

**PRÉVENTION
ÉDUCATION
RECHERCHE
SOINS
ESCARRES**



**SOCIÉTÉ
FRANÇAISE
FRANCOPHONE
DES PLAIES
ET
CICATRISATION**

AVEC LA PARTICIPATION DE



Conférence de consensus

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

Jeudi 15 et vendredi 16 novembre 2001

Hôpital Européen Georges-Pompidou - Paris

AVEC LA PARTICIPATION DE

Association Française des Entérostomathérapeutes
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'HAD
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

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
 - P. DENORMANDIE : chirurgien orthopédique, GARCHES
 - P. DOSQUET : méthodologie ANAES, PARIS
 - C. GOURY : mission handicap de l'AP-HP, PARIS
- C. HAMONET : médecin de 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. VEGA : infirmière générale, PARIS

JURY

- R. MOULIAS, président : gériatre, IVRY-SUR-SEINE
- S. AUGIER : directeur de centre hospitalier, SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE
 - M. BITSCHENE : 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, PLÈMEUR
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 : médecin chef, 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, Coloplaste, P. Braun, Urgo, Mölnlycke Health Care, Askle Santé, Brothier, Carpenter SAS, Chiesi SA, Diffusion Technique Française, Genevrier, Medimo Imagerie Médicale, Tempur.

LES QUESTIONS POSÉES

QUESTION I

COMMENT DECRIRE ET EVALUER L'ESCARRE ?

QUESTION II

QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE ET LES ECHELLES DE RISQUE ?

QUESTION III

QUELLES SONT LES MESURES GENERALES DE PREVENTION ?

QUESTION IV

QUELS SONT LES TRAITEMENTS DE L'ESCARRE ?

QUESTION V

QUELS SONT LES SUPPORTS DE PREVENTION ET DE TRAITEMENT DES ESCARRES ?

QUESTION VI

QUEL EST LE RETENTISSEMENT PSYCHO-SOCIAL ET SUR LA QUALITE DE VIE, ET QUELLES SONT LES INCIDENCES ECONOMIQUES ?

QUESTION VII

QUELLE EDUCATION, 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. 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 ;
- l'escarre « plurifactorielle » du sujet polypathologique, confiné au lit et/ou au fauteuil.

L'escarre entraîne principalement douleur et infection. Elle peut générer chez le patient un sentiment d'humiliation. Elle est responsable d'une consommation accrue de soins et de ressources. Sa fréquence est mal connue aujourd'hui et varie selon les contextes cliniques. Dix-sept à 50 % des patients entrant dans les services de soins prolongés présentent des escarres ; 5 à 7 % des patients adressés en court séjour en développent, 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 peut être prévenue dans une grande majorité des cas.

La diffusion large de ces recommandations de bonne pratique clinique 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.

QUESTION I. 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 et doivent être réalisées conjointement par l'infirmier et le médecin, dans le cadre d'une prise en compte globale du patient (grade C¹).

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.

La fréquence de l'évaluation de l'escarre dépend de son stade, de ses complications et des pansements choisis. En cas de nécrose, l'évaluation doit être quotidienne.

- **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. Elles précisent 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, une évaluation de l'intensité de la douleur et de son caractère permanent ou lié aux soins.

Les classifications anatomo-cliniques décrivant les stades de l'escarre ont été insuffisamment validées, néanmoins la classification du *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) en 4 stades (*tableau 1*) est proposée (grade C), mais il conviendrait :

- de l'enrichir d'un stade 0 (peau intacte mais risque d'escarre) ;
- de préciser le type de nécrose, sèche ou humide, au stade III ;
- d'y adjoindre les facteurs péjoratifs au stade IV (décollement, contact osseux, fistule et infection).

Des travaux de recherche clinique doivent être menés pour valider cette classification.

¹ Une *recommandation de grade A* est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve. Une *recommandation de grade B* est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau de preuve intermédiaire. Une *recommandation de grade C* est fondée sur des études de faible niveau de preuve. En l'absence de précisions, les recommandations reposent sur un *accord professionnel* exprimé par le jury.

