

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N° 094..

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

Par

Annabelle Dechancé

Née le 2 octobre 1987 à Vire (14)

Présentée et soutenue publiquement le *3 octobre 2016*

**ENQUETE DE PREVALENCE ET EVALUATION DU RISQUE
D'ESCARRE AU SEIN D'UN HOPITAL LOCAL A ORIENTATION
GERIATRIQUE DE LOIRE-ATLANTIQUE EN 2015.**

Président : Monsieur le Professeur Gilles BERRUT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Nathalie WAGEMANN

Remerciements

A Monsieur le Professeur Gilles BERRUT, qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Nathalie WAGEMANN. Merci de m'avoir permis de réaliser ce travail. Merci pour ton aide et tes conseils.

Aux membres du jury, Monsieur le Professeur Rémy SENAND et Madame le Docteur Jocelyne CAILLON. Je vous remercie d'accepter de juger ce travail. Soyez assurés de mon profond respect.

A l'équipe médicale et paramédicale de l'Hôpital Intercommunal Sèvre et Loire. Merci pour votre participation à ce travail.

A ma famille,

A Alban, merci d'être à mes côtés depuis le début et de partager ma vie. Merci pour toutes ces années et pour celles à venir.

A Cyprien...

A mes parents, merci pour votre soutien tout au long de mes études.

A mes grands-parents, merci pour vos encouragements.

A mes deux sœurs, merci pour votre présence pendant ces années parfois difficiles.

A ma belle-famille, merci d'être là en toutes circonstances.

A mes amis,

A Julie, pour ton écoute et ta présence et pour cette belle amitié qui résiste à la distance.

A Nadège, merci pour ta disponibilité et ton aide dans la rédaction de ce travail. Merci d'avoir supporté mes doutes au cours de nos études et d'être toujours là.

Merci aux médecins que j'ai pu rencontrer tout au long de mes études, qui m'ont appris ce métier et transmis leur passion.

Table des matières

Abréviations utilisées	1
Avant-propos.....	2
1. Généralités concernant les escarres	2
a) Définition.....	2
b) Epidémiologie	2
c) Coût de l'escarre.....	3
2. Physiopathologie	3
a) Le métabolisme tissulaire physiologique	3
b) La microcirculation	4
c) La physiopathologie de l'escarre.....	4
d) Les étapes de cicatrisation de l'escarre.....	4
3. Evaluation et classification des escarres	5
a) Evaluation d'une escarre	5
b) Classification de Shea	6
c) Classification NPUAP	6
d) Classification EPUAP	8
e) Système international de classification des escarres.....	8
f) Autres classifications	10
4. Facteurs de risque de survenue des escarres	10
a) Facteurs explicatifs de survenue d'une escarre	11
b) Facteurs prédictifs de survenue d'une escarre	11
c) Situations à risque	12
5. Evaluation du risque d'escarre	12
a) Généralités	12
b) Echelle de Norton.....	13
c) Echelle de Waterlow	13
d) Echelle de Braden.....	14
e) Choix de l'échelle de risque.....	15
6. Mesures de prévention des escarres	16
a) Diminuer la pression.....	16
b) Utiliser des supports.....	17
c) Soins cutanés.....	17
d) Prise en charge nutritionnelle	17
e) Education thérapeutique.....	17
7. Traitement de l'escarre	18

a)	Principes généraux	18
b)	Traitement local des escarres stades I et II	18
c)	Traitement local de l'escarre constituée.....	18
d)	Traitement chirurgical de l'escarre	20
e)	Traitement de l'escarre infectée	20
f)	Mesures associées.....	20
g)	Escarres en soins palliatifs.....	21
8.	Supports de traitement et de prévention des escarres	21
a)	Supports statiques.....	21
b)	Supports dynamiques.....	24
c)	Classifications	25
d)	Choix du support	26
I.	Introduction.....	30
II.	Matériel et méthode	31
1.	Présentation de l'étude.....	31
2.	Recueil et analyse des données	31
III.	Résultats.....	33
1.	Description des résultats.....	33
a)	Caractéristiques de la population étudiée	33
b)	Prévalence de l'escarre	35
c)	Caractéristiques des patients porteurs d'escarre	36
d)	Stade et localisation des escarres	37
e)	Mesures de prise en charge des porteurs d'escarre	38
f)	Adéquation des supports	39
2.	Analyse des résultats de prévalence obtenus en 2015 par rapport aux enquêtes précédentes.....	41
a)	Description des résultats des différentes études.....	41
b)	Caractéristique des populations.....	42
c)	Evolution de la prévalence des escarres au cours des enquêtes successives.....	43
d)	Comparaison statistique des résultats de 2015 avec les enquêtes de 2004, 2006 et 2011.....	44
IV.	Discussion.....	45
1.	Résultats principaux de notre étude	45
2.	Les données de la littérature.....	47
3.	Limites de notre étude	48
4.	Perspectives d'amélioration.....	50

Bibliographie	51
Annexes	56
Annexe 1 : Grade des recommandations par l’HAS	56
Annexe 2: Les différents pansements évalués par l’HAS, 2011	57
Annexe 3 : Classification des supports de lit d’aide à la prévention et au traitement des escarres par la CNEDiMTS, 2009.....	58
Annexe 4 : Classification des coussins d’aide à la prévention et au traitement des escarres par la CNEDiMTS, 2009.....	59
Annexe 5 : Questionnaire de l’Enquête de Prévalence des escarres 2015 sur l’HISL.	60
Annexe 6 : Arbre décisionnel du choix du support d’aide à la prévention et au traitement des escarres, en vigueur dans l’HISL.	63

Abréviations utilisées

NPUAP : US National Pressure Ulcer Advisory Panel

EUAP : European Pressure Ulcer Advisory Panel

PERSE : Prévention Education Recherche Soins Escarres

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

PPPIA : Pan Pacific Pressure Injury Alliance

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gériatologie

SOFMER : Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation

SFFPC : Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisations

HAS : Haute Autorité de Santé

EVA : Echelle Visuelle Analogique

ENS : Echelle Numérique Simple

ECPA : Echelle Comportementale pour Personnes Agées

IMC : Indice de Masse Corporelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CNEDiMTS : Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé

LPPR : Liste de Produits et Prestations Remboursables

HISL : Hôpital Intercommunal Sèvre et Loire

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

USLD : Unité de Soins Longue Durée

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Avant-propos

1. Généralités concernant les escarres

a) Définition

L'étymologie du mot escarre provient du nom féminin grec *eskhara* signifiant une croûte qui se forme sur une brûlure ou une plaie.

En 1989, le NPUAP définit l'escarre comme « une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses ». L'escarre est aussi décrite comme « une plaie de dedans en dehors de forme conique à base profonde et d'origine multifactorielle »(1). C'est cette notion de lésion à point de départ profond qui la différencie des abrasions cutanées. En 2009, la collaboration entre le NPUAP et l'EPUAP permet d'aboutir à une définition internationale commune déterminant l'escarre comme « une lésion ischémique au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents, située en général sur une saillie osseuse. Elle est le résultat d'un phénomène de pression, ou de pression associée à du cisaillement. »(2)

L'escarre peut être d'origine :

- « accidentelle » si elle survient suite à un trouble temporaire de la mobilité du patient ou à une altération de sa conscience.
- « neurologique » lorsqu'elle est la conséquence d'une pathologie chronique neurologique responsable d'un déficit moteur ou sensitif.
- « plurifactorielle » comme chez les patients poly-pathologiques, confinés au lit ou au fauteuil.

b) Epidémiologie

L'évaluation de l'incidence de l'escarre suppose un investissement des équipes soignantes sur une période relativement longue, ce qui la rend difficile à mettre en place. Les mesures d'incidence sont donc délaissées au profit des enquêtes de prévalence. Ces dernières ont l'avantage de recueillir l'information sur un jour donné. Elles sont plus faciles à réaliser et donc plus fréquemment entreprises dans les établissements de santé. L'association PERSE a régulièrement effectué des enquêtes épidémiologiques nationales :

- En 1994, l'étude nationale incluant 46055 patients, retrouvait une prévalence de patients porteurs d'escarre de 8,6%.
- En 2004, l'étude concernait 37307 patients. La prévalence de patients porteurs d'escarre restait stable à 8,9% même si les escarres étaient moins sévères.(3)
- En 2014, les questionnaires ont permis de recenser 21600 patients hospitalisés dont 1700 porteurs d'escarre, soit une prévalence de 8%. (4)

L'escarre présente plusieurs localisations anatomiques. Sur 4991 escarres recensées lors de l'étude PERSE de 2004, 46% des escarres était au niveau du sacrum et 33,8% aux talons. Les autres localisations fréquentes sont les ischions (1,8%) et le trochanter (2,6%). Les autres localisations représentaient 12,6%. (3)

c) Coût de l'escarre

L'évaluation du coût de l'escarre est difficile car elle suppose de prendre en compte le coût des pansements et supports, le coût humain lié aux soins de nursing et aux temps de soins et le coût lié à l'allongement des durées d'hospitalisation. En 2001, lors de la conférence de consensus, l'ANAES rappelait qu'indiscutablement la prise en charge d'une escarre est lourde, longue et coûteuse en termes de ressources humaines et matérielles et que l'absence de bonnes pratiques de prévention génère un surcoût important (allongement de la durée de séjour, morbidité, soins...) (1). En 2005, J. Haalboom propose un modèle théorique permettant d'évaluer le surcoût d'une escarre. Sur une population de 100 patients, 20 sont considérés à risque d'escarre. Sur ces 20 patients, 12 n'ont pas présentés d'escarre mais ont bénéficiés de mesures de prévention supplémentaires évaluées à 45 euros/jour, sans allongement de la durée d'hospitalisation. Huit patients ont présenté une escarre : cinq escarres de stades I et II avec un coût quotidien évalué entre 80 et 100 euros (sans allongement de la durée d'hospitalisation) et trois stades III et IV générant des coûts quotidiens supérieurs à 100 euros et avec un allongement de la durée d'hospitalisation évalué à 3 semaines. Ainsi, ce modèle permet de comparer le coût total lié à la prévention, 450 euros/personne à risque, le coût de prise en charge des escarres stade I et II évalué entre 800 et 1000 euros/porteur d'escarre et celui des escarres stade III et IV correspondant à 3000-3500 euros/porteur d'escarre (5). Cette démarche théorique reste cependant à confirmer par des études épidémiologiques.

