

Université Paris V Faculté de médecine Cochin – Port Royal
24 Rue du Faubourg St Jacques 75014 Paris

***PREVENTION ET TRAITEMENT DES
ESCARRES EN EHPAD***

Docteur CECILE GARDE CHASSEVENT

DIU de Formation à la fonction de médecin coordonnateur d'EHPAD

Directeur de mémoire
Docteur Jean Claude Malbec

Année 2004-2005

PLAN

INTRODUCTION	Page 3
DEFINITION DE L'ESCARRE	Page 4
FACTEURS DE RISQUE	Page 4
Facteurs mécaniques	
Facteurs liés aux pathologies	
Cas particulier de la maladie d'Alzheimer	
METHODES DE PREVENTION	Page 7
Evaluer le risque d'escarres	
Les moyens de prévention utilisés	
L'alimentation	
L'hydratation	
La prise en charge de l'incontinence	
Favoriser l'autonomie de marche et la mobilité des résidents	
La prise en charge des pathologies favorisant les escarres	
Lutte contre la douleur et contre les rétractions tendineuses	
METHODES DE TRAITEMENT	Page 17
Décrire et évaluer l'escarre	
Traitement de l'état général	
Traitement local de l'escarre	
Incidences économiques des escarres	
ETUDE D'INCIDENCE DES ESCARRES UN JOUR DONNE DANS UN EHPAD	Page 21
Présentation de l'EHPAD	
Présentation des cas. Commentaires	
CONCLUSION	Page 27
REMERCIEMENTS	Page 28
ANNEXES	Page 29
BIBLIOGRAPHIE	Page 34
RESUME	Page 35

INTRODUCTION

L'existence d'escarres chez une personne âgée dépendante est très mal ressentie.

C'est pour le patient une source de douleur, d'inconfort, de morbidités, d'altération de l'image corporelle avec difficultés à maintenir la dignité, de difficultés relationnelles.

Pour la famille, l'atteinte du corps représente une dégradation supplémentaire qui s'ajoute aux autres déchéances (troubles cognitifs et du comportement, troubles moteurs, incontinence, altération de l'aspect du corps) et peut être associée à un doute sur la qualité des soins source de culpabilité.

Pour le personnel soignant, source de culpabilisation et remise en cause de ses pratiques. Travail supplémentaire pour les pansements, la mobilisation, l'hydratation, l'alimentation, la lutte contre la douleur.

Il nous paraît important de réfléchir sur notre façon de travailler pour savoir si nous avons de bonnes pratiques, de bons résultats et voir ce qu'on peut améliorer.

Nous avons donc essayé de décrire les pratiques mises en place dans notre établissement, d'approfondir nos connaissances théoriques, et de dégager quelles étaient les idées d'améliorations, et les moyens de les mettre en œuvre et de les évaluer.

DEFINITION

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 (NPUAP).

Les principales localisations sont par ordre de fréquence le sacrum et les talons.

FACTEURS DE RISQUE

FACTEURS DE RISQUE MECANIQUES

La pression

Elle interrompt la microcirculation cutanée. Interviennent l'intensité de la pression, supérieure à la pression de vascularisation capillaire qui est de 13 à 32 mm Hg chez le sujet sain, beaucoup plus basse en cas de collapsus ou de vasoplégie. La durée de la pression : une forte pression est supportée à condition qu'elle soit de courte durée ou se relâche par intervalles. Les lésions dues à la pression forment un cône dont la base est du côté osseux et le sommet du côté cutané. Cela explique que les plaies de pression sont beaucoup plus larges en profondeur qu'au sommet de la peau.

Le cisaillement

Le glissement forcé des couches cutanées les unes sur les autres entraîne un cisaillement des tissus sous-cutanés, avec étranglement des vaisseaux sanguins.

Ce phénomène s'observe dans les situations où le poids du patient a tendance à le faire glisser :

- En position demi assise, au lit ou au fauteuil.

- En position latérale, avec la tête du lit surélevée.

- Lorsque le tronc est incliné.

L'humidité, l'adhérence de la peau aux draps ou au bassin, le port de vêtements trop ajustés, favorisent l'effet de cisaillement.

La friction

Le frottement, par un mécanisme d'abrasion mécanique de la peau, crée des lésions cutanées

(phlyctènes, fissures), qui favorisent considérablement la survenue de plaies de pression. Les plaies de frottement sont le plus souvent localisées au niveau des coudes, du sacrum, des talons.

Les lésions dues à la friction s'observent le plus souvent dans deux circonstances :

Lorsqu'un patient est << traîné >> et non soulevé dans son lit, sa peau frotte contre les draps. Les lésions sont aggravées si la peau est humide.

Le patient lui-même peut, dans certains états pathologiques (agitation, confusion, douleur), se frotter contre ses draps: talon, extrémité des gros orteils, faces latérales des deux pieds.

Il peut y avoir une lésion par friction lors du retournement du patient.

FACTEURS DE RISQUE LIÉS AUX PATHOLOGIES

L'immobilité et la diminution du niveau d'activité.

Tout malade immobilisé au lit ou au fauteuil de façon prolongée est susceptible d'avoir des escarres. Les patients ayant des troubles de conscience d'origine neurologique médicamenteuse ou métabolique, des troubles moteurs d'origine traumatologique ou neurologique, sont particulièrement exposés.

La dénutrition.

Il faut évaluer l'état nutritionnel des malades à risque et des malades ayant des escarres. L'insuffisance des apports alimentaires est détectée par des mesures biologiques ou par l'observation d'une incapacité du malade à se nourrir.

L'incontinence urinaire et fécale.

L'urine et les selles contiennent des substances irritantes pour la peau et favorisent la macération.

L'humidité excessive.

L'humidité est souvent liée à l'incontinence, mais aussi à la transpiration, à la fièvre, à des écoulements divers. Elle favorise la macération.

La résistance cutanée, l'âge et la diminution de la vascularisation.

Le vieillissement cutané favorise les escarres. Le risque serait augmenté au-delà de 70 ans. Peu d'études ont montré un lien entre la diminution de la vascularisation (hypotension) et les escarres, on connaît le risque élevé d'escarres chez les patients hospitalisés en réanimation.

La pathologie neurologique et la perte de sensibilité.

D'une part il existe une altération des os, du collagène et de la peau. D'autre part le malade ne change pas de position ou ne demande pas d'aide pour le faire car il ne ressent pas l'inconfort ou la douleur en relation avec la pression.

CAS PARTICULIER DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

Dans la maladie d'Alzheimer à un stade avancé tous ces facteurs sont réunis.

- ⇒ Déshydratation due à la perte de la soif, à la perte du geste de boire, aux troubles de déglutition, éventuellement associés à un diabète ou un traitement diurétique.
- ⇒ Dénutrition secondaire aux altérations de la prise alimentaire, aux troubles de déglutition.
- ⇒ L'immobilité est due à l'apraxie de marche, puis apraxie à se retourner dans le lit. Elle peut être aggravée par des fractures secondaires à des chutes, par une contention, par des médicaments destinés à calmer l'agitation ou l'agressivité.
- ⇒ L'incontinence est également présente.
- ⇒ Le patient ne prend plus soin correctement de son hygiène corporelle, ce qui favorise l'humidité et la macération.

METHODES DE PREVENTION

EVALUER LE RISQUE D'ESCARRES

L'évaluation du risque d'escarres repose, d'une part sur l'expérience clinique des soignants, d'autre part sur des échelles d'évaluation.

Il existe plusieurs échelles d'évaluation : de Norton, de Waterloo, de Braden, échelles francophones.

La sensibilité et la spécificité de l'échelle de Norton et de l'échelle de Braden sont équivalentes en soins de longue durée.

Le protocole de notre hôpital utilise la grille de Norton. (Annexe 1).

Dans le service, nous utilisons la grille de Norton, mais de manière non systématique, soit à l'entrée du résident, soit en cas de modification de son état, souvent à titre pédagogique.