Tableau 1. Classification des stades de l'escarre du *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP, 1989).

Stade I : érythème cutané sur une peau apparemment intacte ne disparaissant pas après la levée de la pression ; en cas de peau plus pigmentée : modification de couleur, œdème, induration.

Stade II : perte de substance impliquant l'épiderme et en partie (mais pas sur toute son épaisseur) le derme, se présentant comme une phlyctène, une abrasion ou une ulcération superficielle.

Stade III : perte de substance impliquant le tissu sous-cutané avec ou sans décollement périphérique.

Stade IV : perte de substance atteignant et dépassant le fascia et pouvant impliquer os, articulations, muscles ou tendons.

- **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 en 3 ou 5 couleurs ;
- la mesure de la surface de la perte de substance avec une règlette millimétrée ou un calque ;
- la mesure de la profondeur avec un stylet et une règlette millimétrée ;
- la topographie de la plaie en utilisant un schéma.

Les méthodes de moulage de la plaie, la photographie ou la stéréophotogrammétrie doivent être réservées à l'évaluation de l'efficacité des traitements dans un cadre de recherche clinique.

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

L'infection d'escarre se caractérise comme suit :

- deux des symptômes doivent être présents : rougeur, sensibilité ou gonflement des bords de la plaie ;
- et l'une des observations suivantes : germe isolé de la culture du liquide obtenu par aspiration ou biopsie du bord de l'ulcère ; germe isolé par hémoculture. 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.

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.

- Les caractéristiques du patient et de son environnement médico-social et familial sont nécessaires à l'évaluation de l'escarre, en particulier : les mécanismes de l'escarre et les facteurs de risque, la comorbidité, le degré de mobilité et les habitudes de vie, l'état psychologique et cognitif, notamment la capacité à se prendre en charge, la motivation pour la prise en charge de l'escarre, le projet de vie, l'âge, le degré d'implication de la famille, l'organisation des soins.
- Une transcription des éléments de description de l'escarre et d'évaluation de la plaie dans le dossier du patient est nécessaire à la continuité de la prise en charge du patient, en particulier lors de la sortie du patient à domicile ou en cas de transfert.

- Il est souhaitable de proposer à l'OMS d'enrichir les codes de la CIM 10 par une description du stade de l'escarre selon la classification NPUAP en y ajoutant un code « malade 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 Gérologie).

QUESTION II. Quels sont les facteurs de risque et les échelles 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 principaux facteurs de risque d'escarre sont explicatifs et peuvent être classés en facteurs extrinsèques ou mécaniques et facteurs intrinsèques ou cliniques : pression, friction, cisaillement, macération, immobilité, état nutritionnel, incontinence urinaire et fécale, état de la peau, baisse du débit circulatoire, neuropathie, état psychologique, âge, antécédent d'escarres, déshydratation, maladies aiguës, pathologies chroniques graves et leur phase terminale. Seules l'immobilisation et la dénutrition sont réellement des facteurs prédictifs du risque d'escarre.

Dans quelques situations cliniques, certains facteurs sont plus spécifiques :

- en neurologie, orthopédie et traumatologie, on peut retenir trois facteurs de risque fondamentaux : la pression, la perte de mobilité et le déficit neurologique auxquels s'ajoutent la spasticité, l'incontinence, le risque opératoire et le manque de coopération du patient. En cas de chirurgie reconstructrice, l'âge, le tabagisme, la corticothérapie, le diabète, les troubles de la microcirculation et de la coagulation sont péjoratifs pour la cicatrisation ;
- en gériatrie, la fragilité particulière de la peau et du tissu sous-cutané et l'insuffisance d'apports protido-caloriques augmentent le risque d'escarre en cas de maladies cardio-vasculaires, d'hypotension artérielle ou d'hyperthermie ;
- en soins intensifs, la fréquence des collapsus, la gravité de l'état initial, l'incontinence fécale, l'anémie et la longueur du séjour sont des facteurs prédictifs du risque d'escarre.

