

Auteur référent :

Martine Barateau
Équipe Mobile Plaies et Cicatrisation
Hôpital Xavier Arnozan
33604 Pessac
Tél : 05-57-65-66-10
E-mail : martine.barateau @ chu-bordeaux.fr

Mots clé :

Escarre, Prévention, éducation thérapeutique

Vidéo pédagogique dont le but est d'informer les soignants et les patients sur les conséquences de l'immobilisation sur la peau et les tissus sous-jacents et de servir de support d'éducation thérapeutique

Introduction

L'escarre entraîne de nombreux problèmes en termes de coûts, de charge de travail pour les acteurs de santé parfois démunis et pour les patients chez qui la qualité de vie se trouve altérée. La prévalence des escarres reste un problème dans les établissements de santé et la prise en charge préventive un réel enjeu.

En 2004, dans une étude nationale française de prévalence dans les établissements de santé (MCO), les résultats ont montré un taux de prévalence de 8,9 % avec 53 % d'escarres talonnières et 29 % d'escarres sacrées [1]. Au CHU de Bordeaux, la prévalence des escarres est analysée tous les ans depuis 2012. Le [tableau 1](#) montre les taux de prévalence des escarres par type d'unités médico-chirurgicales, le taux moyen est de 11,2% au CHU en 2012 et 10,8% en 2013.

Même si le nombre d'escarres de stade 1 a tendance à diminuer, ces analyses de prévalence nous ont permis de cibler les unités dans lesquelles les actions de prévention devaient être privilégiées. Parmi ces actions, la formation nous a semblé prioritaire. Nous avons ainsi mis en place des formations pour les infirmières et les aides-soignantes, des ateliers de compétence et une formation continue.

Au cours de l'enseignement, nous insistons sur les facteurs de risque d'escarre, l'évaluation du risque (échelle Braden), les indications pour la location des matelas à air dynamique et les moyens de prévention (nutrition, positionnement...).

Le but est de mener des actions précoces et pertinentes chez les patients à risque. Cependant, la mobilisation des patients reste encore insuffisamment réalisée.

L'équipe de Moore and al. a réalisé une étude cas contrôle comparant un groupe de soignants formé aux techniques de repositionnement toutes les 3 heures à un groupe contrôle (soins usuels) [2].

Leurs résultats médico-économiques ont montré une diminution des coûts dans le groupe formé avec un temps de soin diminué et un taux d'incidence des escarres moindre. De même, Still et al. ont récemment analysé l'apport de la mise en place d'une équipe dédiée au repositionnement (Turn team) auprès de 507 patients en

unité de soins intensifs, les résultats montrent une diminution significative de l'incidence des escarres [3].

L'ensemble des travaux de la littérature montre à quel point le repositionnement des patients est utile pour diminuer la survenue d'escarres. Malgré tout, ces actions restent difficiles à programmer et à organiser et sont souvent vécues comme contraignantes par le personnel soignant et le patient.

L'objectif de ce travail a donc été de créer un support vidéo pédagogique dans le but d'informer les soignants et le patient sur les conséquences de l'immobilisation sur la peau et les tissus sous-jacents et de servir de support d'éducation thérapeutique.

Méthodes

La conception du support vidéo a été réalisée en équipe avec les infirmières, aides-soignantes, cadre de santé et les médecins de l'unité de médecine gériatrique (3 Nord-Hôpital Xavier Arnoz) du CHU de Bordeaux. Plusieurs réunions ont été programmées et ont permis d'écrire le scénario de la vidéo. Le logiciel I-Movie (Mac-Apple) a ensuite été utilisé pour le montage de la vidéo.

Le contenu pédagogique de la vidéo repose sur 3 expériences à partir d'un fruit (pêche) :

- Expérience n°1 : la pêche est posée sur un plan dur
- Expérience n°2 : la pêche est posée sur un support microbille
- Expérience n°3 : la pêche est posée sur un support microbille et repositionnée toutes les 2 à 3 h

L'équipe a observé la peau de la pêche puis la chair à la fin de chaque expérience afin d'analyser les dommages induits au niveau " musculaire " (chair) et " cutané " (peau).

