° par rapport au plan du lit en substitution au décubitus latéral à 90° qui est à interdire à cause du risque d'escarre trochantérienne. Pour certains patients, la position semi-assise, dossier à 30°, peut être utilisée car elle réduit la pression ischiatique mais nécessite l'élévation des membres inférieurs pour éviter le glissement du patient provoquant des cisaillements de la peau. Ces installations peuvent être complétées par l'utilisation d'accessoires de positionnement adaptés (oreillers, mousses) assurant systématiquement la mise en décharge des talons. Ces accessoires doivent éviter de créer une surpression au niveau du tendon d'Achille et des mollets. L'utilisation des poches remplies d'eau sous le talon est déconseillée.
 - Au fauteuil, tout comme au lit, il faut également, pour modifier la répartition du poids, favoriser les autosoulevements quand ils sont possibles, sinon les repositionnements par les soignants pour éviter le phénomène de glissement.
 - Les phénomènes de cisaillement et de frottement lors des glissements du patient sont évités par une installation et une manutention adéquates du patient (utilisation de lève-malade ou de drap).

• Utiliser des supports

L'utilisation de supports (matelas, surmatelas, coussins de siège) adaptés au patient et à son environnement est recommandée. Il est également recommandé d'équiper la table du bloc opératoire d'un support adapté d'aide à la prévention pour les interventions vasculaire, orthopédique ou de longue durée, ainsi que pour les patients identifiés à risque. Cette recommandation s'applique aussi en salle de réveil et en postopératoire.

Les mesures de prévention d'escarres spécifiques aux patients artéritiques, diabétiques, amputés, tétra ou paraplégiques devront être abordées avec l'avis de professionnels spécialisés.

- **Observer l'état cutané**

L'observation et la palpation (notamment pour les peaux pigmentées) régulières de l'état cutané permettent d'examiner les zones à risque et de détecter tout signe précoce d'altération cutanée. Cette observation est systématique à chaque changement de position et lors des soins d'hygiène.

Une palpation légère permet de repérer toute survenue d'induration ou de chaleur, en particulier pour les peaux les plus pigmentées.

Le massage et la friction des zones à risque sont interdits puisqu'ils diminuent le débit microcirculatoire moyen et ont un effet traumatisant sur la peau des zones à risque.

Quand cela est possible, il est nécessaire d'éduquer le patient à l'auto-observation de la peau aux différents points de pression, et à la palpation à la recherche d'une induration ou chaleur.

- **Maintenir l'hygiène de la peau**

La toilette corporelle doit être quotidienne, précautionneuse sur les zones à risque. Les soins d'hygiène sont renouvelés lors des changes des patients incontinents et/ou qui transpirent, afin d'éviter la macération et l'irritation cutanée. Les soins spécifiques visant à isoler les selles ou les urines sont à utiliser pour prévenir l'apparition de lésions cutanées (étui pénién, collecteur fécal, change).

- **Assurer l'équilibre nutritionnel**

L'évaluation de l'état nutritionnel est réalisée par l'équipe soignante. La mesure de l'état nutritionnel comprend :

- le poids et l'index corporel ;
- la notion de perte de poids récente ;
- l'aspect clinique (atrophie cutanée, musculaire, du tissu graisseux sous-cutané) qui peut être éventuellement mesuré par les mesures anthropométriques (périmètre brachial, pli cutané) ;
- l'évaluation des prises alimentaires par estimation des groupes d'aliments consommés ;
- le dosage de l'albumine comme témoin d'un éventuel hypermétabolisme.

La prise en charge nutritionnelle de l'escarre peut être utile dans certaines circonstances mais a été insuffisamment évaluée. En pratique, il convient :

- chez le patient en carence d'apport alimentaire, d'assurer une reprise progressive des apports protéiques, vitaminiques et caloriques ;
- chez le patient en hypermétabolisme d'origine inflammatoire (albumine basse), de maintenir un apport protéique, vitaminique et calorique ; seule la suppression de la cause du syndrome d'hypermétabolisme permettra l'amélioration de l'état nutritionnel.

- **Favoriser la participation du patient et de son entourage à la prévention des escarres**

Chaque fois que cela est possible, il est recommandé d'informer et de proposer des actions éducatives ciblées en fonction du caractère temporaire ou permanent du risque d'escarre.

- **Assurer la continuité des soins**

Une transcription des facteurs de risque, des mesures de prévention mises en œuvre et de l'observation de l'état cutané dans le dossier du patient est utile à la continuité des soins. L'ensemble des recommandations internationales insiste sur l'enregistrement et la documentation des interventions.

2. Stratégie de mise en place

Les recommandations doivent être adaptées au contexte local. Une stratégie de mise en place est nécessaire à l'appropriation des mesures de prévention, quel que soit leur lieu de mise en œuvre (établissements de santé, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, domicile).

Par la création d'un groupe de travail, cette démarche vise à :

- mesurer l'état des pratiques concernant la mise en œuvre des mesures de prévention et le traitement des escarres et apprécier leurs variations ;
- élaborer, de manière multiprofessionnelle (permettant de prendre en compte l'avis de tous les soignants impliqués), un protocole de prévention mais également de traitement de l'escarre en adaptant les recommandations de pratique clinique au contexte local : caractéristiques des patients et leurs préférences, disponibilité des ressources et équipements, transcription des informations et continuité des soins. Le protocole doit être validé (pertinence, faisabilité, application), diffusé et accompagné ;
- instaurer une dynamique de changement en impliquant les divers professionnels concernés par l'escarre et en proposant une formation ciblée sur les besoins ;
- planifier dans le temps l'amélioration de la prise en charge des patients à risque en prévoyant des évaluations de pratiques et des actions d'amélioration.

Un engagement de l'institution, notamment à travers son projet d'établissement, est essentiel.

À domicile, la stratégie de mise en œuvre des modalités de prévention de l'escarre est identique à celle de l'hôpital et des institutions pour personnes âgées. Elle nécessite une parfaite coordination entre les différents intervenants (y compris les non-soignants et l'entourage). Le plan de soins infirmiers (PSI) précise le rôle et la place de l'infirmière dans la surveillance cutanée du patient et lui permet d'agir dès l'apparition des premiers facteurs de risque d'escarre.

Une démarche d'amélioration de la qualité est nécessaire à l'appropriation des mesures de prévention, quel que soit leur lieu de mise en œuvre (établissements de santé, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, domicile). Elle comprend l'élaboration et l'utilisation d'un protocole de prévention et de traitement de l'escarre et une évaluation des pratiques professionnelles.

Une mesure de l'impact des mesures de prévention d'une part et des démarches d'amélioration de la qualité d'autre part est recommandée.