L'utilisation d'échelles de risque reproductibles et validées associée à une évaluation clinique initiale permet de développer des stratégies de prévention adaptées au niveau de risque. Les échelles les plus utilisées sont celles de Norton, Waterloo et Braden. Leur valeur prédictive est très variable d'une population à une autre et l'échelle de Braden a été particulièrement bien validée (*tableau 2*). Les échelles francophones (Peupliers-Gonesse, Angers et Genève) sont utilisées par certaines équipes mais n'ont pas été validées. L'utilisation d'une échelle permet de former, sensibiliser et mobiliser l'équipe soignante autour d'un projet de soins.

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 (grade C). L'utilisation de l'échelle de Braden (grade B) 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, de soins intensifs ou de gériatrie. Ces travaux seront au préalable précédés d'études épidémiologiques visant à déterminer la validité des facteurs de risque.

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

Tableau 2. Instrument de mesure du risque d'escarre de Braden, adapté de Braden et Bergström.

Nom du patient :		Nom de l'évaluateur :		Date de l'évaluation :					
PERCEPTION SENSORIELLE Capacité à répondre de manière adaptée à l'inconfort provoqué par la pression	1. Complètement limité : aucune réaction (plainte, action) à la douleur, due à une diminution de la conscience ou aux effets de sédatifs, OU incapacité à sentir la douleur sur toute la surface du corps.	2. Très limité : répond seulement à la douleur. Ne peut communiquer son inconfort excepté par des plaintes ou de l'agitation, OU altération de la sensibilité qui limite la capacité à sentir la douleur ou l'inconfort sur la moitié du corps.	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 à l'un des deux membres inférieurs ou les deux.	4. Aucune diminution : répond aux commandes verbales. N'a aucun déficit sensoriel qui limite sa capacité à sentir et à exprimer sa douleur et son inconfort.					
HUMIDITÉ degré d'humidité auquel est exposée la peau	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 tourné ou mobilisé.	2. Humide : la peau est souvent mais pas toujours humide. La literie doit être changée au moins une fois par équipe.	3. Humidité occasionnelle : la peau est occasionnellement humide, un changement de la literie est nécessaire une fois par jour.	4. Rarement humide : la peau est généralement sèche ; la literie est changée selon les habitudes de l'équipe.					
ACTIVITÉ Degré d'activité physique	1. Alité : confiné au lit.	2. Au fauteuil : capacité de marcher très limitée ou inexistante. Ne peut supporter son propre poids et/ou doit être aidé au fauteuil ou fauteuil roulant.	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.	4. Marche fréquemment : marche en dehors de sa chambre au moins deux fois par jour et dans sa chambre au moins toutes les deux heures durant la journée.					
MOBILITÉ Capacité à changer et à contrôler la position du corps	1. Complètement immobile : ne peut effectuer aucun changement de position du corps ou de ses extrémités sans aide.	2. Très limité : effectue occasionnellement de légers changements de position du corps et de ses extrémités mais incapacité à effectuer de manière autonome de fréquents et importants changements de position.	3. Légèrement limité : effectue seul de fréquents changements de position du corps et de ses extrémités.	4. Aucune limitation : effectue des changements de position majeurs et fréquents sans aide.					
NUTRITION Habitudes alimentaires	1. Très pauvre : ne mange jamais un repas complet. Mange rarement plus du tiers de chaque aliment proposé. Mange 2 rations de protéines ou moins par jour (viande ou produit laitier). Boit peu. Ne prend pas de suppléments alimentaires liquides, OU est à jeun et/ou est hydraté par voie intraveineuse depuis plus de cinq jours.	2. Probablement inadéquate : mange rarement un repas complet et mange en général seulement la moitié de chaque aliment proposé. Prend seulement trois rations de viande ou de produit laitier par jour. Peut prendre occasionnellement un supplément diététique, OU reçoit moins que la quantité optimale requise par un régime liquide ou par sonde.	3. Adéquate : mange plus de la moitié des repas. Mange quatre rations de protéines (viande, produits laitiers) par jour. Refuse occasionnellement un repas, mais prend un supplément alimentaire s'il est proposé, OU est alimenté par sonde ou nutrition parentérale, adaptée à ses besoins nutritionnels.	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 entre les repas. Ne requiert aucun supplément alimentaire.					
FRICION ET CISAILLEMENT	1. Problème : requiert une assistance modérée à complète pour se mobiliser. Se relever complètement dans le lit sans glisser sur les draps est impossible. Glisse fréquemment dans le lit ou le fauteuil, nécessite de fréquents repositionnements avec un maximum d'aide. Spasticité, contractures, ou agitation provoquent presque constamment des frictions.	2. Problème potentiel : se mobilise difficilement ou requiert un minimum d'aide pour le faire. Durant le transfert, la peau glisse contre les draps, la chaise, les contentions ou autres appareillages. Garde la plupart du temps une relative bonne position au fauteuil ou au lit, mais glisse occasionnellement vers le bas.	3. Aucun problème apparent : se mobilise seul au lit et au fauteuil et a suffisamment de force musculaire pour se soulever complètement durant le transfert. Garde en tout temps une bonne position au lit et au fauteuil.						
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.