Les soignants expérimentés à la prévention des escarres connaissent bien le protocole, mais s'appuient en première intention sur l'impression clinique.

Les soignants débutants sont encadrés par les médecins et par les soignants expérimentés.

Les mesures mises en œuvre ne sont pas liées seulement à un score de Norton inférieur à 14, (il n'y aurait pas assez de supports de prévention dans le service).

LES MOYENS DE PREVENTION UTILISES

L'ALIMENTATION : Prévention et traitement de la dénutrition

L'estimation de l'état nutritionnel se fait avec des moyens simples :

- ⇒ surveillance systématique mensuelle du poids (grâce à un pèse personne pouvant peser les patients ne tenant pas debout). Malheureusement à certaines périodes non réalisé (personnel en sous effectif, vacataires, périodes de forte chaleur où la priorité est l'hydratation, bref l'été).
- ⇒ surveillance « simple » des quantités ingérées par les aide-soignantes (assiette terminée, ou pleine)...
- ⇒ sur demande spécifique par le médecin, il peut être établi une fiche d'apports hydriques et alimentaires.
- ⇒ Le MNA n'est pas réalisé (il existe un projet d'étude de l'utilisation du MNA dans le service en partenariat avec le CLAN).
- ⇒ Il n'y a pas de bilan sanguin systématique concernant l'état nutritionnel (en lien avec le MNA).

Les repas sont pris assis en salle à manger (il est démontré que l'apport alimentaire est plus élevé dans ces conditions). Néanmoins la salle à manger sur une des unités du service est exigüe et bruyante, ce qui va à l'encontre du confort recherché pendant les repas.

Le service est de type <<restaurant>> pour les patients les plus autonomes,

L'équipe soignante veille à stimuler l'alimentation des patients « fragiles », tout en maintenant leur autonomie à s'alimenter seuls.

En cas d'apraxie de l'alimentation et ou de la déglutition, le soignant donne à manger en position bien assise, tête légèrement fléchie en avant, à l'aide d'une cuillère, avec une texture adaptée aux difficultés de déglutition, avec présence à proximité de matériel d'aspiration portatif (un par salle à manger).

Les repas sont servis en quatre prises par jour, (petit déjeuner abondant comportant un jus de fruit, à 16 heures collation et jus de fruit).

Mais l'horaire du repas du soir est trop tôt, ce qui entraîne un jeûne prolongé nocturne.

Lorsqu'il existe des arguments cliniques pour une dénutrition, (apports alimentaires insuffisants, perte de poids), l'alimentation est complétée par des suppléments hyper

protidiques par voie orale, adaptés au goût du patient (soupes enrichies, crèmes enrichies, suppléments hyperprotidiques du commerce sous forme de boissons ou crèmes à goût sucré).

Il n'y a pas actuellement d'alimentation par sonde nasogastrique ou par gastrostomie dans le service.

Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, ce n'est pas indiqué ; les contraintes sont supérieures aux avantages, avec la nécessité d'une contention, le risque de pneumopathies d'inhalation, et cela pose aussi un problème éthique.

Les régimes alimentaires diminuent la variété de l'alimentation, font perdre le plaisir de manger et donc l'apport alimentaire diminue. Ils sont réduits au strict minimum.

apport en sel modéré dans l'insuffisance cardiaque, seulement si on n'a pas d'autre choix ;

régime sans sucres rapides en cas de diabète, personnalisé selon les pathologies et la personnalité du résident, avec le plus possible maintien de la convivialité lors des repas <<de fête>>.

L'HYDRATATION

Une bonne hydratation est indispensable pour prévenir les escarres.

Les résidents sont incités à boire ou selon leur état on leur donne à boire avec une texture adaptée en cas de trouble de déglutition. (poudre épaississante, plus pratique que l'eau gélifiée qui doit se conserver au frigidaire et se périmé rapidement).

Comment quantifier les apports hydriques ?

- il y a des tournées systématiques d'hydratation à horaires fixes mais les quantités bues ne sont pas notées.
- il est signalé lors des transmissions d'équipe si un résident boit peu, s'il a des troubles digestifs.
- la déshydratation se repère par des symptômes connus par l'équipe: oligurie avec urines concentrées notées lors des changes, asthénie, pli cutané, sécheresse des muqueuses de la bouche, augmentation des glycémies capillaires chez le diabétique.

Si un résident boit peu ou a des troubles digestifs, avant les signes de déshydratation, pose d'une perfusion sous cutanée de glucosé 5 %, 1 litre par jour.

En cas de déshydratation marquée avec somnolence, hypernatrémie majeure, la perfusion sous cutanée peut être insuffisante, recours nécessaire aux perfusions intraveineuses, avec obligation d'hospitaliser le patient, ou de faire surveiller la perfusion par l'infirmière de nuit du service de l'hôpital qui est tout proche (il n'y a pas d'infirmière de nuit dans le service).

LA PRISE EN CHARGE DE L'INCONTINENCE

L'accompagnement aux toilettes des personnes à mobilité réduite, mais non incontinentes, doit être systématique.

Positionnement systématique sur les toilettes ou sur la chaise percée.

Prévention des globes vésicaux en évitant les médicaments favorisant et les fécalomes ;

Prévention des fécalomes par un suivi systématique des selles par écrit chez les patients non autonomes, avec signalement des anomalies lors des transmissions d'équipe.

Utilisation de traitement de la constipation si besoin par voie orale jus d'orange, pruneau, Transipeg, Duphalac et Lansoyl, et si besoin par voie basse suppositoires de glycérine, d'Eductyl, Microlax, Normacol, lavement d'eau tiède avec huile de paraffine.

En cas d'incontinence, usage de changes adaptés, en évitant le plus possible la macération, en utilisant des changes anatomiques plutôt que des changes complets, de la bonne taille.

Le type du change utilisé pour chaque patient est noté sur la planification murale. Le rythme des changes doit être suffisant.

FAVORISER L'AUTONOMIE DE MARCHE ET LA MOBILITE DES RESIDENTS

Entretien de la marche, stimulation par les soignants, kinésithérapie, aides adaptées (cannes, déambulateur).

Eviter les médicaments pouvant entraîner des chutes (par exemple psychotropes, hypotenseurs, vasodilatateurs).

L'architecture doit être adaptée avec un sol plan, non glissant, un éclairage suffisant, des rampes pour s'appuyer le long des couloirs, des salles de bain équipées (barres d'appui, rehausseurs), des lits faciles d'accès (lits électriques pouvant être mis en position basse), éviter les tapis, l'espace ne doit pas être encombré.

Il n'est jamais utilisé de contention pour les déments qui déambulent (ce qui serait plus facile dans une architecture plus adaptée, néanmoins c'est faisable dans les parties ayant une architecture type hôpital, anciennement long séjour, et impraticable dans l'ancienne maison de retraite ouverte largement sur l'extérieur, site dans lequel on ne fait jamais entrer de personnes avec une démence évoluée). Pour favoriser le repérage des fugues, un dispositif avec bracelets anti-fugues a été mis en place. Il donne quelques soucis, car les bracelets sont parfois enlevés par le résident lui-même, ce qui n'est pas le but recherché.

Il n'est fait usage de la contention physique que sur prescription médicale, dans des situations précises :

- patient dément ou confus ne pouvant pas respecter l'interdiction d'appui après une intervention orthopédique.
- patient dément ou confus nécessitant de manière impérative une perfusion intraveineuse.

- patient dément ou confus dans l'incapacité de marcher (en général par apraxie de la marche), qui s'il se lève seul de son fauteuil tombe.

La contention doit être levée à intervalles réguliers de 2 heures, avec changements de position, vérification de l'état cutané, et si c'est possible faire marcher régulièrement avec aide.

La contention doit être réalisée avec du matériel adapté (ceintures de contention).
En réalité, la contention est levée lors des changes.

Les bonnes pratiques pour la contention physique sont décrites dans le référentiel ANAES sur la contention.