QUESTION 4

Quels sont les traitements de l'escarre ?

1. Principes généraux du traitement de l'escarre

Le traitement de l'escarre est à la fois local et général, prenant en compte la personne et la plaie.

Le succès du traitement est conditionné par une prise en charge pluridisciplinaire, l'adhésion des soignants à un protocole de soins, et la participation active du patient et de sa famille.

Quel que soit le stade de l'escarre, les mesures de prévention sont à intensifier, y compris la correction des déséquilibres métaboliques et hémodynamiques.

Les massages sont à interdire ainsi que les applications de glaçons et d'air chaud, les frictions, les produits entraînant une dessiccation de la peau (produits alcoolisés) et les colorants, type éosine, qui masquent la plaie.

Les soignants doivent anticiper la douleur du soin et assurer l'analgésie avant le pansement.

Les modalités de traitement des plaies doivent faire l'objet de protocoles préalablement définis en fonction du stade de l'escarre. Les protocoles sont rédigés en groupe pluridisciplinaire. Les soignants sont formés à leur application. Un dispositif d'évaluation du protocole est prévu.

Une transcription des informations permet d'assurer la continuité et la sécurité des soins.

Le traitement est mis à profit pour vérifier ou débiter l'information et l'éducation du patient et de sa famille.

2. Mesures thérapeutiques spécifiques aux différents stades

• Principes de nettoyage de la plaie

Le sérum physiologique ou chlorure de sodium à 0,9 % est le produit de référence à utiliser pour le nettoyage des escarres à tous les stades.

Il existe un consensus fort pour limiter voire supprimer l'utilisation des antiseptiques en raison du peu de bénéfice qu'ils apportent, comparé à leurs effets négatifs (sélection de souches résistantes, pénétration systémique, toxicité, sensibilisation). Il faut noter que leur utilisation est contre-indiquée avec certains pansements.

La plaie ne doit pas être asséchée.

• Traitement de la rougeur et de la phlyctène

Ces deux stades sont caractérisés par la réversibilité rapide des lésions avec des techniques de prévention ou des soins adaptés. Les mesures mises en place visent à supprimer la cause, stabiliser la lésion et favoriser la cicatrisation.

Au stade de la rougeur

- rechercher et supprimer des points d'appui en utilisant un support (cf. question 5) ;
- protéger la peau si besoin (urines, macération) par un film semi-perméable ou un hydrocolloïde transparent ;
- supprimer les facteurs favorisant (macération, force de cisaillement) ;
- changer régulièrement les positions toutes les 2 à 3 heures.

Au stade de la phlyctène

- réaliser une brèche de taille suffisante avec un bistouri pour évacuer le contenu avec maintien du toit de la phlyctène si possible ;
- recouvrir par un pansement hydrocolloïde ou un pansement gras afin de maintenir un environnement humide favorable aux conditions de cicatrisation ;
- mettre la phlyctène hors d'appui dans la mesure du possible.

Le cas particulier de la phlyctène hémorragique peut être envisagé de deux manières : soit attendre sa dessiccation si elle est de petit volume, soit exciser le toit de la phlyctène en raison du risque infectieux.

• **Traitement local de l'escarre constituée**

L'élimination des tissus nécrosés, le contrôle des exsudats et de l'infection sont des temps essentiels qui favorisent le bourgeonnement et l'épidermisation spontanés ou préparent le recouvrement chirurgical des escarres. Le traitement local de l'escarre doit respecter la flore commensale cutanée qui colonise les plaies et contribue à la détersion et au bourgeonnement.

Les étapes de la stratégie de soins sont les suivantes :

- appliquer les principes d'hygiène pour la gestion des pansements et la prévention de la contamination croisée ;
- réaliser une détersion précoce, répétée et soigneuse, sans traumatisme pour la plaie et indolore pour le patient ;
- choisir des produits et des pansements en fonction du stade de la plaie et de l'état du patient.

Détersion de la plaie

La cicatrisation dépend de la gestion de l'humidité de la plaie, et la détersion s'oriente surtout vers la détersion mécanique et l'utilisation de pansements qui, s'ils sont bien utilisés, permettent de créer le milieu idéal à la cicatrisation de la plaie.

La détersion soigneuse est la condition de la cicatrisation ; elle élimine au fur et à mesure de la réfection des pansements tous les tissus nécrotiques jusqu'à l'apparition d'un sillon d'élimination.

- La détersion naturelle réalisée à partir de la flore cutanée est un processus long d'environ 3 semaines qui comporte la formation d'une collection putride sans que cela constitue un signe d'infection. Cette détersion est souvent incomplète. À ce stade il est nécessaire d'évacuer les débris nécrotiques par action mécanique soigneuse et répétée d'une compresse et de chlorure de sodium à 0,9 % et de protéger par un pansement de recouvrement.
- La détersion par l'emploi de produits qui accélèrent l'élimination de la nécrose est actuellement peu utilisée. Les produits à base d'enzymes protéolytiques devraient être remplacés par les hydrogels, surtout en présence d'une nécrose sèche, ou par d'autres produits tels que les alginates.
- La détersion mécanique est indispensable en cas de nécrose aiguë. Elle est réalisée au lit du patient dès sa constitution avec des pinces et ciseaux à bouts ronds. L'excision se fait du centre vers les berges, elle ne doit provoquer ni douleur ni saignement. Elle est suivie de l'application d'un pansement humide.
- L'emploi de compresses humides (*Wet to dry dressings*) qu'on laisse sécher sur la plaie est à déconseiller car leur ablation est très douloureuse et traumatisante leur ablation.
- Le *Vacuum Assisted Closure* (VAC) est une méthode employée sur les escarres cavitaires. Cette technique repose sur le principe d'une pression négative maintenue en permanence ou de façon discontinue sur la plaie. Il s'agit d'une technique coûteuse et non validée qui peut être proposée en situation d'échec et qui mérite d'être mieux évaluée.

Choix des pansements de recouvrement

- L'escarre doit être recouverte par un pansement permettant de respecter le bourgeonnement, favorisant l'épidermisation tout en évitant la surinfection.

- Le niveau d'évaluation des différents pansements est insuffisant. Il existe un nombre restreint d'études cliniques comparatives bien menées.
- Actuellement aucun pansement idéal n'existe. Le choix des pansements doit être adapté à l'état de la plaie. Une évaluation de la plaie, une bonne connaissance des indications et de l'utilisation des produits dans une équipe permettent d'optimiser leur utilisation pour aboutir à la restauration du revêtement cutané (*tableau 4*).
- Il est souhaitable de connaître les produits disponibles, de définir leur utilisation en fonction de l'objectif recherché et de privilégier les produits remboursés au tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS).
- Les pansements doivent être renouvelés en fonction de l'état d'évolution de la plaie et des pansements choisis. Les changements doivent être quotidiens tant qu'existent des zones ou des débris nécrotiques ou fibreux, des signes d'infection ou au contraire un bourgeonnement excessif. Les pansements doivent être plus espacés lors de la cicatrisation, en fonction du pansement choisi.