QUESTION III. Quelles sont les mesures générales de prévention ?

La mise en place des mesures générales de prévention commence dès l'identification des facteurs de risque. Elle s'applique à tout patient dont l'état cutané est intact mais estimé à risque (stade 0 de l'escarre, classification de Garches) et vise à éviter la survenue de nouvelles escarres chez les patients déjà porteurs d'escarre. Elle concerne l'ensemble des professionnels de santé en contact avec le patient.

Les mesures de prévention sont les suivantes :

- **Identifier les facteurs de risque** au moyen du jugement clinique (grade C) associé à l'utilisation d'une échelle validée d'identification des facteurs de risque (grade B).
L'élaboration d'une stratégie de prévention adaptée à chaque patient découle de l'évaluation du risque, réalisée dès le premier contact avec le patient. La fréquence de réévaluation du risque n'est pas bien établie, il est néanmoins recommandé de procéder à une nouvelle évaluation à chaque changement d'état du patient (grade C).
Les soignants doivent être entraînés à la reconnaissance des facteurs de risque et formés à l'utilisation d'une échelle d'identification du risque.
- **Diminuer la pression** en évitant les appuis prolongés par la mobilisation, la mise au fauteuil, la verticalisation et la reprise de la marche précoces. Des changements de position doivent être planifiés toutes les 2 à 3 heures, voire à une fréquence plus élevée (grade B), et les phénomènes de cisaillement et de frottement doivent être évités par une installation et une manutention adéquate du patient. Le décubitus latéral oblique à 30° par rapport au plan du lit est à privilégier car il réduit le risque d'escarre trochantérienne (grade C).
- **Utiliser des supports** (matelas, surmatelas, coussins de siège) adaptés au patient et à son environnement y compris sur les tables de blocs opératoires (grade B), les lits de salles de surveillance postinterventionnelle et en postopératoire.
- **Observer de manière régulière l'état cutané** et les zones à risque (au moins quotidiennement, à chaque changement de position et lors des soins d'hygiène) afin de détecter précocement une altération cutanée (grade C). L'observation cutanée doit être associée à une palpation de la peau à la recherche d'une induration ou d'une chaleur, en particulier pour les peaux pigmentées.
- **Maintenir l'hygiène de la peau et éviter la macération** par une toilette quotidienne et renouvelée si nécessaire. Le massage et la friction des zones à risque sont à proscrire (grade B) puisqu'ils diminuent le débit microcirculatoire moyen (grade C).
Les massages, frictions, application de glaçons et d'air chaud sont interdits.
- **Assurer un équilibre nutritionnel** en évaluant quantitativement les prises alimentaires (grade C). L'utilité d'une prise en charge nutritionnelle spécifique a été insuffisamment évaluée.
- **Favoriser la participation du patient et de son entourage** à la prévention des escarres par une information et des actions éducatives ciblées en fonction du caractère temporaire ou permanent du risque d'escarre (autosurveillance, autosoulèvement).

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 (grade C).