2. Physiopathologie

a) Le métabolisme tissulaire physiologique

Les tissus concernés par les zones à risque d'escarre sont composés de la peau, des tissus adipeux et des muscles. L'ensemble est modelé sur les reliefs osseux. La peau présente une bonne résistance à l'ischémie grâce à sa capacité métabolique anaérobie contrairement au tissu musculaire qui présente un métabolisme majoritairement aérobie (6). La résistance de la peau à la pression est conditionnée par d'autres facteurs tels que l'épaisseur cutanée, la qualité du tissu sous-cutané, la qualité du support. De même, l'importance des lésions sous-cutanées profondes liées à la pression varient, entre autres, selon l'épaisseur du panicule adipeux (7).

b) La microcirculation

La microcirculation correspond au système vasculaire où s'effectuent les échanges gazeux et nutritionnels entre le sang et les tissus. Elle se compose d'artérioles, de capillaires, de veinules et de vaisseaux lymphatiques. Elle adapte la pression de perfusion tissulaire grâce à ses capacités hémodynamiques sous l'influence de facteurs neurogènes et humoraux. Au niveau du pôle artériolaire des capillaires, la pression de perfusion doit être suffisante et supérieure à la pression tissulaire pour que les échanges s'effectuent vers les tissus. Au niveau du pôle veineux, la pression intravasculaire doit être basse pour que la pression transmurale soit en faveur des vaisseaux. La qualité des échanges capillaires dépend aussi du débit circulatoire et de la bonne oxygénation du sang qui suppose elle-même un nombre de globules rouges fonctionnels suffisant et une ventilation efficace. Ainsi, tout facteur altérant un de ces mécanismes peut favoriser la survenue d'une escarre.(6)

c) La physiopathologie de l'escarre

L'escarre est une « plaie de pression ». Sa dénomination anglaise « pressure ulcer » ou « pressure sore » met en évidence le rôle majeur de la pression dans la survenue de cette pathologie. Le mot pression fait d'ailleurs partie intégrante de la définition internationale de l'escarre. La pression exercée sur les tissus cutanés et sous-cutanés en regard d'une saillie osseuse, lorsqu'elle est excessive (supérieure à la pression de perfusion capillaire) et/ou prolongée, entraîne une diminution voire une interruption de la microcirculation et donc un arrêt des apports d'oxygène vers les tissus concernés. Il n'a pas été établi de valeur de pression seuil de survenue d'une escarre. L'hypoxie tissulaire joue un rôle fondamental dans la genèse d'une escarre puisque c'est elle qui entraîne l'ischémie et la souffrance tissulaire (6). Le cisaillement, conjonction de forces tangentielles qui s'appliquent obliquement sur les plans cellulaires sous-cutanés, peut s'associer au mécanisme de compression et entraîner des tensions voire des lésions au niveau des capillaires sanguins. Les tissus sous-cutanés en glissant sur le fascia profond entraînent un étirement et une occlusion des vaisseaux (effet hamac)(8).

d) Les étapes de cicatrisation de l'escarre

La cicatrisation d'une escarre est un processus long qui se déroule classiquement en trois phases : la phase de détersion (sèche ou exsudative), la phase de bourgeonnement et la phase d'épidermisation. Une escarre est, selon son grade de sévérité, soit jaunâtre lorsqu'il y a de la fibrine, soit noirâtre en présence de nécrose, soit les deux. Ces débris s'opposent au processus de reconstruction cellulaire, leur détersion est donc nécessaire pour débiter la cicatrisation. Ainsi, un processus de détersion naturelle se produit sous l'action des cellules immunitaires (neutrophiles, monocytes/macrophages) sécrétant des cytokines pro-inflammatoires et des facteurs de croissance tissulaire (9). Une fois le fond de la plaie « propre », une néo-angiogenèse se forme, permettant grâce à un réseau capillaire dense une bonne vascularisation de la plaie (10). Des fibroblastes migrent alors au fond de la lésion et prolifèrent pour former le tissu de granulation, c'est la phase de bourgeonnement (11). Enfin la phase d'épidermisation correspond à une maturation cellulaire permettant une

cicatrisation d'abord horizontalement avec le développement de la couche basale de la périphérie vers le centre puis verticalement pour obtenir progressivement un épiderme fonctionnel (12).

3. Evaluation et classification des escarres

a) Evaluation d'une escarre

L'évaluation d'une plaie suppose de s'intéresser à la lésion mais aussi au patient et à son environnement. La prise en charge d'une plaie nécessite de décrire et d'évaluer la lésion à la phase initiale. En effet celle-ci fait partie du diagnostic, oriente l'étiologie (escarre, ulcère veineux ou artériel, mal perforant plantaire...) et permet de choisir la stratégie thérapeutique et d'élaborer le plan de soin. L'évaluation initiale présente aussi un aspect médico-légal puisqu'elle sera la référence pour juger de la qualité des soins, d'où la nécessité de consigner ces informations dans le dossier médical. L'évaluation d'une escarre consiste d'abord à définir le nombre d'escarres ainsi que les dimensions, le stade et la topographie de chacune. La douleur qu'elle soit spontanée ou liée aux soins doit être évaluée régulièrement avec des échelles adaptées et prise en charge. Enfin, une évaluation du risque d'escarre en fonction d'une échelle de risque et du jugement clinique doit être systématique. La mesure de la surface de l'escarre peut s'effectuer par une règle millimétrée. C'est un moyen simple d'utilisation mais imprécis et à risque septique. On peut aussi utiliser la méthode du calque qui est facile et permet une traçabilité mais elle aussi est imprécise. La méthode photographique a l'avantage de ne pas nécessiter de contact avec la plaie mais suppose de préciser l'échelle de la photo et implique des moyens matériels. Quelle que soit la technique retenue, il est nécessaire que le patient soit toujours dans la même position lorsque les mesures sont répétées dans le cadre du suivi. Les techniques de mesure volumétrique (moulage, stéréophotogrammétrie...) permettent une évaluation précise de la profondeur mais sont contraignantes, l'ANAES préconise donc l'utilisation d'un stylet. La topographie de chaque escarre est à notifier sur un schéma. Il est important d'effectuer régulièrement des évaluations de l'escarre au cours du suivi pour surveiller l'évolution favorable ou non de la lésion et pour adapter la prise en charge. A chaque réfection de pansement, l'infirmière doit quantifier l'exsudat, évaluer la présence de nécrose, de fibrine, repérer les signes d'infection locale pour adapter les soins locaux. Une évaluation médicale doit être programmée de façon régulière et la mesure des dimensions de chaque escarre doit être répétée. (1) (13)

Il existe plusieurs méthodes de classification des escarres. Celles-ci se différencient par leur nombre de stades et leur caractère clinique, anatomique ou anatomo-clinique. Ce sont des échelles qualitatives qui restent à l'interprétation de l'évaluateur. Elles ont toutefois l'avantage d'inciter l'infirmière et le médecin à effectuer un jugement clinique et sont généralement utilisées pour élaborer les protocoles de soins (1).

b) *Classification de Shea*

La classification de Shea, publiée en 1975, est la première classification d'escarre ayant été publiée. Elle est composée de 5 stades anatomiques selon la profondeur des lésions dont les 2 premiers stades sont réversibles.

c) *Classification NPUAP*

La classification élaborée par le NPUAP en 1998 est la forme modifiée de la classification Shea. Elle est la plus connue et la plus utilisée par les professionnels de santé :

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

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

Traduit de l'anglais par l'ANAES.