Suivi de l'escarre

L'aspect clinique, l'utilisation d'une échelle colorielle complétée de la mesure de la surface et de la profondeur de la plaie sont importants pour le suivi de l'escarre et sont une aide à la décision.

Les éléments de suivi de la plaie et des actions entreprises doivent être consignés dans le dossier du patient pour garantir la continuité et la cohérence de la prise en charge. Des classifications validées permettant de suivre les stades de cicatrisation des plaies chroniques doivent être développées afin d'assurer une meilleure coordination entre tous les soignants.

Tableau 4. Types de pansements disponibles en fonction de l'état de la plaie.

ÉTAT DE LA PLAIE	TYPE DE PANSEMENT
Plaie anfractueuse	Hydrocolloïde pâte ou poudre Alginate mèche/hydrofibre mèche Hydrocellulaire forme cavitaire
Plaie exsudative	Alginate/hydrocellulaire Hydrofibre
Plaie hémorragique	Alginate
Plaie bourgeonnante	Pansement gras Hydrocolloïde Hydrocellulaire
Plaie avec bourgeonnement excessif	Corticoïde local * Nitrate d'argent en bâtonnet
Plaie en voie d'épidermisation	Hydrocolloïde Film polyuréthane transparent Hydrocellulaire, pansement gras
Plaie malodorante	Pansement au charbon

* Il serait souhaitable de disposer de pansements corticoïdes sans antibiotique

• **Traitement de l'escarre infectée**

C'est bien entendu à partir de la contamination puis de la colonisation des micro-organismes que se développent les infections. Ceci est à la base des pratiques de soins destinées à limiter cette contamination massive par la déterction. Ni les antiseptiques, ni les antibiotiques n'ont place dans cette prévention.

L'infection, suspectée sur les signes locaux, est affirmée au-delà de 10^5 germes/ml (ou gramme de tissu) sur les prélèvements (liquide de ponction, de biopsie) et/ou hémoculture. Son risque est celui de la propagation à l'os et de septicémie à partir d'une bactériémie aux conséquences parfois dramatiques.

L'intérêt des antibiotiques et des antiseptiques locaux en l'absence de diagnostic d'infection d'escarre n'a pas été démontré. Le traitement local comporte la déterction quotidienne (voire biquotidienne).

Le traitement antibiotique par voie générale, ajusté en fonction de l'antibiogramme, doit être intégré dans le cadre d'une stratégie globale médico-chirurgicale lorsque l'infection d'escarre est avérée.

• **Traitement chirurgical de l'escarre**

Le traitement chirurgical s'associe toujours à des mesures générales d'éducation du patient et de prévention des récidives. Son indication repose sur une analyse de l'escarre, de l'état du patient, de sa pathologie et de son environnement. Ainsi :

- ce sont les escarres accidentelles suivies des escarres neurologiques qui constituent l'indication de base de la chirurgie ;
- le patient grabataire porteur d'escarres plurifactorielles n'est pas un candidat à la chirurgie ;
- la stratégie de prévention secondaire de la récidive doit être fixée d'emblée avec les soignants, le patient et son entourage, en fonction des conditions socioprofessionnelles.

Le recours à la chirurgie est indiscutable dans les situations suivantes :

- devant une nécrose tissulaire importante afin de prévenir l'infection. Le temps d'excision de la nécrose sera souvent mis à profit pour réaliser le bilan soigneux des plaies cavitaires et fistuleuses et les mettre à plat largement ;
- lorsque les structures nobles sont exposées et donc menacées comme les axes vasculo-nerveux, les capsules articulaires ou les tendons. La chirurgie prévient des pertes fonctionnelles majeures ;
- lorsque l'os est à nu. Le débridement est chirurgical, car bien souvent dans les plaies chroniques, l'ostéite est présente même si elle est limitée fréquemment à l'os spongieux superficiel, conduisant à une résection de surface suivie de couverture ;
- dans l'escarre infectée, avec ou sans signes généraux.

Le recours à l'avis chirurgical sans implication opératoire immédiate devient nécessaire dans un certain nombre de situations :

- la plaie chronique qui se creuse sous traitement ;
- les plaies dont l'étendue dépasse les possibilités de soins locaux qui mobilisent et épuisent patients et soignants ;
- sur certains terrains particuliers : patient diabétique, arthritique, porteur de prothèse articulaire dont l'exposition compromet sérieusement le devenir.

Le traitement chirurgical de l'escarre doit permettre :

- l'excision suffisante des tissus nécrosés ;
- le comblement de la perte de substance ;
- le respect maximal du capital cutané et musculaire de voisinage tout en obtenant une couverture et un matelassage optimal.

L'excision chirurgicale élimine la nécrose tissulaire qui gêne le bourgeonnement et qui est source d'infection. Elle ne doit laisser que du tissu sain, ce qui conduit à :

- identifier et réséquer tout trajet fistuleux ;
- identifier et mettre à plat les plaies cavitaires ;
- conduire si nécessaire la résection jusqu'en os sain ;
- réaliser les prélèvements bactériologiques indispensables pour ajuster l'antibiothérapie d'encadrement de l'acte chirurgical.

La couverture de la plaie est conduite dans le même temps que l'excision ou décalée par rapport à elle. Elle a pour but d'accélérer la cicatrisation et la réadaptation fonctionnelle du patient. Elle limite les pertes hydro-électrolytiques, la réponse inflammatoire, elle réduit le risque infectieux et la douleur.

- L'excision suture simple laisse la cicatrice en zone d'appui. Elle peut se discuter pour les escarres accidentelles de petite taille ou comme chirurgie dite « de propreté » chez le sujet en état précaire.
- Les greffes cutanées n'assurent pas de matelassage. Certaines localisations à faible risque de récurrence ou certaines circonstances de survenue comme précédemment décrites peuvent toutefois constituer une indication.
- Les lambeaux assurent un matelassage qui estompe les saillies osseuses et apportent des tissus sains bien vascularisés qui protègent des récurrences. La localisation, l'étendue des zones à couvrir, le terrain propre au patient, les traitements antérieurs notamment en cas de récurrence vont conditionner le type de lambeau utilisé. Il s'agit d'une stratégie beaucoup plus lourde qui mobilise un capital cutané, musculaire, vasculaire non renouvelable du patient. Elle nécessite par conséquent une réflexion préopératoire, un conditionnement médical préopératoire visant à réduire les facteurs de risque propres aux patients (tabagisme, diabète, troubles hydro-électrolytiques, cachexie, utilisation de supports), une réalisation minutieuse par une équipe de chirurgie plastique entraînée, un protocole postopératoire rigoureux et une verticalisation précoce.