Une démarche d'amélioration de la qualité est nécessaire à l'appropriation des mesures de prévention (grade C), quel que soit leur lieu de mise en œuvre (établissements de santé,

établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, domicile): élaboration et utilisation d'un protocole de prévention et de traitement de l'escarre, évaluation des pratiques professionnelles. Une évaluation de l'impact des mesures de prévention d'une part et des démarches d'amélioration de la qualité d'autre part est recommandée.

QUESTION IV. Quels sont les traitements 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 son entourage.

Les modalités de traitement des plaies (nettoyage, détersion, choix du pansement) doivent être définies sous forme de protocoles de soins.

La douleur, lors de la réalisation des soins, doit être prise en compte et soulagée.

Les principes d'hygiène du pansement et de la prévention de la transmission croisée doivent être appliqués.

- **Le traitement de la rougeur** : supprimer la pression en changeant de position toutes les 2 à 3 heures ; utiliser si besoin (urines, macération) un film semi-perméable ou un hydrocolloïde transparent.
Les massages, frictions, application de glaçons et d'air chaud sont interdits.
- **Les principes de nettoyage de la plaie et de son pourtour** : utiliser du sérum physiologique ; il n'y a pas d'indication à l'utilisation d'antiseptiques. La plaie ne doit pas être asséchée.
- **Le traitement de la phlyctène** : évacuer le contenu et maintenir le toit de la phlyctène, recouvrir avec un pansement hydrocolloïde ou un pansement gras.
- **Le traitement de l'escarre constituée** :
 - la détersion est nécessaire sur les plaies nécrotiques et/ou fibrineuses. Elle peut être mécanique (en évitant saignement et douleur) ou aidée par un pansement tel que alginates ou hydrogel (grade B) ;
 - le recouvrement de la plaie par un pansement permet de maintenir un milieu local favorisant le processus de cicatrisation spontanée. Aucun élément dérivé de l'étude de la littérature ne permet de préconiser un pansement plutôt qu'un autre. Le choix du pansement s'appuie en particulier sur l'aspect de la plaie (sèche, exsudative, hémorragique, malodorante), sa couleur (échelle colorielle) (*tableau 3*).

Tableau 3. 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

- **Le traitement de l'escarre infectée** : l'infection est à distinguer de la colonisation bactérienne. La colonisation bactérienne est quasi constante dans les plaies chroniques. Elle est utile à la cicatrisation et doit être contrôlée par un nettoyage et une déterision soigneux des tissus nécrotiques.

Les principes d'hygiène et de prévention de la transmission croisée des germes doivent être appliqués.

L'infection d'escarre se caractérise comme suit :

 - deux des symptômes doivent être présents : rougeur, sensibilité ou gonflement des bords de la plaie ;
 - et l'une des observations suivantes : germe isolé de la culture du liquide obtenu par aspiration ou biopsie du bord de l'ulcère ; germe isolé par hémoculture. L'infection, suspectée sur des 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.

L'intérêt des antibiotiques ou des antiseptiques locaux en l'absence de diagnostic d'infection d'escarre n'a pas été démontré.
- **Le traitement chirurgical** : la chirurgie est nécessaire en cas de nécrose tissulaire importante, d'exposition des axes vasculo-nerveux, des tendons ou des capsules articulaires, d'exposition de l'os et d'infection. La chirurgie est contre-indiquée chez le sujet âgé porteur d'escarres plurifactorielles ainsi qu'en l'absence de mise en place ou d'efficacité des mesures de prévention des récurrences. L'acte chirurgical doit être encadré d'une préparation médicale et de soins postopératoires particulièrement rigoureux. Ces soins portent sur la surveillance de l'état cutané local, l'aspect de la plaie et des sutures, une mise en décharge en utilisant un support, un équilibre nutritionnel et hydro-électrolytique.
- Les mesures de prévention sont à intensifier au stade de l'escarre constituée afin de limiter la constitution de nouvelles escarres.

La correction des déséquilibres métaboliques et hémodynamiques doit être entreprise de façon concomitante au traitement local.

La transcription des informations relatives au suivi de l'évolution de la plaie et au choix du pansement est indispensable à la continuité des soins par les divers professionnels qui ont à prendre en charge le patient.