Tableau 1 : Classification NPUAP des escarres en 1998. (1)

L'ANAES, dans sa conférence de consensus de 2001, rappelle qu'aucune classification n'a suffisamment été validée pour être retenue. Elle propose cependant l'utilisation de la classification NPUAP enrichie, d'un stade 0 correspondant à une peau intacte mais à risque d'escarre ; de la notion de nécrose sèche ou humide concernant le stade III ; des facteurs péjoratifs au stade IV (décollement, contact osseux, fistule, infection). (1)

La Classification NPUAP a été réactualisée en 2005 puis en 2007 lors de la conférence de consensus NPUAP aux USA dénommée « reconnaissance des stades des escarres ». Plus de 300 professionnels de santé internationaux participent aux conférences de consensus américaines. Ils travaillent sur un texte préparé antérieurement par le bureau du NPUAP à partir des données bibliographiques. L'objectif étant qu'après un échange de questions/réponses, la session aboutisse à la rédaction d'un nouveau document validé par la majorité des participants.

Classification NPUAP 2007 : (14)

- **Stade I** : Rougeur ne disparaissant pas à la pression sur peau intacte en regard d'une proéminence osseuse. Sur peau pigmentée, le stade I est une zone d'aspect différent de la peau environnante car elle peut ne pas être visible. La zone peut être accompagnée de douleur, d'une augmentation de la chaleur locale et d'un gonflement.
- **Stade II** : Lésion partielle du derme dont le fond est rouge sans exsudat. Il peut aussi s'agir d'une phlyctène séreuse intacte ou rompue.
- **Stade III** : Lésion complète de la peau et du tissu sous-cutané de profondeur variable selon la localisation de l'escarre et selon l'épaisseur du tissu adipeux. Un exsudat de volume variable est présent. On peut noter la présence d'un tissu nécrotique et/ou fibrineux n'obstruant pas toute la plaie. Il n'y a pas d'atteinte osseuse, tendineuse ou musculaire à ce stade.
- **Stade IV** : Lésion complète de la peau et du tissu sous-cutané. La profondeur est variable selon la localisation de l'escarre et selon l'importance du tissu adipeux. Un exsudat de volume variable est présent et la lésion peut atteindre les muscles, les tendons et/ou les os.
- **Stade « inclassable »** : Lésion complète de la peau et du tissu sous-cutané. Le lit est invisible car recouvert d'un dépôt (jaune, vert, brun ou noir) ou d'une croûte (noire ou marron). Il est impossible d'évaluer précisément le stade tant que le dépôt n'a pas été retiré.
- **Stade « dommages tissulaires profonds probables » ou « DTI »** (suspected deep tissue injury) : Peau intacte, d'aspect violacé, marron. Il peut s'agir d'une phlyctène sanglante. C'est une atteinte du tissu profond par pression et/ou cisaillement. La lésion peut être associée à une douleur, un gonflement ou une modification de la chaleur locale et est susceptible d'évoluer rapidement vers une lésion profonde ouverte.

En avril 2016 le NPUAP a annoncé une modification de la terminologie de la classification NPUAP. Le terme « pressure ulcer » est remplacé par « pressure injury ». Ce dernier permet de mieux décrire les lésions cutanées liées à la pression que la peau soit intacte (le stade I ou le stade « DTI », Deep Tissue Injury) ou ulcérée. D'autre part, les nombres arabes seront dorénavant utilisés pour la nomenclature des stades d'escarre à la place des chiffres romains (15).

d) *Classification EPUAP*

Le groupe européen de recherche et de lutte contre les escarres, créé à Londres en 1996 a élaboré une classification en 4 stades.

Classification EPUAP 2005 : (16) (17)

- **1^{er} Degré** : Erythème cutané sur une peau apparemment intacte, ne disparaissant pas à la pression, accompagnée d'une décoloration de la peau, de chaleur, d'un œdème ou d'une induration.
- **2^{ème} Degré** : Perte de substance impliquant l'épiderme et/ou le derme. La lésion est superficielle, se présente comme une phlyctène intacte ou ouverte.
- **3^{ème} Degré** : Perte de substance ou nécrose impliquant le tissu sous-cutané. Lésion qui peut impliquer jusqu'au fascia mais pas au-delà.
- **4^{ème} Degré** : Atteinte étendue, nécrose tissulaire et/ou lésion musculaire, osseuse ou des tissus conjonctifs, avec ou sans lésion de l'épiderme ou du derme.

e) *Système international de classification des escarres*

Le NPUAP et l'EPUAP ont travaillé en collaboration pendant 4 ans pour développer un système international commun de définition et de classification des escarres, publié pour la première fois en 2009. La seconde édition publiée en 2014, a été élaborée avec la contribution de la PPPIA.

Système international de classification des escarres (18):

- **Catégorie 1** : Erythème persistant ou qui ne blanchit pas. Peau intacte avec un érythème qui ne blanchit pas à la pression, généralement situé au niveau d'une saillie osseuse. La zone peut être algique, dure, molle, plus chaude ou plus froide par rapport aux tissus adjacents. Pour les peaux foncées, le blanchiment peut ne pas être visible, ces personnes doivent donc être considérées « à risque ».



Figure 1 : Stade 1 du système international de classification des escarres (2014) (19)

- **Catégorie 2** : Atteinte partielle. Perte tissulaire partielle du derme qui se présente sous la forme d'une ulcération peu profonde avec un lit de plaie rouge rosé, sans fibrine. Elle peut se présenter comme une phlyctène fermée ou ouverte, remplie d'un liquide séreux. Elle se présente comme une ulcération peu profonde sèche ou humide/brillante, sans fibrine ni ecchymose. Cette catégorie ne doit pas être utilisée pour décrire les dermabrasions, brûlures, dermites du siège associées à l'incontinence, la macération ou l'excoriation.



Figure 2 : Stade 2 du système international de classification des escarres (2014)(19)

- **Catégorie 3** : Perte complète de tissu cutané. Le tissu adipeux de l'hypoderme peut être visible, mais l'os, les muscles ou les tendons ne sont pas exposés. Il peut y avoir de la fibrine mais celle-ci ne doit pas cacher la profondeur de la perte tissulaire. La profondeur de l'escarre catégorie 3 dépend de sa localisation anatomique et de l'épaisseur du tissu adipeux. Elle peut inclure du sous-minage ou des tunnélisations. L'os et les tendons ne sont pas visibles ou directement palpables.

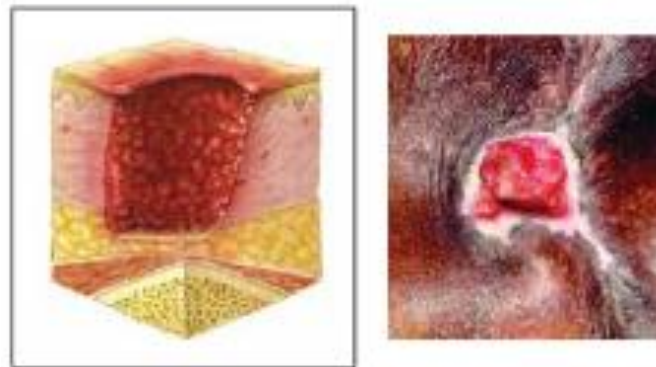


Figure 3 : Stade 3 du système international de classification des escarres (2014)(19)

- **Catégorie 4** : Perte tissulaire complète avec exposition osseuse, tendineuse ou musculaire. De la fibrine ou de la nécrose peuvent être présentes. Il se forme souvent des sous-minages et des tunnélisations. La profondeur de l'escarre dépend de sa localisation anatomique. L'escarre catégorie 4 peut être superficielle (malléole, aile du nez, occiput, oreille). Il y a un risque d'ostéite et d'ostéomyélite. L'os et les muscles sont visibles, exposés ou directement palpables.

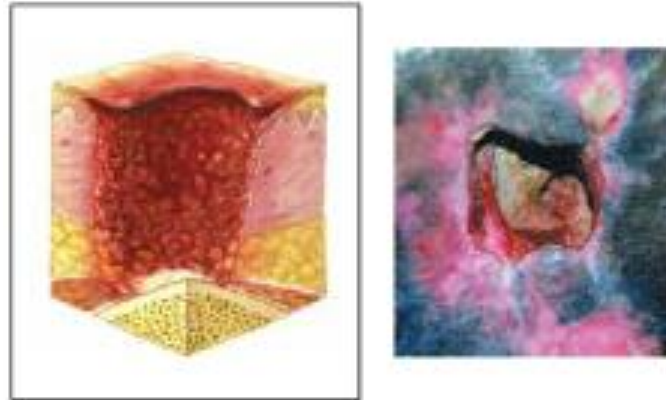


Figure 4 : Stade 4 du système international de classification des escarres (2014)(19)

Aux Etats-Unis d'Amérique, les catégories « Inclassable » et « dommages tissulaires profonds probables », initialement définis par le NPUAP, restent utilisés. En Europe ces lésions sont classées en « IV » (2).

f) Autres classifications

L'échelle colorielle (Red Yellow Black) est basée sur une cartographie des couleurs et un raisonnement en termes de pourcentage de chaque couleur : le rouge correspond aux zones de bourgeonnement, le jaune aux régions fibrineuses et exsudatives et le noir à la nécrose. Une version modifiée différencie le rouge, correspondant aux tissus à vif, du rose, le bourgeonnement (20). Cette classification qualitative, peu fiable mais facile d'utilisation peut être associée aux méthodes de mesure de l'escarre pour le suivi de l'évolution de la lésion (1).