Les soins postopératoires sont une condition du succès de l'acte chirurgical. Ils sont basés sur :

- une surveillance méticuleuse de l'état cutané local, de l'aspect de la plaie et des sutures ;
- une mise en décharge avec l'adaptation d'un support pendant 1 à 2 mois postopératoires ;
- l'équilibre nutritionnel et hydro-électrolytique ;
- la mise en œuvre à tous niveaux d'une stratégie de prévention secondaire ;
- la surveillance d'une dérivation urinaire ou fécale réalisée temporairement pour protéger la cicatrisation.

• **Traitement de la douleur de l'escarre**

La douleur de l'escarre peut être spontanée ou non, brutale et inattendue, limitée aux soins, aux changements de position ou aux mobilisations ou présente en continu. La douleur n'est pas corrélée à la taille de l'escarre.

Il est recommandé d'évaluer régulièrement la douleur pour mieux orienter sa prise en charge. L'analyse de la douleur comprend une évaluation :

- de ses causes (soins de la plaie, mobilisations, changements de position) ;
- de son intensité : par une auto-évaluation par le patient en utilisant une échelle validée (échelle visuelle analogique, échelle numérique, échelle verbale simple) complétée d'une observation clinique pendant les soins (intensité, localisation, circonstance d'apparition, durée, posture, faciès, gémissements, attitude antalgique, limitation des mouvements). Chez le patient incapable de communiquer, l'observation clinique décrite ci-dessus ou l'utilisation d'une échelle telle que Doloplus ou ECPA est préconisée ;
- de son retentissement sur le comportement quotidien et l'état psychologique du patient.

Il est recommandé d'utiliser des antalgiques selon la stratégie en 3 paliers recommandée par l'OMS. Un changement de palier est nécessaire lorsque les médicaments du palier précédent, correctement prescrits, sont insuffisants. Cependant, des douleurs intenses lors des soins d'escarre peuvent justifier d'emblée l'utilisation d'un antalgique de palier 3 (opioïdes forts). Dans tous les cas, il ne faut pas s'attarder plus de 24 à 48 heures sur un palier qui s'avère inefficace. Un traitement antalgique en continu peut être nécessaire.

Les effets du traitement antalgique et les effets secondaires doivent être évalués régulièrement jusqu'à obtention d'une antalgie efficace. Seul le soulagement de la douleur détermine la dose efficace.

L'utilisation de supports d'aide à la prévention et au traitement de l'escarre diminue le phénomène douloureux. D'autres mesures complémentaires (installation confortable, nettoyage de la plaie par lavage, choix de pansements permettant l'espacement des soins et préférence du patient quant au moment des soins) permettent de minimiser le phénomène douloureux.

Le degré d'anxiété du patient participe à la majoration du vécu douloureux nécessitant la réassurance répétée, le respect du patient et de sa pudeur, l'adaptation des rythmes soignants/patient, un traitement médicamenteux si besoin.

Le traitement des douleurs neurogènes, qui peuvent être des douleurs chroniques avec paroxysmes, repose sur les antidépresseurs tricycliques et les anticonvulsifs.

D'autres mesures peuvent être utilisées pour minimiser le phénomène douloureux lors des soins d'escarres : sédation consciente par MEOPA (déjà connue et utilisée pour les gestes douloureux en pédiatrie), sédation anesthésique, installation confortable, nettoyage de la plaie par lavage, choix de pansements permettant l'espacement des soins et choix des moments des soins avec le patient.

• **Traitement de l'escarre en situation de soins palliatifs**

La démarche palliative est caractérisée par une attention portée davantage à la personne qui souffre qu'à sa maladie et par le fait que la personne est considérée comme « sujet et non objet de soins ».

La mise en place de mesures adaptées de prévention et de traitement est essentielle. Néanmoins, dans ce contexte, l'excès de soin ou le soin inadapté est un autre risque potentiel. L'évolution de la maladie implique des renoncements à certaines formes de soins et des investissements sur d'autres aspects de la prise en charge. Les objectifs des soins d'escarre seront adaptés à l'état physique et psychologique du patient.

La prise en charge des escarres en soins palliatifs nécessite une évaluation la plus objective possible du pronostic vital du patient (connaissance de l'évolution naturelle de la maladie en cours, évaluation de l'état général par le biais d'indicateurs tels que Karnofsky et phases de l'OMS (palliative, terminale et agonique) évaluation biologique de l'état nutritionnel) et du pronostic de la ou des escarres (cicatrisation pour des escarres de stade I et II), fréquemment réévaluée en équipe. L'apparition d'escarres le plus souvent multiples traduit une dégradation de l'état général du patient.

Le respect de la personne soignée doit guider les choix thérapeutiques aux différents stades d'évolution de la maladie causale et de l'état général du patient.

Plusieurs objectifs sont poursuivis dans ce contexte où priment l'approche globale et individualisée du patient ainsi que l'évaluation et le traitement de la douleur :

- prévenir la survenue de nouvelles escarres ;
- limiter au maximum l'extension de l'escarre et éviter les complications et les symptômes inconfortables (infection, saignements, écoulements, odeurs, douleur) ;
- traiter localement l'escarre (la cicatrisation est un objectif pour les lésions de stade I et II au stade palliatif de la maladie, mais pas au stade terminal, ni agonique) en étant attentif au confort du patient ainsi qu'au soulagement de la douleur (espacement des pansements) ;
- maintenir le patient propre et diminuer au maximum l'inconfort physique et psychique lié à l'escarre ;
- utiliser un support d'aide à la prévention ou au traitement de l'escarre afin de diminuer les phénomènes douloureux.

Les facteurs de risque à évaluer plus spécifiquement en soins palliatifs reposent sur des études cliniques et l'expérience professionnelle et des recherches doivent être menées pour étudier la pertinence de ces facteurs de risque.

La dénutrition : lutter contre la dénutrition, c'est lutter contre le risque d'escarre mais aussi contre la perte d'autonomie et l'atrophie musculaire qui nuisent à la qualité de vie. Un acharnement nutritionnel n'a pas d'intérêt à ce stade. Toute thérapeutique nutritionnelle ne sera mise en route qu'avec l'accord du patient. En pratique, l'alimentation orale doit être privilégiée. L'entourage du patient est également sollicité, la coopération du patient restant dans tous les cas primordiale.