Les soignants doivent être formés à la description et à l'évaluation des escarres, aux techniques de réalisation du pansement et au traitement de la douleur.

- **Le 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 la 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 lui-même en utilisant une échelle validée (échelle visuelle analogique, échelle numérique, échelle verbale simple) complétée d'une observation clinique (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. Une évaluation régulière des effets du traitement antalgique et des effets secondaires doit être effectuée jusqu'à obtention d'une analgie efficace.

L'utilisation de supports d'aide à la prévention et au traitement de l'escarre diminue le phénomène douloureux (grade C). D'autres mesures complémentaires telles que 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 permettent de minimiser le phénomène douloureux.

- **Le traitement de l'escarre au stade de soins palliatifs**

La prise en charge des escarres en soins palliatifs nécessite une évaluation la plus objective possible du pronostic vital du patient et du pronostic de l'escarre 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 prime l'approche globale et individualisée du patient :

- prévenir la survenue de nouvelles escarres ;
- limiter au maximum l'extension de l'escarre et éviter les complications et les symptômes inconfortables ;
- traiter localement l'escarre en étant attentif au confort du patient ainsi qu'au soulagement de la douleur ;
- maintenir le patient propre et diminuer au maximum l'inconfort physique et psychique lié à l'escarre.

L'utilisation de supports d'aide à la prévention et au traitement de l'escarre permet la diminution des phénomènes douloureux.

Les décisions concernant le traitement de la maladie, la prise en charge des symptômes, la prévention et le traitement de l'escarre doivent être fondées sur l'analyse du rapport bénéfices-risques de chacune des options en termes de capacité à soulager la souffrance et à préserver au maximum la dignité et la qualité de vie de la personne, et sur les préférences du patient. La coordination des multiples intervenants auprès du patient et la continuité des soins sont essentielles.

QUESTION V. Quels sont les supports de prévention et de traitement des escarres ?

La mise en place d'un support adapté d'aide à la prévention et au traitement de l'escarre fait partie des actions prioritaires pour limiter la pression d'interface entre la peau et le support et favoriser la récupération de la mobilité.

L'intérêt d'un support pour la diminution de la pression a été démontré en comparaison avec un matelas standard (grade A). Le support diminue le temps d'obtention de la guérison de l'escarre et diminue les phénomènes douloureux (grade C). Les études démontrant l'intérêt de tel support par rapport à tel autre sont peu nombreuses et peu convaincantes (grade C).

De nombreux dispositifs de support existent : lits, matelas, surmatelas, coussins de siège et accessoires de positionnement.

La classification en concepts permet de rassembler selon un même mode d'action tous les supports (matelas et surmatelas) ayant les mêmes objectifs et globalement les mêmes performances :

- 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.

Le choix d'un support relève de l'équipe soignante qui doit s'appuyer sur des critères de choix explicites. La stratégie de choix d'un support repose sur les facteurs de risque et les caractéristiques du patient, les ressources humaines et matérielles disponibles, les contraintes d'organisation.

- **Les critères de choix d'un matelas ou d'un surmatelas** 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 4*).

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 4. 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 (système alterné)	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 (> stade II) et ne pouvant bouger seul au lit et qui n'ayant pas changé de position quand il est au lit où il reste plus de 20 heures par jour, son état s'aggravant.

- Les critères de choix d'un coussin de siège** sont délicats, la pression d'interface est plus difficile à diminuer, le poids du corps étant réparti sur une surface restreinte. Les matériaux et principes de fonctionnement sont identiques à ceux des matelas. 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.

La hauteur du siège, le poids du patient, l'angle d'inclinaison du fauteuil doivent être pris en compte afin d'améliorer la position du patient au fauteuil et éviter un usage mal adapté des coussins de siège.