Prescription systématique des changements de position pour les patients à risque (d'une part sur prescription médicale mais les soignants doivent d'eux mêmes organiser ces mesures). Ces changements de position se font jour et nuit, au moment des changes. (Le référentiel ANAES recommande des changements de position toutes les deux heures, mais cela n'est pas réaliste dans un EHPAD, il n'y a pas assez de temps paramédical).

Les positions sont les suivantes :

- le décubitus latéral strict est déconseillé, il favorise les escarres trochantériennes.
- Le décubitus latéral oblique à 30 degrés est mieux toléré, l'appui se fait sur la région rétrotrochantérienne.
- La position demi-assise, dossier à 30 degrés, réduit la pression ischiatique mais nécessite l'élévation des membres inférieurs pour éviter le glissement du patient provoquant des cisaillements de la peau.
- L'usage d'accessoires de positionnement (oreillers, mousses), assure systématiquement la mise en décharge des talons.(nous utilisons des coussins de positionnement).L'utilisation de poches remplies d'eau sous les talons est déconseillée.
- Au fauteuil, favoriser les autosoulèvements s'ils sont possibles, sinon les repositionnements par les soignants pour éviter le phénomène de glissement.
- Lors de la manutention du patient, utiliser un lève-malade ou un drap pour éviter les phénomènes de cisaillement et de frottement.

Un pictogramme nominatif représente les positions suivant les heures. Il a été discuté s'il devait ou non être placé dans la chambre.

Les changements de position nécessitent la présence de deux soignants. Une partie du service a un effectif réduit à une seule aide soignante ou AMP l'après-midi et la nuit, ce qui interdit de recevoir dans cette partie des patients nécessitant des changements de position.

Les résidents sont tous installés dans un fauteuil adapté plusieurs heures dans la journée s'ils ne peuvent pas marcher. La mise au fauteuil n'empêche pas les changes réguliers.

Ces fauteuils sont achetés sur prescription nominative, les caractéristiques de chaque fauteuil adapté personnellement au patient sont étudiées par le kinésithérapeute avant la commande, il y a un essayage et un travail de suivi des fauteuils.

En raison du manque de temps médical dans le service, nous avons pu recevoir le secours du médecin rééducateur de l'établissement pour ces prescriptions.

Il n'y a pas suffisamment de prescription de coussins de contention, et une formation serait utile à tous pour mieux connaître les caractéristiques des différents coussins de contention, leurs indications, leur utilisation (degré de gonflage pour certains modèles). Les coussins de contention s'achètent aussi sur prescription nominative et comme les fauteuils sont remboursés.

Les manoeuvres de manutention lors de la mise au fauteuil sont réalisées au mieux avec un lève-malades. Le service dispose de lève-malades, mais ils sont sous-utilisés. Il est nécessaire de faire régulièrement des formations à la manutention des patients et à l'usage du lève-malades. Les conditions de travail dans le service sont très éprouvantes sur le plan musculosquelettique pour les soignants du fait du grand degré de dépendance des patients, du sous effectif en personnel.

Il s'y ajoute la prise en charge de l'incontinence, le contact permanent avec des patients Alzheimer, le contact avec les soins palliatifs et la mort, les incessants rappels sur les jours de congés, les difficultés majeures à prendre des jours de vacances, et aussi la grande difficulté à organiser du temps de transmissions, concertation, réunions.

La note d'optimisme est la bonne ambiance dans le service, le dévouement, la conscience professionnelle, et le niveau technique des équipes, les liens affectifs avec les résidents, les possibilités de formation et de promotion professionnelle, et l'espoir d'une renégociation de la convention tripartite.

Utilisation des matelas de prévention d'escarres.

Il est à noter que 60 lits sont équipés de matelas de prévention en mousse à plots PREVENTIX ; (mais ce n'est pas le cas pour les 118 autres lits).

Sur prescription médicale, il est utilisé des matelas antiescarres plus élaborés.

Les matelas sont en location.

Il est certain qu'une formation des équipes à un bon usage du gonflage serait utile.

Les matelas en location sont de différents modèles, ce qui ne facilite pas leur utilisation, et nous n'obtenons pas toujours un matelas adapté à l'état du patient.

Il existe un très grand nombre de supports de prévention dans le commerce, matelas et surmatelas.

Les principaux types sont :

Les supports statiques augmentent la surface d'appui du patient sur le support par enfoncement dans celui ci.

- matelas de mousse de densité uniforme ou différente, avec ou sans plots

- matelas de mousse et d'air
- matelas à air
- matelas à eau
- autres matelas : latex, gel mousse viscoélastique, fibres de polyester
- surmatelas en fibres siliconées, en polyvinyle, en néoprène, à eau, à air statiques

Les supports dynamiques à pression alternée, par cycles courts de 5 à 15 minutes selon les modèles, avec ou sans capteurs de pression. Il existe aussi des surmatelas de ce type.

Les lits et matelas dynamiques à pression constante combinent l'aspect dynamique (flux d'air géré par un moteur) et statique (basse pression continue).

- matelas à perte d'air mesurable.
- lit fluidisé (microsphères en suspension dans de l'air).

Classification et choix du support.

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

Les fournisseurs précisent la pression moyenne obtenue grâce au support. Il est préférable de considérer la pression maximale.

Critères de choix d'un support de lit.

Les critères de choix 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, transfert lit-fauteuil possible ou non.

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).

Des études cliniques comparatives permettant de préciser les indications de l'ensemble des supports sont à envisager.

Pour notre part, nous constatons de manière empirique que l'équipe est plus satisfaite de certains matelas que d'autres, les critères précis de choix parmi les différents supports dynamiques travaillant de façon discontinue ne nous sont pour l'instant pas très clairs, et un travail de documentation sur le choix et l'utilisation des supports est à prévoir.

Critères de choix d'un support de fauteuil

Les coussins en gel ne sont pas recommandés.

Les coussins à air sont difficiles à régler.

Posséder deux coussins de types différents peut être bénéfique pour le patient.

L'apprentissage des soulèvements réguliers de 10 secondes toutes les 15 à 30 minutes ne s'applique guère à la gériatrie.

Nous n'avons pas évoqué le choix des lits et des fauteuils, qui jouent aussi un rôle dans la prévention des escarres, mais sortent néanmoins du thème de ce mémoire.

Enfin l'usage de tous ces matériels nécessite un temps consacré au matériel lui-même (définition des besoins, commande et relations avec les fournisseurs, mise en place, entretien, réparations, traçabilité du matériel, rangement, enlèvement. Il est nécessaire d'avoir défini de bonnes procédures pour que toutes ces étapes se déroulent harmonieusement et qu'on sache qui fait quoi (cette procédure est à écrire, car nous avons eu quelques soucis à ce sujet).

LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES FAVORISANT LES ESCARRES

DIABETE

Un équilibre correct du diabète évite le risque de coma hyperosmolaire, de grande déshydratation qui est à haut risque d'escarre, tout en évitant l'hypoglycémie.

Les diabétiques à risque de dénutrition sont traités par insuline NPH 1 injection SC le matin avec surveillance de la glycémie capillaire 1 fois par jour le matin.

Le régime doit favoriser le plaisir et la convivialité et éviter le risque de dénutrition, les écarts de régime sont tolérés, mais l'infirmière doit être au courant pour en tenir compte dans l'adaptation des doses d'insuline (ne pas augmenter la dose pour des hyperglycémies dues à un ou des écarts ponctuels).

Il existe dans le service un protocole de prise en charge du diabète, avec des indications sur l'alimentation, sur l'adaptation des doses d'insuline, et la conduite à tenir en cas d'hypoglycémie.

Chez certains patients déments avec troubles majeurs du comportement alimentaire, la grosse difficulté est d'obtenir que le patient mange et boive, en lui proposant ou mettant à sa disposition de manière répétée des aliments et boissons tout au long de la journée, et éventuellement la nuit.