La déshydratation est souvent bien tolérée. Si elle est source d'inconfort pour le patient, la réhydratation par voie sous-cutanée est souvent préférable à la voie intraveineuse.

L'anémie : l'escarre ne justifie pas le traitement de l'anémie.

L'état infectieux général sera traité en fonction de l'évolution du pronostic vital et non en fonction du risque d'escarre.

L'immobilité et ses conséquences seront limitées par des changements de points d'appui nécessitant du matériel adéquat en quantité suffisante pour une installation sur mesure (coussins de positionnement et de confort). En toute fin de vie, les changements de points d'appui n'ont plus lieu d'être, seule doit être privilégiée une position antalgique.

Retentissement psychologique des escarres en fin de vie

Ces escarres entraînent une souffrance pour le patient par les représentations qu'il se fait de l'escarre. Pour la famille, cette souffrance est souvent non dite. Les odeurs et les pansements peuvent susciter une distanciation avec le malade.

Chez les soignants, l'escarre survenant en phase terminale peut entraîner un sentiment d'échec et de culpabilisation. Acharnement ou abandon thérapeutiques peuvent en résulter ; une formation aux soins terminaux et la mise en place de groupes de parole confortent les équipes dans une attitude adaptée à l'état du patient et à son évolution prévisible.

QUESTION 5

Quels sont les supports de prévention et de traitement des escarres ?

Tout appui prolongé d'une région vulnérable du corps contre un support trop rigide est ischémiant. Il importe donc d'agir en amont des complications cutanées induites par cette ischémie. La mise en place d'un support adapté fait partie des actions prioritaires. L'intérêt d'un support pour la diminution de la pression a été démontré en comparaison avec un matelas standard. Le support diminue le temps d'obtention de la guérison de l'escarre et diminue les phénomènes douloureux.

Les études démontrant l'intérêt de tel support par rapport à tel autre sont peu nombreuses et peu convaincantes, en particulier en raison du faible effectif de patients inclus et de l'hétérogénéité des situations évaluées.

De nombreux supports existent : lits, matelas, surmatelas, coussins de siège, coussins et accessoires de positionnement. Deux types de matelas peuvent être distingués : les matelas statiques et les matelas dynamiques. Cette distinction dépend du mode d'action du support sur la pression d'interface patient-support.

Ces supports ne dispensent en aucun cas des autres mesures de prévention, dont la mobilisation.

1. Descriptif du matériel

Les supports statiques permettent l'augmentation de la surface d'appui du patient sur le support par enfoncement dans celui-ci. Ils diminuent ainsi la pression d'interface entre la peau et le support en tout point du corps et notamment au niveau des zones à risque (aspérités osseuses).

Les supports suivants font partie de cette catégorie :

- matelas de mousse de densité uniforme ou de densités différentes, avec ou sans découpe en plots ;
- matelas de mousse et d'air ;
- matelas à air ;
- matelas à eau ;
- autres matelas : latex, gel, mousse visco-élastique, fibres de polyester ;
- surmatelas : en fibres siliconées, en polyvinyle, en néoprène, à eau, à air statique.

Les supports dynamiques à pression alternée permettent grâce au gonflement alternatif de boudins adjacents d'aménager des périodes de dépression relative. L'oxygénation des tissus est ainsi favorisée avant que l'ischémie ne s'installe. Il s'agit de matelas qui ont des zones mises successivement en pression haute puis en pression basse, souvent sur des cycles courts de 5 à 15 minutes selon les modèles. Il existe des modèles avec ou sans capteurs de pression. Des sur-matelas à air dynamique à pression alternée font également partie de ces supports.

Les lits et les matelas dynamiques à pression constante combinent l'aspect dynamique du support par l'existence d'un flux d'air géré par un moteur et l'aspect statique par une action en basse pression continue.

- Le matelas à perte d'air mesurable ajuste par programmation la pression exercée sur les différents points d'appui corporels. Il est actionné par un moteur qui, par ventilation permanente, remplace la perte d'air qui filtre à travers les coutures du matelas ou au travers de micro-perforations au laser. Cela réalise une forme d'aéro-suspension.
- Le lit fluidisé est une cuve remplie de microsphères mises en suspension par de l'air. Le patient flotte sur ce fluide sec. Les points d'appui sont totalement soulagés, ce qui entraîne une diminution majeure des pressions.

Les housses de recouvrement (enveloppes protectrices) sont nécessaires aux matelas dont le nettoyage est impossible en raison du composant principal qui est la mousse. La qualité de la housse est un élément crucial à considérer.

Les matelas pouvant être lavés sont ceux composés de cellules d'air ou les matelas à eau.

Les coussins de siège ont en commun avec les matelas leurs principes de fonctionnement qui sont identiques. La difficulté est plus grande pour trouver un matériel performant car, en position assise, le poids du corps est réparti sur une surface restreinte. Il est alors peu aisé de diminuer la pression d'interface. Certains auteurs préconisent de prendre cette pression d'interface comme critère prédictif de la survenue d'escarres si cette pression est supérieure à 60 mmHg.

Les différents types de coussins sont en gel visco-élastique ou gel fluide aqueux, mousse monobloc, mousse découpée à plots, mousse à mémoire de forme, mixte en gel et mousse, à eau, à air prégonflés, à air gonflés selon le poids du malade, à forme particulière pour éviter de glisser du fauteuil. Ils peuvent être à pression alternée.

Quatre classes de coussins ont été définies dans le cadre de la prise en charge par le TIPS des coussins prescrits chez le blessé médullaire (*tableau 5*).

Tableau 5. Prise en charge des coussins chez le blessé médullaire
(*Journal officiel du 20 septembre 2000*).

CLASSIFICATION	TYPES DE COUSSINS
Classe IA	Coussins en mousse, à eau, à air statique et coussins mixtes (mousse et eau ou mousse et air statique).
Classe IB	Coussins en mousse structurée formés de modules amovibles en gel, en mousse et en gel et coussins en fibres creuses siliconées.
Classe II	Coussins pneumatiques à cellules télescopiques et coussins en mousse visco-élastique dite « à mémoire de forme ».
Classe du coussin sur mesure	Conçu à partir d'une empreinte réalisée grâce à un système de capteurs de pression. Il est composé de 2 couches de mousse usinées par fraisage numérique.

2. Classification en concepts et choix du support

Les principales qualités requises des supports dans l'aide à la prévention et au traitement des escarres sont la réduction des pressions aux points d'appui, la diminution des effets de cisaillement et de friction, le contrôle de l'humidité, la facilitation des soins. Le support doit être confortable pour le patient, avoir un coût adapté, être maniable et facile d'utilisation. Son entretien doit être facile.