4. Facteurs de risque de survenue des escarres

Selon la conférence de consensus de 2001 de l'ANAES, l'origine des escarres est plurifactorielle. Elle implique à la fois des facteurs explicatifs et des facteurs prédictifs d'escarres. Elle rappelle que ces « facteurs de risque » sont issus de l'expérience clinique et que leur validité nécessiterait d'être démontrée. (1)

a) Facteurs explicatifs de survenue d'une escarre

Par définition, un facteur explicatif bénéficie d'un niveau de preuve suffisant pour considérer qu'il doit rendre compte, totalement ou en partie, d'un mécanisme physiopathologique (7).

Les facteurs extrinsèques ou mécaniques : (1) (8)

- la **pression** est la force exercée par un support médical sur la peau. Son intensité, sa durée et son gradient sont impliqués dans la survenue des escarres.
- la **friction** est une lésion directe superficielle sur la peau, responsable d'une abrasion. Les forces de frictions sont mises en jeu principalement au cours des soins.
- le **cisaillement** correspond aux forces s'appliquant obliquement sur les plans cellulaires sous-cutanés. Ces forces s'expriment lorsque le corps en position semi-assise glisse vers le bas.
- la **macération** de la peau est due à l'humidité anormale lors d'une hyperthermie ou chez un patient incontinent urinaire et fécale. La macération favorise la pullulation microbienne et retarde la cicatrisation.

Les facteurs intrinsèques ou cliniques : (1)

- l'immobilité due aux troubles de la conscience et/ou moteurs. Ce terme inclut l'immobilisation totale par paralysie ou plâtre et le confinement au lit.
- La dénutrition et la malnutrition
- Les incontinences urinaire et fécale favorisent l'humidité et par conséquent la macération.
- l'état de la peau
- la baisse du débit circulatoire
- la neuropathie motrice et sensitive : la première altère la capacité à se retourner, la seconde altère la perception de la douleur motivant les retournements
- l'état psychologique et la coopération vis-à-vis des soins.
- l'âge

Selon le *Royal College of Nursing* en 2001, l'antécédent d'escarre, la déshydratation, certaines maladies aiguës, les pathologies chroniques graves et les phases terminales de pathologies graves sont des facteurs de risque à prendre en compte (grade B) (21).

b) Facteurs prédictifs de survenue d'une escarre

Un facteur prédictif doit avoir montré un lien indépendant, ajusté sur d'autres éléments, au cours d'études longitudinales réalisées dans cet objectif. On peut ainsi déterminer un risque relatif de survenue de l'évènement concerné (7).

D'après la conférence de consensus de 2001, l'immobilisation et la dénutrition sont 2 facteurs prédictifs de risque d'escarre (1). En 2012, les recommandations établies par l'association PERSE en partenariat avec la SFGG, la SOFMER et la SFFPC, confirment l'immobilité comme facteur prédictif (grade B) et la dénutrition comme facteur prédictif

possible (grade C). Elles ajoutent la nécessité de prendre en compte l'incontinence mixte, urinaire et fécale dans l'évaluation du risque d'escarre (avis d'experts) (22).

c) Situations à risque

On constate que certaines situations cliniques sont associées à des facteurs de risque spécifiques. Dans la population gériatrique, particulièrement concernée par le développement des escarres, un certain nombre de facteurs de risques sont fréquemment retrouvés, tels que de la fièvre, une diminution de la tension artérielle, les pathologies cardiovasculaires et des apports protido-caloriques insuffisants. D'autres secteurs d'activités telles que la neurologie, l'orthopédie et les soins intensifs sont associés à des facteurs de risque d'escarre spécifiques. (1)

5. Evaluation du risque d'escarre

a) Généralités

L'évaluation du risque d'escarre est une étape indispensable pour la mise en place de mesures de prévention adaptées. L'utilisation d'un outil chiffré, reproductible et commun tel qu'une échelle de risque permet l'harmonisation des pratiques (1). L'EPUAP et NPUAP dans leur travail collaboratif datant de 2009, préconisent une approche structurée grâce à l'utilisation d'échelles d'évaluation des risques (grade C). Ils recommandent d'évaluer l'activité physique, la mobilité (grade C) ainsi que l'intégrité de la peau (grade C) affinées par le jugement clinique (grade C). Cette évaluation doit être répétée aussi souvent que l'état de santé du patient le nécessite (grade C). Le jugement clinique doit analyser l'impact potentiel d'autres facteurs tels que les forces de friction et de cisaillement, l'état général du patient, les pathologies associées, les éventuels troubles de la sensibilité, l'état nutritionnel (anémie, albuminémie, poids, quantification des apports nutritionnels), les facteurs modifiant la circulation (diabète, pression artérielle), l'humidité de la peau, l'âge avancé et les traitements médicamenteux (2) (1). L'inspection régulière de l'état cutané à la recherche de rougeurs chez les patients à risque d'escarre (grade B) doit inclure une évaluation de la chaleur locale, de l'œdème et de l'induration (grade C), identifiés comme signes précurseurs d'escarre. Cette observation doit être systématique à chaque changement de position et lors des soins d'hygiène (1) et inclure la surveillance des dommages cutanés liés aux dispositifs médicaux (sonde, cathéter...) (grade C). Solliciter le patient pour identifier des zones d'inconfort ou de douleur (grade C) et l'éduquer à l'auto-évaluation peuvent aider dans la recherche de lésions de pression (2) (1). Les nouvelles recommandations de l'association PERSE de 2012, confirment l'intérêt d'évaluer le risque prédictif d'escarres et d'une prise en charge spécifique dès l'admission en établissement de santé (à dire d'experts) grâce à l'utilisation d'échelles de risque (à dire d'experts). Ces échelles sont une aide à la décision et doivent systématiquement être pondérées par le jugement clinique (à dire d'expert) (22). Une échelle de risque consiste à évaluer différents facteurs de risque pressentis. Elle se divise en items, auxquels sont

affectés des notes selon l'état du patient permettant de déterminer un score global. A chaque échelle, correspond un score seuil de risque de survenue d'escarre.(1)

b) Echelle de Norton

L'échelle de Norton est la première échelle de risque à avoir été conçue en 1962. Elle a été créée selon la physiopathologie de l'escarre et des constatations cliniques des années 60. Elle évalue l'état physique, mental, l'activité, la mobilité et l'incontinence selon une cotation de 1 (très mauvais) à 4 (très bon). Un patient avec un score global inférieur à 16 est considéré à risque d'escarre (initialement le seuil de détection était de 14) (23). C'est une échelle simple d'utilisation, validée uniquement chez les plus de 65 ans, mais qui ne prend pas en compte l'état nutritionnel. Sa sensibilité varie de 16% (court séjour) à 81% (SSR) selon les études et sa spécificité de 59% (SSR) à 94% (court séjour). (1)

Norton

Condition physique	Condition mentale	Activité	Mobilité	Incontinence
1 mauvaise	1 stuporeux	1 couché	1 immobile	1 fécale et urinaire
2 pauvre	2 confus	2 fauteuil	2 très limitée	2 urinaire
3 moyenne	3 apathique	3 marche aidée	3 peu limitée	3 occasionnelle
4 bonne	4 alerte	4 ambulant	4 complète	4 continent

≤ 16 : risque élevé > 16 : risque bas

Tableau 2 : Echelle de Norton. (24)

c) Echelle de Waterlow

L'échelle de Waterlow créée en 1985 est complexe. Elle prend en compte, à la différence des autres échelles, l'âge et le sexe dans son évaluation. L'échelle de Waterlow présente une bonne sensibilité (entre 80 et 100%), et une spécificité médiocre (10% à 44%). Ce n'est donc pas une échelle efficace pour cibler des populations à risque.(1)

Waterloo

Masse corporelle*	Aspect visuel de la peau	Sexe et âge
0 moyenne 1 Au-dessus de la moyenne 2 Obèse 3 En-dessous de la moyenne	0 Saine 1 Fine / grêle 1 Sèche / Déshydratée 1 Oedemateuse 2 Décolorée 3 Irritation cutanée	1 Masculin 2 Féminin 1 14 à 59 2 50 à 64 3 65 à 74 4 75 à 80 5 81 et +
Incontinence	Mobilité	Appétit
0 Totale / Sonde 1 Occasionnellement 2 Incontinence fécale, sonde 3 Incontinence double	0 Complète 1 Agité 2 Apathique 3 Restreinte 4 Immobile / Traction 5 Patient mis au fauteuil	0 Moyen 1 Faible 2 Alimentation par sonde gastrique uniquement 3 A jeun, anorexique
Malnutrition des tissus	Déficience neurologique	Médicament
8 Cachexie terminale 5 Déficience cardiaque 5 Insuffisance vasculaire périphérique 2 Anémie 1 Tabagisme	4-6 Diabète, Sclérose en plaque, AVC, Déficit sensoriel, Paraplégies	4 Cytotoxiques, Corticoïdes à haute dose, Anti-inflammatoire Chirurgie / Traumatisme 5 Orthopédie, Partie inférieure, Colonne 5 Intervention de + de 2 heures