La surveillance attentive de l'état des pieds, les précautions lors de la toilette avec séchage complet doux, lors des soins de pédicure, le port de chaussures ne blessant pas les pieds font partie de la prise en charge du diabétique, pour éviter les plaies et infections du pied.

INSUFFISANCE CARDIAQUE

L'insuffisance cardiaque en phase aiguë oblige à proposer un régime sans sel, qui est élargi dans la mesure du possible dès que possible car la dénutrition favorise les escarres. Le niveau d'hydratation doit être surveillé, en évitant une déshydratation, facteur de risque d'escarre.

Une surveillance clinique rapprochée permet d'adapter les doses de diurétiques, de corriger la cause de la poussée d'insuffisance cardiaque (infection respiratoire, maladie thromboembolique, trouble du rythme, poussée hypertensive, apport excessif de sel).

Si possible, une éducation du patient l'aide à comprendre son régime, à défaut, éducation des soignants.

ARTERIOPATHIE DES MEMBRES INFÉRIEURS

L'artériopathie des membres inférieurs est fréquente chez la personne très âgée, ses symptômes sont masqués par l'absence d'effort physique. Elle est à l'origine de plaies des membres inférieurs qui ne sont pas des escarres, son rôle dans l'apparition d'escarres talonnières est mal déterminé.

Le maintien d'une tension artérielle suffisamment élevée et d'une hydratation correcte sont souhaitables. Le suivi des artériopathies avec plaie d'origine artérielle, les indications à une prise en charge spécialisée en vue d'une angioplastie ou d'un geste chirurgical, le dépistage et prise en charge dans des délais corrects des ischémies aiguës sortent du cadre de ce mémoire.

DEMENCES

Nous avons vu plus haut que la démence est une pathologie à haut risque d'escarre.

Le service doit s'adapter au patient dément et non l'inverse.

Pour l'alimentation, la prévention de la dénutrition utilise tous les moyens possibles : il faut une souplesse pour s'adapter aux goûts et aux horaires parfois totalement anarchiques du patient, préserver un climat affectif serein sans s'attacher excessivement à la recherche de l'équilibre alimentaire idéal. Le repas est un moment d'échange social et affectif.

Les troubles psychocomportementaux sont pris en charge le plus possible par une attitude empathique et calme, par des activités susceptibles d'occuper le patient, par une souplesse reportant si besoin le soin ou la toilette à un autre moment, par la recherche attentive de la cause de la contrariété du patient (douleur, fécalome, soif ou faim, changement d'une habitude, délire, exposition à un comportement d'un soignant ou d'un résident ressentie comme menaçante), en limitant dans la mesure du possible l'usage des psychotropes, qui outre le risque d'altération de la marche et de chute, risquent en diminuant la vigilance de diminuer la capacité à boire ou à manger. Néanmoins, il ne faut pas s'en priver, car un délire peut être très angoissant pour le patient, et d'autre part le personnel ne doit pas être exposé à des manifestations d'agressivité physique, et si possible les autres patients ne doivent pas être exposés à une ambiance trop bruyante.

La capacité à déambuler doit être favorisée, nous l'avons déjà évoqué.

Le maintien d'un état cutané sans risque de macération comporte une toilette et des vêtements propres, différents le jour et la nuit. Au cours de la toilette et l'habillage, les capacités restantes et le maintien de l'autonomie sont stimulés, la coquetterie est encouragée, c'est aussi

un moment d'échange humain et affectif, passant également par le toucher, qui reste possible jusqu'au stade ultime de la maladie.

LUTTE CONTRE LA DOULEUR ET CONTRE LES RETRACTIONS TENDINEUSES

La lutte contre la douleur est une préoccupation permanente. La douleur peut entraîner une immobilité, une dénutrition, des rétractions tendineuses, tous facteurs de risque d'escarres. Réciproquement les escarres sont une source de douleurs.

Le dépistage de la douleur repose à la fois sur ce qui est constaté par le médecin et sur ce qui est constaté au long de la journée et la nuit par l'équipe paramédicale.

Plusieurs soignants ont reçu une formation sur la douleur, par le médecin spécialiste de la douleur de notre hôpital, nous avons une possibilité d'accès à une consultation antidouleur hebdomadaire sur chacun des deux sites.

Le service d'un site a été inclus dans une enquête nationale sur la douleur il y a 2 ans.

Il existe un protocole sur la prise en charge de la douleur, précisant le rôle de l'infirmière dans le diagnostic de la douleur et les modalités de délivrance d'antalgiques par l'infirmière en dehors de la présence des médecins.

Reconnaître la douleur, c'est écouter ce que dit le patient.

La douleur est un symptôme qui peut conduire à un diagnostic, basé sur ses caractéristiques : topographie, horaire, caractère, intensité, facteurs déclenchants (par exemple mobilisation, appui, pression, effort...) ; associée aux autres symptômes et à l'examen clinique.

La recherche du diagnostic permet un traitement étiologique qui peut supprimer la douleur.

La douleur en elle-même est aussi une maladie qu'il faut traiter. L'intensité est précisée par le patient, l'usage des réglettes chiffrées (EVA) n'est pas bien adapté à la gériatrie.

Chez le patient non communicant, la reconnaissance de la douleur repose sur l'observation des mimiques, des gestes de protection, notés tout au long de la journée, et en particulier lors de la mobilisation, de la toilette et des soins.

Ces observations doivent être transmises oralement et par écrit.

La grille d'observation de la douleur DOLOPLUS est validée. En pratique, nous utilisons la grille DOLOPLUS à titre pédagogique ou quand les membres de l'équipe ne sont pas d'accord entre eux sur l'appréciation de la douleur.

La douleur est traitée par les antalgiques des trois paliers de l'OMS, et si besoin par d'autres médicaments: médicaments des douleurs neurogènes, antidépresseurs.

La douleur est traitée de manière continue au long de la journée, un traitement antalgique par voie générale ou locale crème EMLA anticipe les soins douloureux.

La douleur est aussi traitée par des procédés de kinésithérapie: immobilisation, orthèses, prévention des mauvaises positions et des rétractions tendineuses (bon positionnement au lit et au fauteuil en utilisant des coussins de positionnement, si besoin une contention), utilisation de la chaleur...

Les rétractions tendineuses sont douloureuses, elles peuvent aussi être la cause d'escarres en entraînant une pression permanente sur une zone du corps (par exemple fessum majeur do genou et risque d'escarre du talon).

METHODES DE TRAITEMENT

DECRIRE ET EVALUER L'ESCARRE

❶ Les objectifs de l'évaluation initiale de l'escarre et de l'évaluation du suivi de la plaie.

Description et évaluation initiale

La description et l'évaluation initiale est réalisée conjointement par l'infirmier et le médecin. Elle doit figurer dans le dossier médical et dans le dossier infirmier.

Elle constitue une référence pour les évaluations ultérieures. Ce bilan de départ permet de faire un plan de soins, d'informer le patient sur le pronostic de l'escarre et de favoriser sa participation aux soins,

L'évaluation du suivi

Elle sert à la continuité des soins, à la cohérence et la pertinence des décisions de traitement et à leur ajustement.

❷ *Evaluation initiale*

Il existe plusieurs classifications anatomocliniques décrivant les stades de l'escarre. cf annexe 2. La plus fréquemment utilisée est la classification de SHEA modifiée par la NPUAP.

Les échelles anatomocliniques sont qualitatives et n'ont pas de caractère scientifique.

Elles n'ont pas d'intérêt pour le suivi, car seule l'échelle de Garches décrit les stades de reconstruction.

❸ *Evaluation de suivi*

Méthodes de mesure de l'escarre

dimensions (surface, profondeur)

topographie (on peut faire un schéma, en particulier pour les escarres multiples)

évaluation de la douleur (spontanée, limitée aux soins, causes, intensité, retentissement sur le quotidien et le comportement et l'état psychologique)

④ *A quel moment évaluer ?*

Description initiale

ensuite selon l'état d'évolution de l'escarre :

tous les jours si zone nécrotique ou fibrineuse, en cas d'infection.