Résultats

Dans l'expérience n°1 ([figure 1](#)), la pêche est posée sur un plan dur et n'a pas été repositionnée. Le résultat montre la présence d'une peau noire au niveau du point d'appui. La coupe du fruit montre la présence de lésions au sein de la chair.

Dans l'expérience n°2 ([figure 2](#)), la pêche est posée sur un coussin d'aide à la prévention d'escarres de type microbilles et n'est pas repositionnée. Les lésions restent présentes sur la peau du fruit mais de manière moins marquée. La coupe du fruit montre également une diminution des lésions au sein de la chair.

Dans l'expérience n°3 ([figure 3](#)), la pêche est posée sur le même coussin et est repositionnée. Les résultats montrent que l'association d'un coussin de prévention aux actions de repositionnement permet d'éviter la survenue de lésions tant au niveau de la peau que de la chair du fruit.

Véritable outil d'éducation thérapeutique, ce support pédagogique démontre de manière expérimentale l'importance de la pression comme facteur de risque de survenue d'escarre. Il permet de comprendre simplement les dommages induits par

l'immobilisation, l'intérêt des supports dans la prévention, et le côté fondamental des changements de positions. Même si la planification de ces positionnements peut parfois être ressentie comme contraignante par les équipes et les patients, elle reste une mesure clé de la prise en charge des malades à risque d'escarres.

Discussion

En 1989, la NPUAP et l'EPUAP définissaient l'escarre comme " une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses ". Depuis 2009, ces 2 sociétés savantes définissent l'escarre comme " une lésion localisée de la peau et/ou des tissus sous-jacents " généralement située au-dessus d'une saillie osseuse, résultant d'une pression, ou d'une pression associée à un cisaillement... " [4]. Ainsi, une pression localisée contribue à la formation d'une escarre par déformation de la peau et des tissus mous, souvent entre une structure osseuse et la surface externe (lit ou fauteuil par exemple), ce qui déforme les cellules, entraîne une ischémie et une nécrose cellulaire.

Ces 3 expériences permettent de mieux comprendre la physiopathologie de survenue d'une escarre et d'expliquer aux malades 3 points fondamentaux :

1. **Les dommages induits par l'immobilisation** : dans l'expérience n°1 (plan dur sans mobilisation) il existe la survenue de lésions des tissus profonds. Le concept du "deep tissue injury" est en effet un concept très étudié actuellement dans la littérature internationale. De nouvelles théories ont récemment été décrites dans la littérature dont les forces de cisaillement et les lésions de nécrose cellulaires dues à la reperfusion tissulaire. En résumé les principaux résultats de ces études biomécaniques montrent que la force de cisaillement prédomine sur la force de pression dans le risque de survenue d'une ischémie tissulaire et que le premier tissu lésé par cette force est le muscle, la résistance du tissu cutané étant supérieure à celle du muscle (groupe d'expert de la force de cisaillement : Shear Force). Comme le montre cette expérience n°1, les lésions ischémiques des cellules musculaires (chair du fruit) restent invisibles et apparaissent avant la survenue d'un érythème cutané (coupe du fruit).
2. **L'intérêt des supports** : l'ajout d'un support d'aide à la prévention permet de réduire la pression et de mieux la répartir mais elle reste néanmoins présente comme le montre l'expérience n°2. Qu'ils soient en mousse viscoélastique, air statique ou dynamique, ces supports ne peuvent supprimer totalement la force de pression. C'est pour cette raison qu'ils sont définis comme des supports d'aide à la prévention et en aucun cas comme des supports " anti-escarres ".
3. **Le côté fondamental des changements de position**, parfois vécu comme une contrainte pour les patients et les soignants, est une mesure clé de la prise en soins des malades à risque ou porteurs d'escarres : comme le montre l'expérience n°3. Il est donc primordial d'associer aux supports des actions de repositionnement pour toute personne à risque ou porteuse d'escarres en tenant compte de son état. Le but est de diminuer la durée et l'intensité de la pression. La fréquence des changements de position varie selon les individus, la tolérance des tissus, le niveau d'activité et de mobilisation, l'état physique et psychologique du patient et le support utilisé.