> 10 : risque > 15 : haut risque > 20 : très haut risque

*Poids par rapport à la taille

Tableau 3 : Echelle de Waterlow. (25)

d) Echelle de Braden

L'échelle de Braden a été élaborée en 1987, elle se base sur un schéma conceptuel considérant l'intensité et la durée de la pression ainsi que la tolérance du tissu. Elle se divise en 6 sous-échelles évaluant la perception sensorielle, l'humidité, l'activité, la mobilité, la nutrition, les frictions/cisaillements. Chacune est évaluée de 1 à 4 excepté l'item frictions/cisaillements qui se cote de 1 à 3. Le score global varie de 6 à 23 : plus le score est bas, plus l'individu est à risque de développer une escarre. Sa sensibilité varie de 71 à 100% en court séjour, de 57 à 91% en SSR, de 61 à 70% en USLD et 100% à domicile. Sa spécificité fluctue de 64 à 91% en court séjour, de 49 à 74% en SSR, de 68 à 74% en USLD et 34 à domicile. L'échelle de Braden est simple d'utilisation et présente une bonne reproductibilité. Elle se complète en environ une minute avec une personne entraînée.(1)

Braden

Sensibilité	Humidité	Activité
1 complètement limitée 2 très limitée 3 légèrement limitée 4 pas de gêne	1 constamment humide 2 très humide 3 parfois humide 4 rarement humide	1 confiné au lit 2 confiné en chaise 3 marche parfois 4 marche fréquemment
Mobilité	Nutrition	Frictions et frottements
1 totalement immobile 2 très limitée 3 légèrement limitée 4 pas de limitation	1 très pauvre 2 probablement inadéquate 3 correcte 4 excellente	1 problème permanent 2 problème potentiel 3 pas de problème apparent

≥ 18 : risque bas 13 à 17 : risque modéré 8 à 12 : risque élevé ≤ 7 : risque élevé

Tableau 4 : Echelle de Braden. (26)

e) *Choix de l'échelle de risque*

Il existe plus de 50 échelles d'évaluation dont aucune à ce jour n'a pu être validée. Certains auteurs ont envisagé une approche non pas « physiopathologique » mais « épidémiologique » dans l'élaboration d'une échelle de risque. Le principe étant d'envisager les facteurs de risque spécifiques d'une population à risque d'escarre dans une situation clinique donnée (exemple : évaluation du risque d'escarre d'un lésé médullaire à domicile par l'échelle comportementale Skin Management Needs Assessment Checklist) (23). Les échelles de risque sont utilisées, en parallèle du jugement clinique, pour repérer les patients nécessitant la mise en place de traitements préventifs. Il est important qu'elles améliorent leur spécificité pour ne pas augmenter la charge de travail et le coût dus à la réalisation de mesures préventives sur des patients qui ne présenteront pas d'escarre (faux positifs). L'élaboration d'un outil de prédiction sensible et spécifique suppose une bonne connaissance des facteurs prédictifs et à fortiori des facteurs de risque de survenue d'une escarre (7). La conférence de consensus de 2001 préconise l'utilisation de l'échelle de Braden dans la pratique clinique (1). L'actualisation de ces recommandations datant de 2012 confirme que l'échelle de Braden est la plus pertinente (à dire d'experts) (22).

6. Mesures de prévention des escarres

La prévention est essentielle pour diminuer l'incidence des escarres. Elle débute dès l'admission du patient et tout au long du séjour. La prévention des escarres inclue l'identification des facteurs de risque et la surveillance de l'état cutané. Elle suppose une prise en charge pluridisciplinaire et un personnel soignant formé et entraîné assurant une continuité des soins. Les mesures de prévention doivent être adaptés localement selon l'établissement de santé et suppose la création de groupes de travail (1). On distingue différents champs de prévention qui visent à corriger certains facteurs de risque d'escarre.

a) Diminuer la pression

La pression, facteur important dans le développement d'une escarre, doit être diminuée en évitant les appuis prolongés. Pour cela, la mise au fauteuil, la verticalisation et la reprise de la marche sont des objectifs prioritaires dès le début d'une hospitalisation. Quand cela n'est pas envisageable, il est nécessaire d'effectuer régulièrement des repositionnements sans omettre les besoins et le confort du patient (1). L'objectif des repositionnements est de réduire la durée et l'intensité de la pression sur les zones vulnérables du corps (Niveau de preuve A) tout en contribuant au confort, à la dignité et à la capacité fonctionnelle du patient (2). La fréquence des changements de position n'est pas déterminée. En 2001, l'ANAES recommandait un rythme d'alternance de 2-3 heures (moins de 2 heures pour les patients à haut risque). Le guide de prévention rédigé par l'EPUAP et NPUAP précise que la fréquence des repositionnements est influencée par les variables individuelles du patient (Niveau de preuve C) et par le type de support utilisé (grade A).

Au lit, la posture idéale est le décubitus semi-latéral oblique à 30° par rapport au plan horizontal du lit. Elle peut être utilisée en alternance avec le décubitus dorsal. Le décubitus latéral strict est à proscrire puisqu'il favorise les escarres trochantériennes. Le recours à la position semi-assise au lit doit être limité. Lorsqu'elle est demandée par le patient, il faut limiter l'angulation à 30° maximum et surélever les membres inférieurs pour éviter au patient de glisser et donc éviter ainsi les forces de cisaillement. L'utilisation d'accessoires de positionnement adaptés est recommandée, en particulier pour la mise en décharge des talons. Au fauteuil, les pieds doivent reposer sur un support et être positionnés de sorte que les cuisses reposent à plat sur le fauteuil et le poids du corps doit être réparti de façon équilibré sur l'assise, évitant ainsi au patient de glisser. De même, l'appui des bras sur des accoudoirs et l'appui dorsal réduisent la pression au niveau du siège. La station assise au fauteuil doit être entrecoupée de temps de décompression. Enfin lors des repositionnements des patients par les soignants, l'utilisation d'un lève-malade ou du drap pour surélever le patient et non pas le faire glisser diminuent les phénomènes de friction. (1) (2)

b) Utiliser des supports

L'utilisation de supports pour aider à la prévention des escarres chez les patients à risque est largement recommandée. Le support doit être adapté au patient, à ses besoins, ses pathologies et son environnement (1). Il existe différents types de supports. Le choix dépend de l'évaluation du risque d'escarre, du jugement clinique du soignant et de l'utilisation de protocoles de prévention.

c) Soins cutanés

Les soins de nursing sont indiqués dès l'admission en établissement de santé, dans le cadre du traitement préventif local d'un patient à risque d'escarre (grade C). Le maintien de l'hygiène cutanée suppose une toilette corporelle quotidienne et précautionneuse sur les zones à risque à l'aide de produits de lavage non irritants. Les soins cutanés doivent être renouvelés à chaque change des patients incontinents ou pour limiter la macération liée à la transpiration. L'hydratation de la peau avec des émollients (grade B) ainsi que les produits barrières protégeant de l'humidité (grade B) sont recommandés. De même, l'application de pansements en regard des proéminences osseuses à visée préventive est préconisée. Les massages (grade B) ainsi que les frictions énergiques de la peau (grade C) sont à proscrire dans la prévention des escarres. Seul l'effleurage des zones à risque est indiqué. (2) (1) (22)

d) Prise en charge nutritionnelle

La dénutrition est un facteur prédictif réversible de la survenue d'une escarre. C'est pourquoi l'EPUAP et le NPUAP recommandent de dépister et d'évaluer l'état nutritionnel de tout individu à risque d'escarre dans chaque établissement de santé et de façon répétée (2). Elle comprend : la prise régulière du poids et de l'index corporel, la recherche d'une perte de poids récente, la présence de signes cliniques de dénutrition (atrophie musculaire et grasseuse), l'évaluation des apports alimentaires journaliers, le dosage d'albuminémie (1). Tout patient à risque de dénutrition ou d'escarre a besoin d'un minimum de 30-35 kcal/kg/jour dont 1,25-1,5 g/kg/jour de protéines. Le recours aux suppléments alimentaires enrichis en protéines doit être envisagé si nécessaire (grade A). (2)

e) Education thérapeutique

L'éducation thérapeutique du patient ou de ses aidants présente un intérêt chez les patients à risque chronique d'escarre comme les blessés médullaires (grade B) et les sujets âgés (grade C).

7. Traitement de l'escarre

a) Principes généraux

Le traitement de l'escarre nécessite une prise en charge globale, à la fois locale et générale, pluridisciplinaire, favorisant l'adhésion et l'implication du patient. Il suppose l'application par l'équipe soignante de protocoles développés préalablement au sein de l'établissement et la transcription des informations pour assurer une continuité des soins (1). Le traitement de l'escarre, quel que soit le stade, implique : des soins locaux, la mise en décharge et la suppression des facteurs favorisants.