à chaque changement de pansement : par l'infirmière

à chaque tournant de l'évolution locale ou générale : conjointement par l'infirmière et le médecin.

Dans notre hôpital il est utilisé une grille pour le suivi de pansement d'escarres Cf. annexe 5

TRAITEMENT DE L'ETAT GENERAL

Le traitement de l'escarre est à la fois local et général

Les mesures générales de prévention déjà évoquées sont renforcées.

TRAITEMENT LOCAL DE L'ESCARRE

① *Principes de nettoyage de la plaie*

- avec du sérum physiologique
- sont proscrits les produits alcoolisés, les colorants, les antiseptiques. La plaie ne doit pas être asséchée.

② *Traitement de la rougeur et de la phlyctène*

Au stade de la rougeur

- rechercher et supprimer les points d'appui en utilisant un support
- protéger la peau si besoin des urines ou de la macération par un film semi-perméable ou un hydrocolloïde transparent
- supprimer les facteurs favorisants (macération, forces de cisaillement)
- changements de position toutes les 2 à 3 heures

Au stade de la phlyctène

- réaliser une brèche 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

③ *Traitement local de l'escarre constituée*

Principes du traitement

L'élimination des tissus nécrosés, le contrôle des exsudats et de l'infection sont des temps essentiels qui favorisent le bourgeonnement et l'épidermisation spontanée.

Le traitement local doit respecter la flore commensale cutanée qui colonise les plaies et contribue à la détersion et au bourgeonnement.

Stratégie de soins

- appliquer les principes d'hygiène pour la gestion des pansements et la prévention de la contamination croisée
- détersion
- choix des pansements

Détersion de la plaie

La détersion soigneuse est la condition de la cicatrisation

- Détersion naturelle à partir de la flore cutanée : Elle prend 3 semaines. , est souvent incomplète, il faut évacuer les débris mécaniques par action mécanique soigneuse et répétée (compresse et sérum physiologique).
- Détersion par produits qui accélèrent l'élimination de la nécrose : les enzymes protéolytiques sont abandonnés. En présence d'une nécrose sèche, on utilise les hydrogels ou les alginates.
- Détersion mécanique en cas de nécrose aiguë, au lit du patient, dès sa constitution, avec des pinces et ciseaux à bouts ronds, du centre vers les berges, en ne faisant ni souffrir ni saigner, puis application d'un pansement humide.

Notre service a eu la chance de bénéficier sur un des sites de la possibilité de conseils ou de réalisation au lit du patient de détersion mécanique par un chirurgien du service voisin, qui a contribué à la formation des infirmières dans ce domaine.

Choix des pansements de recouvrement

Pansement quotidien si nécrose ou fibrine, infection; ou bourgeonnement excessif ; à la cicatrisation plus espacé et selon le type de pansement choisi.

Cf. : tableau des types de pansement page 22 du document ANAES : annexe 3 ;

Les marques de pansements disponibles dans notre hôpital sont déterminées par le pharmacien, les références choisies peuvent varier d'une année à l'autre, et ne sont pas les mêmes que dans un grand établissement voisin dont nous dépendons pour les consultations de dermatologie (appel est fait au dermatologue plus pour les ulcères que pour les escarres). Cf. annexe 4.

④ *Traitement de l'escarre infectée.*

L'infection se développe à partir de la flore commensale.

La détersion prévient cette contamination massive. Les antiseptiques et les antibiotiques sont proscrits dans la prévention.

L'infection est suspectée sur des signes locaux, et affirmée sur les hémocultures ou les prélèvements (liquide de ponction, biopsie) au delà de 10 puissance 5 germes par millilitre.

Son risque est celui de propagation à l'os ou de septicémie.

Le traitement local comporte la détersion quotidienne ou biquotidienne. Le traitement antibiotique par voie générale est ajusté en fonction de l'antibiogramme.

⑤ *Traitement chirurgical de l'escarre.*

Il est destiné aux escarres accidentelles et aux escarres neurologiques, et non au patient grabataire porteur d'escarres multifactorielles.

⑥ *Traitement de l'escarre en situation de soins palliatifs.*

Evaluation du pronostic vital du patient (selon la maladie en cours, selon des indicateurs : Karnofsky, phases de l'OMS).

L'approche globale et individualisée du patient et le traitement de la douleur priment.

Les objectifs sont :

- ⇒ Prévenir l'apparition de nouvelles escarres.
- ⇒ Limiter l'extension des escarres, éviter les complications et les symptômes inconfortables (infection, saignement, écoulements, odeurs, douleur).
- ⇒ Maintenir le patient propre et diminuer l'inconfort physique et psychique lié à l'escarre.

⑦ **Escarres et hygiène**

L'escarre est toujours colonisée par des germes. Des précautions doivent donc être prises lors des soins pour que ces germes ne soient pas manuportés vers les autres patients.

INCIDENCES ECONOMIQUES DES ESCARRES

La non application des bonnes pratiques de prévention génère des surcoûts importants.

Les soins d'escarres sont consommateurs de ressources humaines, les supports de prévention et les pansements sont coûteux.

Cette prise en charge n'est pas reconnue actuellement dans les EHPAD, puisque la tarification repose seulement sur le GMP.

Les critères qui poussent à admettre ou non un patient ayant des escarres ne sont pas clairement définis, mais il est évident qu'on ne peut pas admettre un nombre trop élevé de patients ayant des escarres dans le service, sous peine de dégrader très rapidement les conditions de prise en charge des autres patients.

Or le nombre de places en EHPAD est insuffisant, et il est facile de remplir le service avec des patients requérant moins de temps de personnel soignant.

Si ces patients restent en médecine ou en moyen séjour, ils ne sont pas dans la structure adaptée à leur état, et empêchent de recevoir dans ces services des patients qui auraient besoin de soins et ne trouvent pas de place (le nombre de places étant insuffisant).

ETUDE D'INCIDENCE DES ESCARRES UN JOUR DONNE DANS UN EHPAD

PRESENTATION DE L'EHPAD

Il s'agit d'un EHPAD de 178 places, qui fait partie d'un hôpital public.

Il a plusieurs particularités. L'établissement hospitalier est né de la fusion de deux hôpitaux, distants de 25 kilomètres, dans deux départements, Oise et Val d'Oise, et deux régions administratives différentes, Picardie et Région Ile de France.

Tous les services administratifs, médicotechniques, techniques sont regroupés sur un des deux sites, et desservent l'autre site par voie routière (il a été conservé seulement un service de radiologie). Il existe un service d'accueil d'urgence et une présence médicale permanente de nuit sur chaque site.

L'EHPAD est un seul établissement, partagé entre les deux sites : 178 lits répartis en 78 sur un site et 100 sur l'autre site. Le médecin coordonnateur est sur les deux sites.

Sur chaque site, l'EHPAD a succédé d'une part à un secteur long séjour, d'autre part à un secteur maison de retraite.

La convention tripartite a été signée en 2002. Le GMP est de 741.

L'EHPAD emploie exclusivement des salariés, il n'y a pas d'intervenants paramédicaux libéraux. Le nombre de médecins généralistes libéraux intervenant à l'EHPAD est limité à 2, les médecins généralistes du secteur sont plutôt en sous effectif et leur présence à l'EHPAD en voie d'extinction. (mais les relations avec les médecins généralistes sont bonnes).

Il y a une différence de tarif entre les deux sites et une grande différence architecturale.

Le temps médical est de 1,6 Praticien Hospitalier (1 temps plein sur les deux sites et un temps partiel sur un seul site), tous deux gériatres.

Ce temps est amputé par la nécessité de remplacer l'unique médecin du service voisin de médecine à chacune de ses absences, en contrepartie il assure des remplacements en EHPAD, c'est une forme de mutualisation très poussée et fatigante pour tous les acteurs.

Il y a des infirmières, aides soignantes, AMP, ASH, des kinésithérapeutes et diététiciennes (mutualisés avec le reste de l'hôpital), une psychomotricienne, une psychologue, deux animatrices, pas de secrétaire.