La classification en concepts permet de rassembler selon un même mode d'action tous les supports ayant les mêmes objectifs et globalement les mêmes performances. On peut définir 3 concepts :

- concept 1 : support statique en matériau qui se conforme au patient ;
- concept 2 : support dynamique travaillant de façon discontinue ;
- concept 3 : support dynamique travaillant de façon continue.

Toutefois dans un même concept, on trouve des supports très différents au niveau de leurs matériaux, de leurs modes de fonctionnement, de leurs coûts. Cela permet ainsi un choix plus large dans une « gamme » et une réponse sans doute mieux adaptée à chaque patient.

Le choix du support relève de l'équipe soignante qui doit s'appuyer sur des critères de choix explicites.

Pour élaborer une stratégie de choix, il faut évaluer aussi souvent que nécessaire les facteurs de risque du patient, les ressources humaines et matérielles disponibles, les contraintes d'organisation. Cela permet de déterminer le support « idéal » que requiert l'état de santé du patient, puis le support « choisi » tenant compte de l'environnement matériel et humain.

L'utilisation hospitalière est différente de l'utilisation au domicile. À domicile, le matelas est destiné à un patient unique. À l'hôpital, il est important de déterminer les caractéristiques des patients qui vont bénéficier du support afin de privilégier dans le choix du support le niveau de prévention ou de traitement recherché en regard des facteurs de risque spécifiques aux patients du service utilisateur ainsi que le confort, la solidité, les possibilités d'entretien du support.

Les éléments suivants peuvent aider à ce choix :

- la composition du matelas ou du coussin ;
- la pression est un élément essentiel : il est donc primordial de considérer la répartition du corps sur le support, mesurée à partir d'une nappe de capteurs de pression. Les fournisseurs présentent parfois leurs matériels en précisant la pression moyenne obtenue grâce au support. Il est préférable de considérer la pression maximale puisque celle-ci s'exercera vraisemblablement sur les régions du corps les plus exposées à la survenue d'escarres ;
- le poids maximal de la personne à installer qui rendra inefficace le support, en particulier le surmatelas, si du fait de son poids le patient est en contact avec la base du support ;
- la hauteur totale matelas et surmatelas peut rendre inefficaces les barrières de lit dans le cas où elles s'avèrent utiles ;
- les dimensions pour l'adapter au lit, son poids et s'il est en une ou plusieurs parties ;
- la facilité de mobilisation du patient sur la surface ;
- les conditions de nettoyage, d'entretien, la solidité, la durée de vie du support ;
- le prix d'achat, les possibilités de location ;
- le confort du patient incluant le degré de macération engendré par le support (souvent dépendant de la qualité de la housse), mais également la nuisance sonore s'il y a un moteur ;
- les possibilités d'obtention du matériel en ville, dont le niveau de remboursement et la maintenance proposée ;
- les renseignements donnés par les fournisseurs, en particulier pour le matériel dynamique, en précisant le temps de gonflage du support, le fonctionnement de l'alarme qui peut être visuelle ou audio-visuelle. Un essai préalable précisera l'aspect pratique et facile de la mise en place du support et la facilité du système alternatif.

3. Critères de choix d'un support de lit

Les critères de choix d'un matelas ou surmatelas identifiés dans la littérature sont les suivants : niveau de risque, nombre d'heures passées au lit, degré de mobilité du patient, fréquence des changements de position, possibilité de les réaliser en particulier à domicile, transfert lit-fauteuil possible ou non (*tableau 6*).

En cas d'utilisation d'un matériel dynamique, il est nécessaire de respecter les consignes d'utilisation (temps de gonflage du support, fonctionnement de l'alarme).

Tableau 6. Critères de choix d'un support de lit.

SUPPORT PROPOSÉ	CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT
Surmatelas statique	Pas d'escarre et risque d'escarre peu élevé et patient pouvant se mouvoir dans le lit et passant moins de 12 heures par jour au lit.
Matelas statique	Pas d'escarre et risque d'escarre moyen et patient pouvant se mouvoir dans le lit et passant moins de 15 heures par jour au lit.
Surmatelas dynamique	Patient ayant eu des escarres ou ayant une escarre peu profonde (désépidermisation) ou risque d'escarre élevé et passant plus de 15 heures par jour au lit et incapable de bouger seul.
Matelas dynamique de façon continue ou discontinue	Patient ayant des escarres de stade élevé (> 2) et ne pouvant bouger seul au lit et qui ne change pas de position quand il est au lit où il reste plus de 20 heures par jour avec une aggravation de son état.

4. Critères de choix des supports de fauteuil (coussins de siège)

Les principes de base pour être assis au fauteuil dans une position correcte sont :

- maintenir une position équilibrée ;
- diminuer la spasticité si elle existe ;
- diminuer l'inconfort et la douleur ;
- favoriser la récupération de la mobilité et des gestes utiles.

Il est important de considérer le siège qui va accueillir ce coussin, d'évaluer l'éducation du patient et/ou de sa famille. L'apprentissage des soulèvements réguliers de 10 secondes toutes les 15 à 30 minutes fait partie de ces mesures.

La possibilité pour un coussin de réduire la pression de surface est dépendante de la hauteur du siège, du poids du patient, de l'angle d'inclinaison du dossier. Le positionnement du malade est un élément fondamental à considérer.

Lors du choix, il faut s'interroger sur le temps passé au fauteuil (il vaut mieux passer 6 heures en 3 fois 2 heures que 6 heures d'affilée).

En dehors du temps passé au fauteuil, la notion de mobilité est importante car les pressions sur les ischions sont majorées par rapport au lit. Avec une escarre fessière, il vaut mieux rester au lit plutôt que d'aller au fauteuil.

Les coussins en gel ne sont pas recommandés car leur enveloppe induit un effet hamac nocif.

Les coussins à air sont difficiles à régler. Il faut tenir compte de leur épaisseur pour éviter l'écrasement du coussin.

Il n'existe pas un type unique de coussin adéquat. Posséder pour le patient deux coussins différents peut être bénéfique.

La procédure de calcul de pression est un outil utile pour la prescription adaptée d'un coussin de fauteuil et le positionnement du malade dans certaines situations.

5. Critères complémentaires de sélection des supports

Des critères additionnels de sélection des supports peuvent être utilisés, en particulier chez les patients dont l'état requiert l'usage prolongé ou permanent d'un support. Les critères fondés sur l'expérience professionnelle sont proposés à titre indicatif dans le *tableau 7* et doivent être validés par des études.

Tableau 7. Facteurs permettant l'établissement de critères pour guider le choix d'un support.