Cette vidéo est une des rares à axer le message sur un seul facteur de risque qu'est la pression. La vidéo présentée dans cet article a obtenu le 1er prix du public et du jury lors des 11èmes journées nationales de l'escarre organisées par l'association PERSE (Prévention Education Recherche Soins Escarres) en octobre 2013 à Saint Malo.

Cette vidéo est très simple, pédagogique, et peut servir dans l'éducation thérapeutique pour les soignants, le patient et son entourage. Cet outil pédagogique a été testé auprès d'une population âgée malade hospitalisée en médecine gériatrique avec un taux de satisfaction élevé des patients.

En conclusion, au-delà du choix du "bon pansement", la prise en charge des patients à risque ou porteurs d'escarres devrait nécessiter une démarche globale et s'intégrer dans une véritable politique de prévention. Les mécanismes de survenue des escarres sont maintenant bien décrits dans la littérature et retiennent de manière classique la présence d'une force de pression supérieure à celle des capillaires ce qui induit une hypoxie et une nécrose tissulaire. De nouvelles théories ont récemment démontré que le premier tissu lésé par cette force de pression est le muscle, la résistance du tissu cutané étant supérieure à celle du muscle.

Comme vous pourrez le voir dans cette vidéo, l'utilisation de supports d'aide à la prévention des escarres associés à des changements de position du patient permettent de supprimer les points d'appui et ainsi d'éviter la survenue de nouvelles lésions cutanées ou musculaires. Une bonne maîtrise des techniques de positionnement et de l'utilisation de matériel adapté pourront pallier ce problème et permettre de mobiliser le patient sans frottement ou cisaillement. Il est essentiel d'informer le patient et son entourage de ces facteurs de risque et de leur prévention, c'est pourquoi cette vidéo nous semble importante à diffuser auprès des soignants, des patients et de leurs aidants.

Références bibliographiques

- [1] Barrois B, Labalette C, Rousseau P, et al. A national prevalence study of pressure ulcers in French hospital inpatients. *J Wound Care* 2008;17:373-376
- [2] Moore Z, Cowman S, Posnett J. An economic analysis of repositioning for the prevention of pressure ulcers. *J of Clin Nurs* 2013;22:2354-2360
- [3] Still MD, Cross LC, Dunlap M, et al. The turn team: a novel strategy for reducing pressure ulcers in the surgical intensive care unit. *J Am Coll Surg* 2013;216:373-379
- [4] National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.

Tableau 1 : taux de prévalence des escarres au CHU de Bordeaux (2012 versus 2013)

Année d'étude	2012 (n=1907)	2013 (n=1954)	p
Escarres	214 (11,2%)	211 (10,8%)	0,67
Age	66,4±19,8	65,3±19,9	0,64
Sacrum	121 (57,9%)	117 (56,5%)	0,58
Talon	63 (30,1%)	59 (27,6%)	
Ischion/Trochanter	6 (2,8%)	5 (2,4%)	
Autres	19 (9,1%)	28 (13,5%)	
Stades			0,005
1	65 (31,1%)	100 (47,6%)	
2	62 (29,7%)	39 (18,6%)	
3	37 (17,7%)	42 (20%)	
4	45 (21,5%)	29 (13,8%)	

Figure 1 : Expérience n°1



Figure 2 : Expérience 2

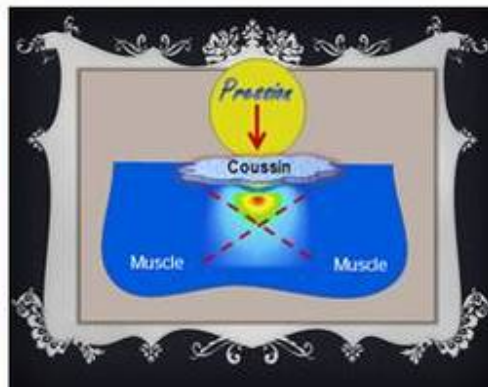


Figure 3 : Expérience n°3