Il n'y a pas d'infirmière la nuit.

Le temps paramédical est très insuffisant.

Dans chacun des deux hôpitaux, il existait avant la fusion un groupe de travail sur les escarres qui fonctionnait depuis 7 ans. Certaines infirmières de l'EHPAD en ont fait partie, elles ont aussi suivi plusieurs congrès sur les escarres dans le cadre de l'association PERSE. Après la fusion, ces groupes ont fusionné et ont rédigé ensemble un protocole de prise en charge des escarres dans notre hôpital avec définition de procédures d'évaluation, de prévention et de soins, et édition de supports réellement utilisés dans les dossiers de soins de tous les services.

Malheureusement ce groupe a disparu actuellement, sans doute à cause des multiples réunions liées à l'autoévaluation de l'hôpital, et de la pénurie de personnel. Il est souhaitable de le réactiver.

PRESENTATION DES CAS D'ESCARRES. COMMENTAIRES

Il a été fait un relevé des cas d'escarre existant un jour donné (enquête de prévalence).

Il serait intéressant d'étudier tous les cas d'escarres survenus au cours d'une année puis année après année (enquête d'incidence) et cela devra être fait avec ouverture d'un registre des escarres et mention sur l'incidence des escarres dans le rapport d'activité annuel.

cas 1 à 5

	1	2	3	4	5
Date d'entrée	17/12/2004	ancienne	7/4/2005	20/7/2003	12/2/2004
Date de début	21/12/2004	8 /6 /2005	27/11/04 (antérieure à l'entrée)et sacrum 5/1/2005 (antérieur à l'entrée)	26/6/2005	Antérieure à l'entrée
Localisation	Talon gauche	Talon droit	Sacrum (avait aussi malléole et talon droit, actuellement guéris)	Talon gauche	Talon gauche (avait aussi talon droit et sacrum, actuellement guéris)
Pathologies	Diabète artérite amputation droite récente	Hémiplégie droite, insuffisance cardiaque, diabète, psychose, cancer du sein	Démence, fracture col fémoral gauche le 22/11/04	Démence, diabète, dénutrition, fracture du bassin	Parkinson, gammopathie monoclonale avec tassements vertébraux
Événement déclenchant	Transfert de chirurgie en ehpad		Fracture col fémoral opérée, début d'escarre à J5	Fracture du bassin le 19/6/ 2005. Contention Neuroleptiques	Cure de hernie avec complications
Support de lit	Surmatelas plexus p100	Surmatelas Plexus P 100	Matelas couette posé le 28/7 /2005	Surmatelas Plexus P 100 posé le 27/6/2005	Sumatelas Plexus P100
Support de fauteuil	non	non	non	Non	non
Changement de position	oui	Non jugés utiles (autosoulèvement)	oui	Oui	oui
Surveillance des points d'appui alimentation	oui	oui	oui	Oui	oui
	Appétit faible poids 45 kg perte de 3 kg en 6 mois supplémentation hyper protidique	Régime diabétique, appétit bon, pas d'amaigrissement	Mange seule, appétit faible, suppléments hyperprotidiques, poids inconnu car plâtre pour une nouvelle fracture	Régime diabétique, mange seule, bon appétit	Poids 62 Kg , prise de 1 Kg en 1 mois. Mange assez bien seule. Suppléments hyperprotidiques
hydratation	Boit seul + stimulation	Autonome, boit suffisamment	Boit correctement seule	Boit seule, eau pétillante 1 litre par jour, perfusion SC 3fois par semaine	Boit seule
Traitement antalgique	Capable de s'exprimer non douloureuse	Capable de s'exprimer, non douloureuse	Palier 2 OMS	Non	non
Description de l'escarre	Diamètre 3 cm, bourgeonnante	Diamètre 5 cm, fibrine	Diamètre 3 cm, fond propre	Nécrose étendue	Presque guérie
Soins locaux	Pansement 1 jour sur trois Nettoyage betadine, rinçage Sérum physiologique, biatain	Pansement 1 jour sur 2 Nettoyage betadine, rinçage sérum physio, Elase, Biatain	Pansement 1 jour sur 2 , nettoyage sérum physio, Biatain	Pansement quotidien, nettoyage sérum physio, Elase	Pansement tous les 3 jours, nettoyage bétadine, rinçage sérum physio, Biatain

cas 6 à 10

	6	7	8	9	10
Date d'entrée	6/5/2004	30/7/2001	17/5/2005	25/10/2002	12/8/03
Date de début	Antérieure à l'entrée	23/6/2004	26/9/2005	Antérieure à l'entrée, juillet 2002.	Antérieure à l'entrée .
Localisation	Sacrum (avait aussi les deux talons actuellement guéris)	Sacrum, talons, trochanters, genou gauche, pied gauche	Sacrum, puis talo droit	Sacrum	A l'entrée, sacrum et trochanter droit, ensuite 2 trochanters, cheville droite, talon gauche, coude gauche.
Pathologies	Chute, Accident vasculaire ischémique cérébral, insuffisance cardiaque, trouble du rythme, syndrome dépressif	Démence	Démence, diabète, troubles majeurs du comportement et des prises alimentaires	Hypothyroïdie (thyroïdectomie totale, parésie des membres supérieurs sur myélopathie	Démence, grabataire, escarres avec rétractions tendineuses.
Événement déclenchant	Pendant l'hospitalisation en médecine	Chutes à répétition, contention depuis mai 2005, anorexie, déshydratation	Coma hyperosmolaire	Coma hypothyroïdien (à domicile par arrêt intempestif du traitement substitutif).	
Support de lit	Surmatelas Plexus P 100	Matelas HILLROM PRIMO dynamique	Matelas HILLROM PRIMO dynamique	Surmatelas Plexus 100	Surmatelas Plexus P 100 (auparavant HILLROM PRIMO dynamique, amélioration depuis le changement de support).
Support de fauteuil	non	non	non	Non	non
Changement de position	oui	oui	oui	Oui	oui
Surveillance des points d'appui	oui	oui	oui	Oui	oui
alimentation	Poids 72 Kg, mange seule en salle à manger, pas de supplémentation	Poids «38 Kg, alimentée à la cuiller par un soignant, suppléments hyperprotidiques, anorexie	Poids 78 Kg, alimentation anarchique avec périodes de refus alimentaire	Poids 68 kg, a pris 11 Kg depuis l'entrée, alimentation avec aide, moulinée, bob appétit.	Avec aide, mouliné, appétit correct, vomissements attribués aux antalgiques.
hydratation	Boit seule	Eau gélifiée donnée par un soignant, perfusion sous cutanée	Eau épaissie donnée par un soignant ; perfusion sous-cutanée	Eau épaissie avec aide	Eau épaissi avec aide
Traitement antalgique	Palier 1 OMS	Palier 3 OMS	Palier 2 OMS	Non douloureuse, capable de s'exprimer.	Palier 3 OMS
Description de l'escarre	Diam 7tre 5 cm, fonds propre	Escarres multiples, certaines avec nécrose	Sacrum : diamètre 3cm ,stade 2 , fibrine Talon 2 cm, phlyctène	Sacrum diamètre 2 cm, en voie de cicatrisation.	Escarres multiples
Soins locaux	Pansement tous les 3 jours, nettoyage sérum physiologique, Biatain	Pansements de confort	Pansements tous les 2 jours. Nettoyage sérum physiologique. Sacrum : Hydrogel, Coomfeel +. ; Talon Coomfeel.	Pansement tous les 3 jours. Nettoyage eau et savon, pansement hydrocellulaire	Pansement tous les 4 jours, nettoyage sérum physiologique, Biatain.