Facteurs de risque liés aux caractéristiques du patient	Pathologie aiguë, chronique, ancienneté, gravité
	Degré de mobilité et de motricité
	Degré de sensibilité et de douleur
	Macération, température corporelle
	Morphologie du patient
	Niveau de dépendance (automobilisation autosoulèvement)
	Présence d'une ou plusieurs escarres
	Description de l'escarre
	Localisation, traitement chirurgical éventuel
	État de conscience, état psychologique
Autres facteurs	Hygiène de vie
	Niveau de connaissance
	Capacités financières
	Activité du patient
	Niveau socioculturel
	Environnement humain
Environnement architectural et particularités du lieu de vie	
Caractéristiques des soignants	

Il est souhaitable que tout établissement de soins élabore une stratégie d'équipement en supports visant à limiter la pression d'interface. Des études cliniques comparatives permettant de préciser les indications de l'utilisation de l'ensemble des supports proposés sont à envisager.

QUESTION 6

Quel est le retentissement psycho-social et sur la qualité de vie, et quelles sont les incidences économiques ?

1. Retentissement psycho-social et qualité de vie

Les escarres entraînent une gêne douloureuse et une souffrance physique et morale, une limitation des capacités fonctionnelles (marche ou station assise impossible) avec comme conséquence une limitation de l'autonomie, des sorties et donc une diminution de

la liberté. L'escarre a également pour conséquence une altération de l'image de soi et de la relation à autrui liée à la présence de la plaie, aux éventuels écoulements et odeurs de celle-ci.

La qualité de vie des personnes souffrant d'escarres et les conséquences psychosociales de l'escarre sont mal connues aujourd'hui. Il est donc légitime de s'interroger sur ce fait et de tenter de l'expliquer : la qualité de la vie dépend-elle de la stricte prise en charge de l'escarre ou, plus vraisemblablement, d'une prise en charge globale de la personne ? Cette seconde approche incite en tout état de cause le soignant à développer systématiquement une relation d'aide au patient.

Quoi qu'il en soit, dispensés en milieu hospitalier ou en ville, les soins inhérents à l'escarre demeurent lourds et dévalorisants pour le patient. L'escarre peut même, à l'extrême, générer une morbidité due à la dégradation de l'image de soi, une sensation de mort progressive par la destruction locale d'une partie du corps, phénomène fréquent chez le sujet âgé.

L'escarre doit être considérée comme une maladie qui se prévient, se soigne et s'accompagne comme toute autre maladie sévère.

Le respect de l'image positive et le souci de la dignité du patient doivent toujours guider l'action du soignant. La prise en charge de l'escarre doit prévenir la survenue d'un syndrome dépressif ou éviter son accentuation.

2. Incidences économiques

Tout comme l'évaluation du risque de l'escarre, la connaissance du coût et plus largement les incidences économiques sont mal connues. La littérature en la matière est parcellaire, elle ne traite en fait guère que du coût comparé des dispositifs médicaux ou des différents supports utilisés. Une meilleure connaissance des coûts hospitaliers par le PMSI et extra-hospitaliers par les nomenclatures s'avère indispensable car elle pourrait utilement être couplée à des études épidémiologiques (enquêtes de prévalence ou d'incidence).

En tout état de cause, il est indiscutable que :

- le traitement médical et chirurgical de l'escarre est lourd, long et coûteux ;
- la non-application de bonnes pratiques de prévention est génératrice de surcoûts importants (allongement des durées de séjours, morbidité accrue, alourdissement de la charge en soins, etc.) ;
- l'état des nomenclatures permettant facturation et remboursement n'est pas adapté à un traitement coordonné entre les différents acteurs (par exemple : mode de rémunération des soins infirmiers à domicile non proportionnel au temps passé et à la diversité des situations cliniques rencontrées).

Par définition consommatrice de ressources humaines et matérielles, la prise en charge de l'escarre nécessite des stratégies dans lesquelles l'approche économique et le souci de prévention doivent aller de pair. Les matériels utilisés dans le cadre de la prévention (matelas, supports, etc.) ou du traitement (hydrocolloïdes, hydrocellulaires) sont onéreux. S'ils sont bien prescrits et efficaces, ils évitent l'escarre ou en diminuent la durée. Ils réduisent donc les coûts à long terme, notamment en durée moyenne de séjour.

Les actes soignants et médicaux correspondant aux soins d'escarres sont insuffisamment décrits. Cela entraîne une sous-cotation d'actes longs et délicats à niveau de compétence élevée. Cette difficulté est cause de refus ou d'impossibilité de prises en charge

à domicile, de même que l'absence ou l'insuffisance d'actes cotant pour le PMSI peuvent être un motif de refus de ces patients en milieu hospitalier. Cette carence est une cause de retards et d'insuffisances thérapeutiques, donc de surcoûts, par l'allongement de la durée des soins.

Il semble donc nécessaire de procéder à une révision des nomenclatures d'actes de soins afin d'améliorer la prévention et l'efficacité de la prise en charge, considérées comme source d'économie.

Par ailleurs, il est souhaitable qu'une réflexion soit engagée sur la problématique de recherche d'une plus grande égalité d'accès aux supports et matériels de prévention entre la ville et l'hôpital, du fait de modalités différentes de prise en charge financière. Une évolution allant vers une meilleure cohérence des prises en charge dans les deux secteurs serait donc nécessaire.

La synthèse des résultats des études économiques confirme la nécessité de développer des programmes de prévention, source de gains économiques, mais aussi d'amélioration de la qualité de vie et de moindre douleur.

Des études épidémiologiques évaluant la prévalence et l'incidence des escarres ainsi que des études économiques comparant les coûts et l'efficacité en matière de prévention, de traitements et de dispositifs (supports, pansements) existants doivent être menées pour aboutir à une meilleure connaissance des coûts liés à l'escarre.

QUESTION 7

Quelles éducation, formation et information du patient et de sa famille ?

L'information et l'éducation du patient et de sa famille constituent des éléments très importants de la prise en charge de l'ensemble des personnes à mobilité réduite, qu'elles le soient de manière temporaire ou permanente.

Selon la nature du risque d'escarre, mais aussi selon l'âge et l'autonomie physique et psychique du patient, il est absolument nécessaire de distinguer l'information de l'éducation thérapeutique du patient et de sa famille. La situation particulière du retour à domicile, parce qu'elle implique directement le patient et son environnement, constitue un enjeu majeur en la matière.