La fréquence des soins locaux dépend de l'évaluation clinique de l'escarre. La réfection des pansements doit se faire tous les jours pendant la phase de déterision et tant qu'il existe des débris nécrotiques, des signes d'infection ou selon le volume d'exsudat. A la phase de bourgeonnement et d'épidermisation et en dehors des situations évoquées, l'intervalle entre 2 pansements doit être plus espacé. Le nettoyage de la plaie doit se faire au sérum physiologique quel que soit le stade de l'escarre. Il faut assécher uniquement le pourtour de l'escarre pour maintenir un environnement humide au niveau de la plaie, favorisant la cicatrisation (1). Les antiseptiques locaux sont contre-indiqués car ils présentent plus d'effets secondaires que de bénéfices (sélection de souches bactériennes, toxicité). Il semble que l'eau stérile ne doit pas être utilisée car responsable de douleur. Certains soins locaux sont à proscrire : les massages et la friction, l'application de glace, de produits alcoolisés (favorisent la dessiccation de la peau) ou de colorants (masquent la plaie). (1)

b) Traitement local des escarres stades I et II

En 2007, l'HAS recommande de protéger la peau dès le stade de rougeur par des plaques adhésives minces et transparentes type hydrocolloïde (27). Il faut que la lésion reste bien visible à travers le pansement pour surveiller son évolution.

En présence d'une phlyctène séreuse, il est recommandé d'effectuer une brèche en bord de berge pour évacuer son contenu en conservant le toit et appliquer un pansement type hydrocolloïde ou gras pour favoriser la cicatrisation en milieu humide. En présence d'une phlyctène hémorragique, il est préconisé d'effectuer soit une excision du toit avant l'application d'un pansement hydrocolloïde, soit attendre sa dessiccation lorsque la phlyctène est de petit volume. (1)

c) Traitement local de l'escarre constituée

L'objectif est de favoriser le bourgeonnement et l'épidermisation spontanés de l'escarre en éliminant les tissus nécrosés et en contrôlant l'exsudat, tout en respectant la colonisation microbienne nécessaire aux processus de cicatrisation. Les soins supposent un respect des principes d'hygiène standards et de prévention des infections nosocomiales. La cicatrisation implique une étape de déterision naturelle des tissus réalisée à partir de la flore commensale cutanée. Elle dure environ 3 semaines et consiste en la formation d'une

collection putride (sans lien avec une surinfection). Pour accélérer ce mécanisme, l'ANAES préconise depuis 2001 (confirmée en 2012 par PERSE), de réaliser une détersion précoce, répétée, non traumatique (pas de saignement provoqué) et indolore, permettant l'élimination progressive de tous les tissus nécrosés jusqu'au sillon d'élimination. Elle consiste en une excision mécanique effectuée par le soignant à l'aide d'une pince et d'un ciseau à bouts ronds, du centre vers les berges, puis en un recouvrement par un pansement humide de recouvrement. Elle peut se faire au lit du patient sous traitement antalgique adapté. L'utilisation des « pansements conventionnels » (compresse humides, pansement gras) est déconseillée car douloureuse et traumatique lors de l'ablation (1). En 2007, l'HAS a effectué une évaluation des pansements primaires et secondaires pour préciser l'indication de chacun (mise à jour en 2011). Elle rappelle que les données à l'origine de ces recommandations sont d'un faible niveau de preuve, elles ne sont donc qu'une aide à la prescription (27). Il en est de même pour les recommandations de PERSE datant de 2012 concernant les traitements locaux. Ces dernières conseillent indifféremment l'utilisation des alginates, des hydrogels et des hydrocolloïdes dans la détersion de l'escarre (grade C). La Thérapie par Pression Négative (TPN) est une méthode controversée, elle peut être une aide pour compléter la détersion des plaies faiblement fibrineuses. D'après l'HAS, son utilisation doit être de seconde intention, contrôlée, brève, réservée aux escarres de stade 3 ou 4 en préparation d'un geste chirurgical de recouvrement (28). Les nouveaux pansements tels que la larvothérapie ou les systèmes irrigo-absorbants semblent avoir leur intérêt dans la détersion de l'escarre (grade C) (29).

Au stade de bourgeonnement et de réépidermisation, les pansements hydrocolloïdes sont recommandés pour favoriser la cicatrisation (grade B) (22), ils ont massivement fait leur preuve face aux gazes imbibées. Les autres pansements « modernes » tels que les hydrocellulaires ont aussi leur intérêt mais les données actuelles ne permettent de préférer un pansement « moderne » à un autre. (30)

Phase de cicatrisation	Type de plaie	Pansements recommandés
Toutes phases (traitement non séquentiel)	Chronique	Hydrocolloïdes
	Aiguë	Hydrocellulaires ³ Fibres de CMC (hydrofibres) ³
Détersion (traitement séquentiel)	Chronique	Alginates ³ - Hydrogels
	Aiguë	— ⁴
Bourgeonnement (traitement séquentiel)	Chronique	Interfaces ⁵ - Hydrocellulaires ³ - Vaselinés ⁶
	Aiguë	Vaselinés ⁶
Épidermisation (traitement séquentiel)	Chronique	Interfaces ⁵ - Hydrocolloïdes
	Aiguë	Interfaces ⁵

Tableau 5 : Indication des différents pansements évalués par l'HAS, 2011. (27)

d) Traitement chirurgical de l'escarre

La prise en charge chirurgicale concerne surtout les escarres accidentelles suivies des escarres neurologiques. Elle suppose une évaluation de l'escarre, de l'état du patient et de son environnement. Le traitement chirurgical est indiqué dans les nécroses tissulaires étendues, quand l'os est à nu avec très fréquemment une ostéite associée ou lorsque les organes nobles sont exposés avec un risque de conséquences fonctionnelles. L'objectif de la chirurgie est l'excision des tissus nécrosés et la couverture de la plaie, ce qui accélère la cicatrisation et diminue le risque infectieux. (1)

e) Traitement de l'escarre infectée

Le diagnostic d'une escarre infectée est clinique (avis d'experts) (22). Il doit être évoqué devant l'arrêt du processus de cicatrisation, la présence de signes inflammatoires locaux, un exsudat abondant et purulent, l'odeur, l'altération de l'état local ou la majoration de la douleur (31). Les prélèvements au niveau de la plaie n'ont pas d'intérêt à visée diagnostique du fait de la colonisation polymicrobienne de l'escarre. Les hémocultures ou les prélèvements périphériques autres doivent être discutés en cas de suspicion de bactériémie. Les antibactériens locaux à l'exclusion des antibiotiques (risque de pression de sélection) peuvent être envisagés (grade C) en préférant les formes crème, pansement ou gel (toxicité moindre). L'antibiothérapie par voie générale est indiquée uniquement en présence de signes généraux d'infection. La prise en charge locale de l'escarre infectée consiste en un nettoyage et un débridement mécanique quotidien. Les pansements à l'argent, les dérivés iodés auraient un intérêt (grade C) mais leur utilisation doit être limitée (2 à 4 semaines) et réévaluée quotidiennement. (22)

f) Mesures associées

Le traitement d'une escarre suppose la correction des facteurs favorisants. L'appui doit donc être proscrit tant que l'escarre n'est pas cicatrisée (avis d'experts) (22). Pour cela, il est recommandé d'utiliser des supports ou accessoires qui diminuent le temps d'obtention de la guérison de l'escarre et de changer régulièrement le patient de position (1). Les mesures de prévention doivent être intensifiées pour éviter la survenue de nouvelles lésions (22). La prise en charge nutritionnelle de l'escarre suppose d'assurer des apports protéiques, vitaminiques et caloriques satisfaisants (1), adaptés aux besoins du patient.

La douleur altère la qualité de vie du patient porteur d'escarre et son retentissement psychologique peut modifier l'adhésion aux soins. L'évaluation régulière de la douleur est donc essentielle : elle doit préciser son intensité par auto-évaluation (EVA, ENS) ou hétéro-évaluation (Doloplus, ECPA) ; son caractère spontané, associé aux soins, continue ou à la mobilisation. En 1995, D. Krasner différencie la douleur aiguë non cyclique liée à la détersion mécanique, la douleur aiguë cyclique due au positionnement et aux réfections de pansements et la douleur chronique persistante en dehors de tout soin ou manipulation (32). Cette évaluation va permettre d'adapter la classe thérapeutique d'antalgiques à utiliser selon la stratégie des trois paliers de l'OMS et sa posologie (traitement continu, à la demande et/ou

avant les soins) jusqu'à l'obtention d'une analgésie efficace. L'utilisation de supports et de mesures non médicamenteuses (kinésithérapie, lavage de la plaie, pansement adapté pour espacer les soins, choix du moment des soins, psychothérapie de soutien...) permettent de diminuer les phénomènes douloureux chroniques. L'usage d'anesthésiques locaux ou de MEOPA limitent les douleurs liées aux soins. (1)

g) Escarres en soins palliatifs

Un patient porteur d'escarre dans un contexte de soin palliatif suppose une adaptation des soins d'escarre en fonction de l'état général (physique et psychologique) du patient. Il est nécessaire d'évaluer le pronostic vital du patient et le pronostic de l'escarre. Les objectifs du traitement de l'escarre sont : prévenir la survenue de nouvelles escarres, limiter l'évolution de la plaie et sa complication, traiter localement l'escarre en priorisant le confort physique et psychique du patient, prendre en charge la douleur. (1)

8. Supports de traitement et de prévention des escarres

Il existe de nombreux supports différents disponibles sur le marché : matelas, surmatelas, coussins de siège, coussins et accessoires de positionnement. Ils ont tous pour objectif de soulager la pression exercée sur la peau et ont prouvé leur efficacité par rapport à un matelas standard composé de mousse sans propriété spécifique. Les qualités requises d'un support d'aide à la prévention et au traitement des escarres sont la diminution des pressions au niveau des points d'appui, des effets de cisaillement et de friction et le contrôle de l'humidité (1). On peut différencier deux principes de fonctionnement, statique ou dynamique.

a) Supports statiques

Les supports statiques se déforment au contact du patient qui s'enfonce dans celui-ci. Cela entraîne une augmentation passive de la surface d'appui entre le patient et le support. On obtient ainsi une meilleure répartition des pressions et donc une diminution de la pression exercée localement sur les zones à risque.