Cas 11 à 13

	11	12	13
Date d'entrée	8/2/2005	16/6/2005	4/11/1997
Date de début	Antérieure à l'entrée., décembre 2004	30/7/2005	18/9/05
Localisation	2 talons.	Sacrum , trochanter gauche, rougeur aux points d'appui	Talon droit
Pathologies	Démence, marche correctement	Démence, grabataire, troubles comportementaux et refus alimentaire	Démence, grabataire.
Evénement déclenchant	Brûlure de l'épaule avec un radiateur à domicile, escarre survenue en chirurgie.	Changement d'établissement , refus alimentaire incoercible.	Infection respiratoire.
Support de lit	non	Surmatelas Plexus P 100	Surmatelas Plexus P 100
Support de fauteuil	non	Oui, type gonflable	non
Changement de position	non	oui	oui
Surveillance des points d'appui	oui	oui	oui
Alimentation	Mange seul, appétit correct	Refus alimentaire prolongé, amélioration récente, mange certains aliments particuliers seulement (pain d'épice)	Poids 77 Kg stable, alimentation avec aide.
Hydratation	Boit seul, incitation	Avec aide, eau épaissie, oerfusions sous cutanées	Eau épaissie avec aide.
Traitement antalgique	rien	Palier 3 OMS	Palier 1 OMS
Description de l'escarre	Talon 2 cm, en bonne voie de cicatrisation, autre talon presque guéri.	Sacrum 5 cm, non creusé.Trochanter gauche 4 cm, creusé avec nécrose	Talon 2 cm.Nettoyage sérum physiologique, Biatain.
Soins locaux	Pansement tous les 4 jours, nettoyage sérum physiologique, Coomfeel opaque.	Pansement tous les 2 jours.Sacrum :Hydroge l et Biatain. Trochanter : Biatain et Biatain Seasorb.	Pansements tous les trois jours Nettoyage sérum physiologique, Biatain

Il y a 13 cas d'escarres pour 178 résidents. soit 7,3 % au jour de l'enquête.

6 escarres étaient constituées avant l'entrée en EHPAD, 7 sont apparues à l'EHPAD.

Il y a 6 cas d'escarres talonnières, 3 escarres du sacrum, 1 cas d'escarres des 2 associés, 3 cas d'escarres multiples.

Parmi les pathologies associées, la démence dans 8 cas, le diabète dans 4 cas.

L'étude de l'événement déclenchant de l'escarre est intéressante, parce que dans un certain nombre de cas l'escarre n'aurait pas dû survenir. Cas 1 et défaut de nursing peut-être, cas 8 et défaut de surveillance du diabète, de l'hydratation et d'adaptation des psychotropes en période de fort sous effectif (remplacements de vacances).

Un support dynamique est utilisé dans 11 cas. (support statique pour 2 cas). Pour le cas 10, nous avons constaté une évolution vers l'amélioration après le changement d'un support dynamique par un support dynamique d'un autre modèle.

Nous n'avons pas compté les supports dynamiques utilisés à titre préventif en l'absence d'escarre.

L'alimentation est exclusivement orale. Le cas 9 était porteuse d'une sonde nasogastrique, qui a été enlevée quelques jours après son entrée.

Le traitement antalgique est rien dans 6 cas, palier 1 dans 1 cas, palier 2 dans 2 cas, palier 3 dans 3 cas..

Les traitements locaux n'amènent pas de commentaire et paraissent adaptés, la Bétadine est utilisée parfois mais immédiatement rincée.

COMMENTAIRES

Le nombre d'escarres relevées dans le service (7,3 %) n'amène pas de commentaire particulier si on le compare à ce qui est observé ailleurs.

Aux Etats Unis, la prévalence est de 3 à 14 % dans les établissements accueillant des malades aigus, une autre étude trouve 9,2 et 11,1 % ; En gériatrie, 13 % et de 25 à 33 % en rééducation fonctionnelle et gériatrie.

En France, 8,6 % de patients hospitalisés avaient une escarre un jour donné, et 40 % d'entre eux présentaient une affection neurologique.

Le stade de rougeur est pris en compte ou non selon les études.

CONCLUSION

La prévention et le traitement des escarres en EHPAD repose sur le travail d'une équipe: aide-soignantes, AMP, infirmières, cadre infirmier, médecin traitant, médecin coordonnateur, diététicienne, kinésithérapeutes.

Ce travail en commun nécessite un temps de transmissions orales organisées régulières, des transmissions écrites sur des supports adaptés, des connaissances théoriques acquises grâce à un temps de formation de tous les intervenants, l'usage de protocoles. Les connaissances et outils d'information utilisés reposent sur la formation professionnelle des soignants actuels et passés du service (formation initiale et formation continue). Il est souhaitable d'échanger dans ce domaine avec d'autres services.

L'EHPAD doit pouvoir accéder au matériel adapté (médicaments, supports de prévention, coussins de positionnement, bretelles de contention, fauteuils et lits électriques, lève-malades, pèse-personnes), facilement et rapidement dans le respect des contraintes économiques et d'organisation administrative de l'établissement.

Le temps paramédical ne doit pas être trop faible. La lutte contre les escarres ne doit pas mobiliser toute l'énergie du personnel soignant dans une activité de soins techniques, au détriment d'un temps nécessaire consacré à la qualité de vie des résidents, domaine qui ne peut pas être cloisonné au seul travail des animatrices, et d'un minimum de temps relationnel avec les familles.

Les conditions de travail des soignants doivent être acceptables, faute de quoi il existe un absentéisme lié aux accidents musculosquelettiques ou à d'autres pathologies liées au travail.

Nous avons essayé de décrire notre pratique et de la comparer à ce qui est préconisé, principalement dans les documents ANAES. La bibliographie n'est pas exhaustive mais cite les documents sur lesquels nous nous sommes appuyés, et aussi d'autres documents que nous avons consultés. Dans certains domaines, il s'est avéré que les connaissances théoriques des infirmières étaient supérieures aux miennes, le domaine des escarres est bien une pratique pluriprofessionnelle.

Au fur et à mesure de cet exposé, nous avons évoqué les points qui nous posaient problème et les suggestions d'amélioration, et cela ne sera pas repris ici.

REMERCIEMENTS

Je remercie Madame le Professeur Anne Sophie Rigaud, qui dirige l'enseignement du DU Médecin Coordonnateur d'EHPAD, et toute l'équipe enseignante. Ce diplôme, par son contenu, et aussi par son organisation et sa présentation, amène une formation et un accès à une documentation très adaptés au travail quotidien du médecin coordonnateur en EHPAD.

Je remercie le Docteur Jean Claude MALBEC, qui a bien voulu accepter d'être mon directeur de mémoire, et dont les conseils et la disponibilité m'ont été précieux.

Je remercie l'équipe soignante de l'EHPAD du Centre Hospitalier des Portes de l'Oise (Beaumont et Méru), qui m'a donné le goût de la gériatrie, m'a appris énormément, et garde une recherche permanente d'amélioration et une grande curiosité intellectuelle à se former, une attitude attentive à l'écoute des patients, et beaucoup de chaleur humaine.

Je remercie mes collègues médecins qui ont été amenés à me remplacer pour que je puisse suivre cette formation et ont fait preuve d'une grande disponibilité.

Je remercie les patients de l'établissement, d'une part parce que c'est eux et leurs familles qui par leur contribution financière, participent au paiement des salaires de l'équipe, et d'autre part pour ce qu'ils nous apportent sur le plan relationnel et humain dans notre travail quotidien.

Je remercie mon mari pour son aide et son rôle de « support informatique ».

ANNEXES.