Le choix s'effectue en fonction du type de fauteuil (roulant ou non), de la capacité et du degré de mobilité du patient, de la durée de la station assise.
- Des critères complémentaires de sélection des supports** peuvent être utilisés, en particulier chez les patients dont l'état requiert un usage prolongé ou permanent d'un support. Le coût d'achat, les possibilités de location, la durée de vie, l'entretien et la maintenance, la facilité d'utilisation, le poids du support, la stabilité que le support procure, le confort et le soulagement de la douleur, sont également des éléments qui permettent d'orienter le choix d'un support pour lequel le patient doit donner son avis avant l'acquisition.

Ces critères fondés sur l'expérience professionnelle sont proposés à titre indicatif dans le *tableau 5* et doivent être validés par des études.

Tableau 5. 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	
Autres facteurs	État de conscience, état psychologique	
	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 VI. Quel est le retentissement psycho-social et sur la qualité de vie, et quelles sont les incidences économiques ?

Les escarres entraînent une gêne douloureuse et une souffrance morale et physique, une limitation des capacités fonctionnelles (marche ou station assise impossible) avec comme conséquences une limitation de l'autonomie, des sorties et donc une diminution de la liberté. L'escarre a également pour conséquences 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.

Même si la qualité de vie du patient souffrant d'escarres et les conséquences psycho-sociales de l'escarre sont mal connues aujourd'hui, l'escarre doit être considérée comme une maladie lourde et dévalorisante pour le patient : sentiment de mort progressive chez le sujet âgé ou gêne douloureuse, morale ou physique, chez l'adulte. 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.

Par ailleurs, la méconnaissance actuelle des incidences financières globales de l'escarre est un frein à l'élaboration d'une politique rationnelle de soins. Les escarres ont un coût non négligeable pour le système de santé même si les données chiffrées de la littérature n'ont qu'une valeur indicative. Les coûts tels que prestations hospitalières, soins ambulatoires, sont peu précis dans la littérature et les conséquences économiques en terme d'heures de travail perdues, de qualité de vie et de préjudice psychologique subi par le patient ne sont pas connues. La synthèse des résultats des études économiques confirme la nécessité de développer des programmes de prévention, sources 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 traitement, de dispositifs (supports, pansements) existants doivent être menées pour aboutir à une meilleure connaissance des coûts liés à l'escarre.

QUESTION VII. Quelle éducation, formation et information du patient et de sa famille ?

L'information et l'éducation du patient et de sa famille, donnée par l'équipe soignante, visent à favoriser leur participation à la prévention et au traitement de l'escarre, en particulier dans le cadre d'un retour à domicile.

La stratégie d'information et d'éducation du patient et de sa famille doit être adaptée au caractère temporaire ou permanent du risque d'escarre et aux capacités individuelles de chaque patient.

- **L'information du patient et de sa famille** concerne les patients à mobilité temporairement réduite et pour lesquels le risque d'escarre est limité dans le temps. Elle a pour objectif d'éclairer la personne sur son état de santé, de lui décrire la nature et le déroulement des soins et de lui fournir les éléments lui permettant de prendre des décisions en connaissance de cause.
- **L'éducation du patient et de sa famille** est systématiquement envisagée pour tous les patients à mobilité réduite permanente, y compris les personnes âgées dépendantes, et pour lesquels le risque d'escarre est constant.

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 ;
 - 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.
- **Le retour à domicile du patient porteur d'escarre non encore fermée** doit être préparé par une éducation du patient et de sa famille, par une information précise du médecin traitant et des infirmières, par la préparation d'un document précis et la désignation d'un correspondant médecin ou infirmier pouvant servir de référent. Ce retour doit être préparé en concertation entre les acteurs de santé de l'hôpital et du domicile sur ce projet de soins.

CONCLUSION

Nous manquons d'informations d'un niveau de preuve suffisant dans l'évaluation, la prévention et le traitement des escarres. Il est recommandé de favoriser les études, la recherche sur ces thèmes à partir d'équipes pilotes. Il est nécessaire de favoriser l'information et la formation initiale et continue sur les escarres de l'ensemble des professionnels amenés à intervenir dans les populations à risque.

Le texte intégral est disponible sur demande écrite auprès de :
Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
Service communication et diffusion
159, rue Nationale – 75640 PARIS Cedex 13

Consultable sur le site ANAES : www.anaes.fr