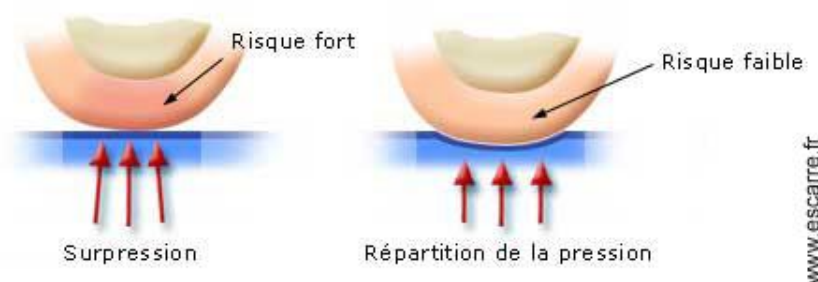


Figure 5 : Principe de fonctionnement d'un support statique. (33)

Ils incluent :

- Les gels : ces supports sont constitués d'une couche de gel plus ou moins fluide : viscoélastique (reprise de la forme initiale après compression) ou viscofluide (généralement hydrogel) qui se laisse ainsi plus ou moins pénétrer par le corps en portance. Il concerne essentiellement les coussins et matériel de positionnement.



Figure 6 : Support en gel. (34)

- Les mousses à haute résilience en gaufrier (HR) : la mousse de haute résilience (HR) est une mousse de polyuréthane préventive du fait de ses caractéristiques physiques et mécaniques. Après compression, une mousse HR revient très rapidement à son épaisseur initiale.



Figure 7 : Matelas gaufrier. (35)

- Les mousses à mémoire de forme (MMF) : la mousse viscoélastique est une mousse thermoréactive qui se déforme par l'action du poids et de la température corporelle du patient. Le temps de retour de la mousse à sa position initiale est plus long par rapport à une mousse HR, c'est une mousse «mémoire de forme» ou de lente résilience (LR).



Figure 8 : Supports en mousse à mémoire de forme. (36)

- Les supports d'air statique : ils sont composés d'une ou plusieurs chambres remplies d'air. Ces chambres peuvent avoir la forme de boudins accolés ou de cellules télescopiques. L'air circule passivement entre les chambres. L'efficacité de ces supports dépend du bon réglage lors du gonflement.



Figure 9 : Coussin à air à cellules télescopiques. (37)

- Les fibres siliconées : elles se présentent comme une couette compartimentée, garnie de fibres creuses
- Les supports à eau : le malade est maintenu en flottaison.

- Les supports en structure « nid d'abeille » : ceux sont des matériaux récents en élastomère composés de milliers de cellules.



Figure 10 : Coussin en structure nid d'abeille. (38)

Ces supports peuvent être mixtes (mousse avec inserts d'air statique) ou multistrates (mousses de densités différentes).

b) Supports dynamiques

Les supports dynamiques font varier en continu la pression exercée en chaque point de l'interface patient/support. Ils concernent les matelas et les surmatelas.

On différencie :

- Les supports à pression alternée : ils sont composés d'au moins deux chambres divisées cellules positionnées transversalement. Un compresseur à air électrique gonfle et dégonfle alternativement les cellules permettant ainsi de modifier régulièrement les zones de charge.



Figure 11 : Supports à air à pression alternée. (39)

- Les supports à air continu ou pression constante : ils sont composés d'un compartiment unique divisé en boudins transversaux relié à un compresseur électrique. Des capteurs de pression permettent un travail de gonflement/dégonflement en fonction des mouvements du patient pour éviter les zones de surpression et favoriser une action en basse pression continue.

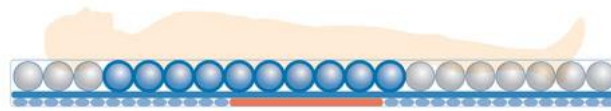


Figure 12 : Support à pression constante. (40)

- Les supports à perte d'air : ces supports permettent un flux d'air sur la surface où repose le patient grâce à l'insufflation d'air par le compresseur et une perte d'air à travers les coutures du support.

Les supports dynamiques peuvent eux aussi être mixtes et combiner plusieurs modes de fonctionnement.

c) *Classifications*

Dans la conférence de consensus de 2001, l'ANAES classe les différents supports en concepts. Ainsi elle définit 3 concepts : le concept 1 correspond aux supports statiques qui se conforment au patient, le concept 2 aux supports dynamiques avec travail discontinu et le concept 3 aux supports dynamiques continus. (1)

En 2009, la Commission Nationale d'Évaluation des Dispositifs Médicaux et des Techniques de Santé (CNEDiMTS) a proposé une nouvelle nomenclature de classification des dispositifs médicaux d'aide à la prévention et au traitement des escarres. Les catégories sont établies en fonction du risque de survenue d'escarre : la catégorie 0 correspondant aux supports pour les patients sans risque de survenue d'escarre et la catégorie 3 aux dispositifs pour les patients à risque élevé ou très élevé d'escarre.

Enfin, il existe un système de classification basé sur la prise en charge de chaque produit en termes de remboursement. C'est la classification selon la LPPR : plus la classe augmente et plus la durée de prise en charge du matériel est longue. Elle se divise en classe IA, IB, II et III. Les classes IA et IB concernent les patients avec un risque d'escarre inférieur ou égal à 14 selon l'échelle de Norton (ou de risque équivalent selon une autre échelle) et les patients atteints de lésions médullaires. Les supports de classe IA sont pris en charge à hauteur d'un par an et d'un tous les 2 ans pour les supports de classe IB. Les classes II et III s'adressent aux patients ayant un antécédent d'escarre et un risque d'escarre inférieur ou égal à 14 selon l'échelle de Norton. Leur prise en charge est limitée à un tous les 3 ans pour les supports de classe II et un tous les 5 ans pour ceux de classe III.