SOINS DES PLAIES

PREVENTION

Nursing Protact
 Diététique/Alimentation/ Matelas
 Incontinence/Etui pénien Conveen spécifique
 Protection cutanée Comfeel transparent 10x10 ref 3533 ; 15x15 ref 3539

TRAITEMENT

STADE DE LA PLAIE	ASPECT ET OBJECTIFS	FREQUENCE DE RENOUELEMENT	PRODUITS DE 1 ^{ERE} INTENTION (Référéncés 2002-2005)	PRODUITS DE 2 ^{EME} INTENTION (Référéncés 2004-2005)
	Nécrose sèche ✓ hydrater/ramollir	Tous les jours	Purilon réf 3960 +	
	Nécrose humide ✓ déterger/absorber	Tous les 2 ou 3 jours	Comfeel transparent ● 10x10 ref 3533 ● 15x15 ref 3539	
	Fibrine plutôt sèche ✓ ramollir/absorber	Tous les 2 jours	● Contour ref 3270	
	Fibrine plutôt exsudative ✓ drainer les exsudats ✓ contrôler les bactéries	Tous les jours ou 2 jours	Plaie superficielle : SeaSorb soft 10X10 ref 3710 15X15 ref 3715	Plaie cavitaire : SeaSorb soft Mèche Ref 3743
	Plaie bourgeonnaite ✓ favoriser la croissance des bourgeons de derme ✓ contrôler les exsudats	Tous les 2 à 5 jours	Comfeel opaque ● 10x10 ref 3290 ● 15x15 ref 3293 ● Contour ref 3270	Biatain cavité ref 3451 Biatain Escarre Ref 3443 Biatain ulcère Ref 3433 Biatain Talon Ref 3489
	Plaie épidermée ✓ protéger les flots ✓ maintenir un milieu humide	Tous les 2 à 5 jours	Comfeel transparent ● 10x10 ref 3533 ● 15x15 ref 3539	Biatain Sacrum Ref 3485 Biatain Non adhésif Ref 3409

⚠ Nettoyage de la plaie uniquement au sérum physiologique

Service pharmacie (Janv. 2004)
Monsieur Sainlo

C. N. L.
des portes de l'écrit

Annexe 4

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*

Annexe 3

ANNEXE 1

CLASSIFICATION DES STADES DE GRAVITÉ DE L'ESCARRE

stades	Shea, 1975 (6)	IAET, 1988 (7)	NPUAP, 1989 (1)	Yarkony, 1990 (10)	Véga, 1991 (25)	AHCPR, 1994 (8)
0					Absence de rougeur et de lésion cutanée.	
1	Lésions limitées à l'épi-derme, atteinte du derme.	Érythème persistant au-delà de 30 minutes. Épiderme intact.	Erythème réversible, peau intacte.	Zone érythémateuse : - stade 1A < 24 heures, - stade 1B > 24 heures.	Erythème réversible. L'érythème disparaît en levant la pression (réaction inflammatoire).	Érythème persistant, peau intacte. Décoloration de la peau, chaleur, œdème, induration, peuvent être présents chez les individus à la peau pigmentée.
2	Atteinte de la totalité du derme jusqu'au tissu graisseux.	Atteinte partielle de la peau atteignant l'épiderme et le pénétrant parfois mais sans atteinte du derme.	Atteinte partielle de la peau atteignant l'épiderme et/ou le derme. La lésion est superficielle et la peau présente à l'examen clinique des lésions telles que : abrasion, phlyctène, cratère superficiel.	Ulcération de l'épiderme et/ou du derme, hypoderme indemne.	Érythème persistant : avec ou sans phlyctène avec ou sans induration (décollement de l'épiderme, infiltration tissulaire : collection séreuse ou hémorragique).	Atteinte partielle de la peau atteignant l'épiderme, le derme ou les deux. La lésion est superficielle et la peau présente à l'examen clinique des lésions telles que : abrasion, phlyctène, ou cratère superficiel.
3	Tissu graisseux, oblétré jusqu'au fascia sous-jacent.	Atteinte profonde des tissus s'étendant du derme jusqu'au tissu sous-cutané. La lésion se présente sous la forme d'un profond cratère sauf si couverte par une nécrose.	Atteinte profonde de la peau atteignant le tissu sous-cutané, respect du fascia sous-jacent. La lésion se présente à l'examen clinique comme un profond cratère avec ou sans atteinte du tissu adjacent.	Atteinte de l'hypoderme (tissu graisseux), respect du muscle.	Nécrose tissulaire avec 2 aspects possibles : - forme sèche : plaque noire - forme humide : déhiscence des tissus lésés avec ou sans décollement (mortification sous-cutanée et aponevrotique).	Atteinte profonde ou nécrose du tissu sous-cutané avec respect du fascia sous-jacent. La lésion se présente cliniquement comme un profond cratère, s'étendant parfois sous les tissus périphériques.
4	Os à la base de l'ulcération.	Destruction profonde des tissus, atteignant le tissu sous-cutané jusqu'au fascia et pouvant atteindre le muscle, l'articulation et/ou l'os. La lésion se présente comme un profond cratère.	Atteinte profonde de la peau avec destruction étendue, tissus nécrosés ou atteinte du muscle, de l'os, ou des structures de soutien (exemple : tendon, articulation, etc.).	Atteinte des muscles et du fascia, respect de l'os.	Nécrose avec perte de substance importante (atteinte des tissus graisseux aponevrotique et musculaire).	Atteinte profonde de la peau avec destruction étendue, présence de tissus nécrosés ou atteinte du muscle, de l'os, ou des structures de soutien telles que : tendon, articulation. Un trajet fistuleux visible ou non peut aussi être associé au stade IV.
5	Large cavité fermée avec à côté un trajet fistuleux.			Atteinte osseuse, respect des articulations.	Visualisation de l'os avec ou sans signe infectieux, fistule.	
6				Atteinte articulaire.		

* Aux stades de destruction sont associées des phases de reconstruction : **phase 1** : Déterision biologique : élimination des tissus ; **phase 2** : Comblement, bourgeonnement : multiplication cellulaire ; **phase 3** : Épidermisation : reconstruction des cellules.

Annexe 2

BIBLIOGRAPHIE

1. ANAES, Conférence de consensus, 15 et 16 novembre 2001, Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé.
2. ANAES, Evaluation des Pratiques professionnelles dans les Etablissements de Santé, juin 1998, Evaluation de la prévention des escarres.
3. Guide sur les matelas à réduction de pression, ASSTSAS, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2000.
4. Recommandations nutritionnelles dans la prévention et le traitement des escarres. EPUAP. 16 novembre 2003.
5. Guide d'utilisation des pansements destinés aux soifs des escarres. Décembre 2001. Pharmacie du Centre Hospitalier Gabriel Martin.
6. La prévention des escarres en Belgique : un bilan de 10 années d'expérience. A. Jacquerye et coll. (non daté).
7. Directive belge pour la prévention des escarres de décubitus: une contribution importante en vue d'une Evidence based practice. (non daté) Tom Defloor et coll.
8. Enquête de prévalence et d'évaluation du risque d'escarre dans un établissement psychiatrique. L. Dufeutrel et coll, Gestions hospitalières, août novembre 2000.
9. Site INTERNET de la Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisations. <http://www.sffpc.org/>
10. Organisme : l'association PERSE ; Dr D. Colin, Centre de l'Arche, 72650 Saint-Saturnin. L'escarre, revue officielle de l'Association Perse.

RESUME

Après la définition d'une escarre, sont cités les facteurs mécaniques et les facteurs de risque liés aux pathologies.

Nous avons décrit les méthodes à mettre en œuvre pour prévenir les escarres, et la manière d'évaluer si le patient a un risque, pour adapter la prévention.

Ensuite nous avons décrit les procédés pour dépister, décrire et évaluer une escarre constituée, les moyens généraux et locaux de prise en charge.

A chacune de ces étapes nous avons évoqué les pratiques recommandées, en nous référant tout particulièrement aux documents de l'ANAES, et nous avons décrit la pratique et l'organisation de notre service.

Nous avons présenté brièvement l'EHPAD où nous travaillons et rapporté une enquête de prévalence un jour donné sur les cas d'escarres dans cet établissement.

Ce travail nous aura permis d'améliorer nos connaissances théoriques sur tout ce qui concerne la prise en charge des escarres, en espérant que cela permettra une meilleure pédagogie sur ce thème auprès des équipes paramédicales, et une plus grande attention à l'organisation des pratiques professionnelles.

Mots clés : Escarres, Prévention, Traitement, EHPAD