1. Information du patient et de sa famille

Une information générale doit être dispensée par les équipes soignantes et médicales aux patients à mobilité temporairement réduite et pour lesquels le risque d'escarre est limité dans le temps. Cette information doit atteindre les objectifs suivants :

- éclairer la personne sur son état de santé ;
 - lui décrire la nature et le déroulement des soins ;
 - lui fournir les éléments lui permettant de prendre des décisions en connaissance de cause (possibilité d'accepter ou de refuser des actes à visée diagnostique et/ou thérapeutique).
- Cette information doit insister sur les facteurs de risque d'escarre ainsi que sur la participation du patient aux mesures de prévention. Elle doit absolument être adaptée au plus grand nombre et être renforcée par l'utilisation de supports écrits qui ne suffisent pas à eux seuls.

Par ailleurs, il est nécessaire qu'elle soit fournie à la famille et à l'entourage du patient.

2. Éducation du patient et de sa famille

Une éducation systématique doit être envisagée pour tous les patients à mobilité réduite permanente et pour lesquels le risque d'escarre est constant.

Il s'agit d'aider les patients, quel que soit leur niveau d'autonomie, à acquérir ou à conserver les compétences nécessaires pour gérer au mieux leur vie avec leur maladie chronique.

Cette éducation thérapeutique comprend des activités conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie ainsi que de l'organisation des procédures et des stratégies médicales et soignantes qui les concernent. Une démarche de ce type doit demeurer applicable à tous les publics pour lesquels le risque d'escarre est chronique, y compris les personnes âgées dépendantes.

La démarche éducative consiste à :

- adapter l'éducation en fonction de la connaissance du patient et de l'identification de facteurs facilitant et limitant l'acquisition de compétences (diagnostic éducatif) ;
- négocier et se mettre d'accord avec le patient sur les compétences qui lui sont les plus utiles à acquérir en intégrant les éléments suivants chaque fois que nécessaire : les facteurs de risque d'escarre spécifiques au patient, l'autosurveillance cutanée aux points d'appui, la mobilisation et les changements de position, l'hydratation et l'alimentation, l'hygiène de la peau, l'élimination urinaire et/ou fécale, l'habillement, l'adaptation à l'environnement, la prise en charge de la douleur et la participation aux soins de plaies ;
- proposer au patient et éventuellement à son entourage des applications pratiques concernant les mesures de prévention et le traitement de l'escarre ;
- évaluer les réussites et les difficultés de mise en œuvre au quotidien.

3. Le retour à domicile

La situation de retour à domicile du patient porteur d'escarre non encore fermée (ou susceptible d'en développer) justifie une prise en charge globale et *a fortiori* particulièrement adaptée à la mise en œuvre d'une approche pluridisciplinaire intra et extra-hospitalière. La nécessité d'une prise en charge globale, pluridisciplinaire, associant comme partenaires le secteur hospitalier et le domicile est rappelée.

Il est impératif que les préconisations et les pratiques des différents professionnels et du patient ou de son entourage soient identiques à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital. Les objectifs sont les mêmes, bien que les moyens et l'environnement puissent différer, il est essentiel que soins et suivi soient identiques.

Dès que le retour à domicile s'avère possible, il est nécessaire de mettre en place un plan de soins suivant des objectifs précis et compatibles avec le domicile. Ce plan doit en outre être suffisamment formalisé sous forme d'un document de suivi afin de constituer le véritable fil conducteur de la prise en charge. Ce document doit contenir toutes les informations nécessaires à la continuité du soin. Il doit bien évidemment résulter d'une collaboration soignant/soigné, d'une implication forte du patient et/ou de son entourage et d'une amélioration des relations professionnelles intra/extra-hospitalières.

Le respect du plan et l'évaluation périodique nécessaire impliquent un référent (individu ou équipe) dont le rôle soit accepté par chacun.

Il est nécessaire de fournir une information générale aux patients à mobilité temporairement réduite et de dispenser une éducation systématique et individualisée (c'est-à-dire négociée) pour tous les patients à mobilité réduite permanente.

CONCLUSION

La prise en soin de l'escarre de l'adulte ne relève pas d'une spécialité spécifique. Toutes les équipes et tous les modes de prise en charge peuvent y être confrontés en particulier en rééducation, réanimation, gériatrie, chirurgie, mais aussi en médecine de ville et soins à domicile.

Le jury tient à attirer l'attention sur la faiblesse quantitative et qualitative des études et recherches portant sur les escarres. Des informations d'un niveau de preuve suffisant concernant l'évaluation, la prévention et le traitement des escarres manquent. Il est recommandé de favoriser les études et la recherche sur ces thèmes.

Il est recommandé que des professionnels de qualifications différentes et des équipes développent une compétence particulière dans le domaine des escarres de façon à devenir des référents qui puissent être consultés par leurs collègues : médecins référents, infirmières référentes, équipe mobile médecin-infirmière intervenant à l'hôpital et/ou en ville. En complément des professionnels référents, l'organisation de consultations infirmières, autonomes ou dans le prolongement de « groupes-escarres » ou de « commissions des plaies et des escarres » quand elles existent, peut être utile dans le dispositif de prise en charge des patients, mais aussi de formation des professionnels.

La recherche sur les escarres est actuellement trop souvent limitée aux essais thérapeutiques de produits isolés. Il est important de l'étendre à la recherche fondamentale et clinique. Le jury recommande que cette recherche ainsi que la formation des soignants et des médecins soient coordonnées par des équipes pilotes. Par ailleurs, l'enseignement de la prévention et des soins d'escarres doit faire partie de la formation initiale de tout médecin et de tout soignant.

Le texte est disponible sur demande écrite auprès de :
Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
Service communication
159, rue Nationale – 75640 PARIS CEDEX 13
ou consultable sur le site www.anaes.fr

Achévé d'imprimer en Novembre 2002
Tipografia Giuntina - Italie
Dépôt légal - Novembre 2002

BON DE COMMANDE à photocopier

Si vous désirez des exemplaires supplémentaires de la brochure

Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé

Veuillez nous retourner ce bon en précisant si vous souhaitez les recevoir à votre adresse professionnelle ou personnelle.

NOM : _____ Prénom : _____

Nombre d'exemplaires (maximum 20) : _____

(Pour une commande en nombre, veuillez nous consulter)

Secteur Libéral	Secteur Hospitalier	Autres <input type="checkbox"/>
Généraliste <input type="checkbox"/>	Administratif <input type="checkbox"/>	Préciser : _____
Spécialiste <input type="checkbox"/>	Médical <input type="checkbox"/>	_____
Paramédical <input type="checkbox"/>	Paramédical <input type="checkbox"/>	

Préciser votre fonction : _____

Votre adresse professionnelle :

Société : _____

N° : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____ Tél. : _____

Votre adresse personnelle (facultatif) :

N° : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____ Tél. : _____

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
Service Communication - 159, rue Nationale
75640 PARIS CEDEX 13