d) *Choix du support*

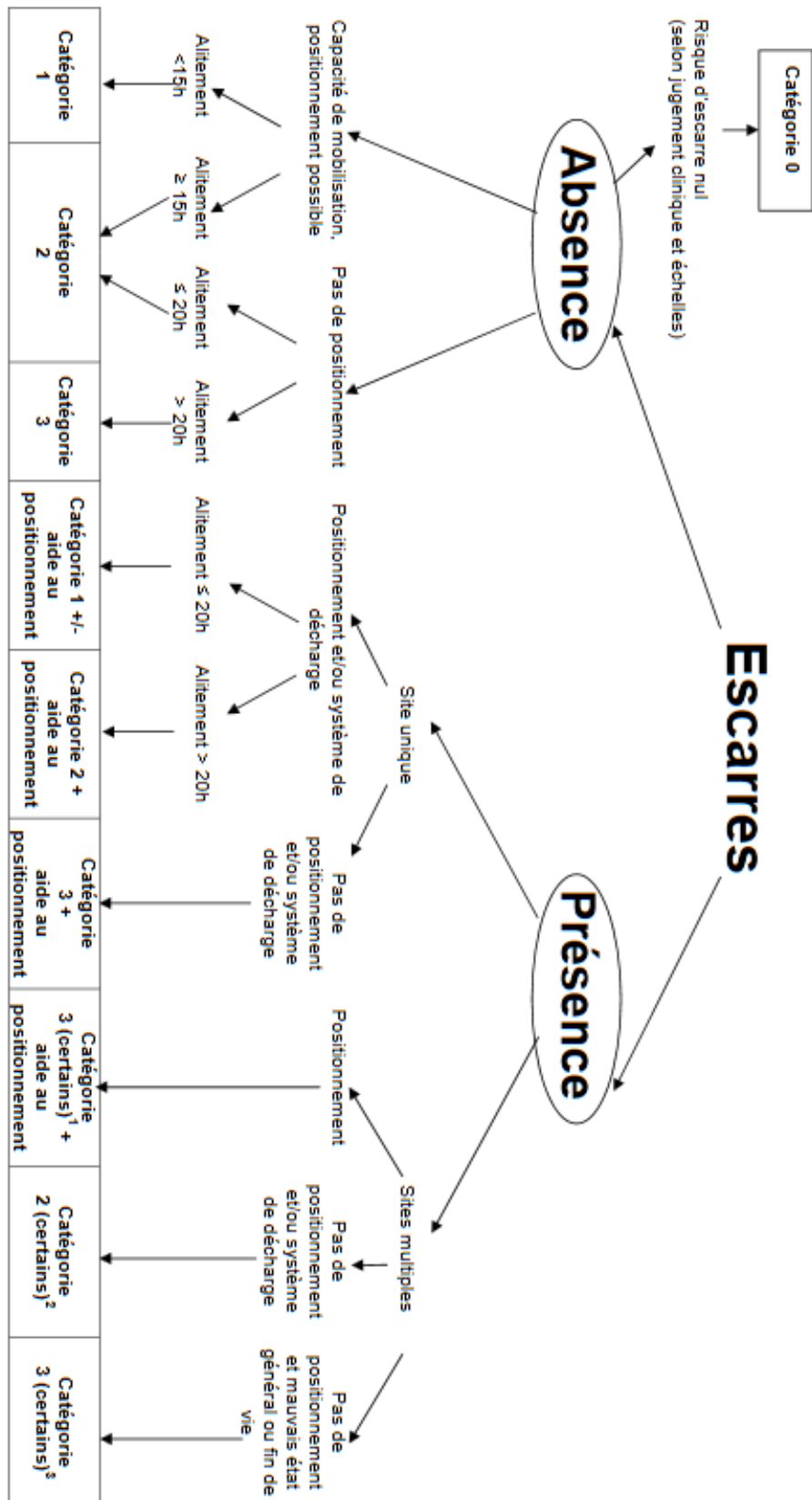
D'après l'ANAES, le choix du support relève de l'équipe soignante. Il doit prendre en compte le risque d'escarre du patient ainsi que les moyens humains et matériels disponibles. L'EPUAP et NPUAP rappellent que la sélection d'un support ne doit pas se baser uniquement sur le niveau de risque d'escarre ou sur la catégorie de l'escarre existante (2). Il est nécessaire d'évaluer le niveau de risque du patient, le nombre d'heures passées au lit/au fauteuil, le degré de mobilité du patient et la fréquence des changements de position au lit. Les facteurs de risque liés aux caractéristiques du patient (pathologies, morphologie...) et les facteurs socio-économiques (environnement du patient, capacités financières...) doivent eux aussi être étudiés.

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

Tableau 6 : Critères de choix d'un support de lit selon l'ANAES, 2001 (1)

Le travail effectué par la CNEDiMTS en 2009 a permis de préciser les indications des supports et d'élaborer des arbres décisionnels d'aide au choix de la catégorie d'un support pour un patient donné. (41)

Arbre décisionnel : Aide au choix d'une catégorie de matelas ou surmatelas, en prévention ou en traitement des escarres, en fonction du cas clinique du patient



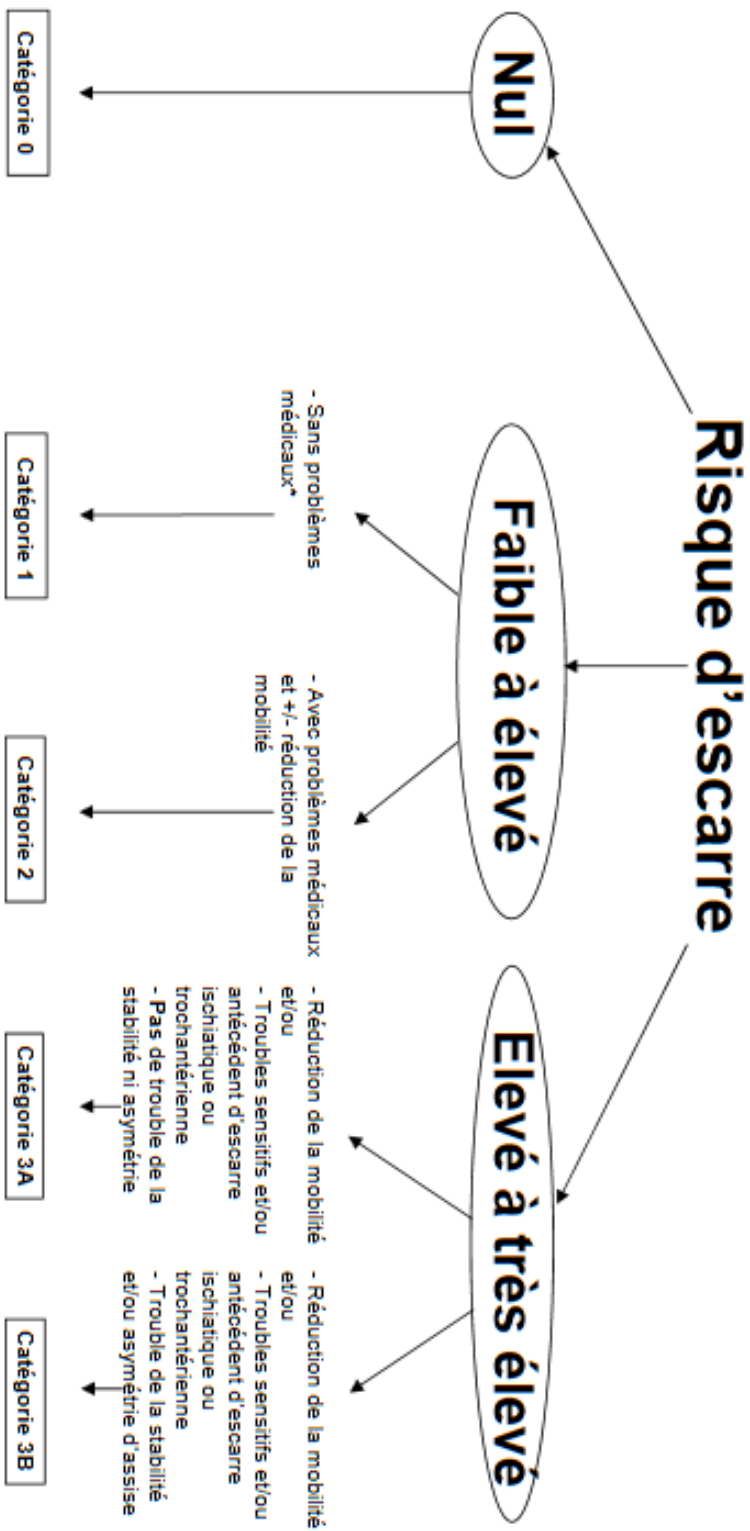
¹ Surmatelas à air réglable statique, à cellules télescopiques individuellement déformables

² Surmatelas à air motorisé automatique, à pression constante ou dynamique ou mixte ou à perte d'air, de plus de 10 cm d'épaisseur d'air

³ Matelas à air motorisé automatique, à pression constante ou dynamique ou mixte ou à perte d'air, de plus de 15 cm d'épaisseur d'air

Tableau 7 : Arbre décisionnel d'aide au choix d'une catégorie de support de lit d'aide à la prévention et au traitement de l'escarre. (41)

Arbre décisionnel : Aide au choix d'une catégorie de coussin, en prévention des escarres, en fonction du cas clinique du patient.



* Sans problèmes médicaux : dénutrition et/ou baisse de pression artérielle et/ou incontinence urinaire, pathologie neurologique avec troubles sensitifs

Tableau 8 : Arbre décisionnel d'aide au choix d'une catégorie de coussin d'aide à la prévention et au traitement de l'escarre. (41)

L'actualisation des recommandations de l'ANAES par l'association PERSE en 2012 confirme l'intérêt d'utiliser des supports pour aider au traitement des escarres et à la prévention des patients à risque (grade A). Concernant l'efficacité des supports d'aide à la prévention des escarres : les matelas en mousse structurée ont une efficacité supérieure aux matelas hôteliers. On constate une diminution de l'incidence des escarres talonnières avec l'utilisation d'un matelas à air alterné par rapport à un support viscoélastique. Il en est de même avec les matelas à perte d'air par rapport aux matelas à air pulsé mixtes. Concernant la prise en charge curative d'une escarre, le lit fluidisé accélère la cicatrisation (grade A) mais le choix du support est fait par l'évaluation clinique (à dire d'experts). Ces recommandations rappellent qu'il n'existe pas d'algorithme décisionnel validé pour choisir un support et que l'utilisation des supports doit s'inscrire dans une stratégie globale préventive et curative (à dire d'experts).

I. Introduction

L'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique liée à la compression des tissus mous entre un plan dur et une saillie osseuse. C'est une pathologie fréquente avec une morbidité importante qui altère la qualité de vie des patients et augmente la durée et le coût des hospitalisations. Selon l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) le coût du traitement des escarres est trois fois plus cher que le coût de la prévention. Le surcoût lié aux escarres est estimé à 4500 euros par patient (42). Or grâce à la mise en place de stratégies préventives, l'escarre est une pathologie généralement évitable. Alors que le déficit de la sécurité sociale s'élevait en 2015 à 9 milliards d'euros et que la maîtrise des dépenses de santé tout en améliorant la qualité des soins est au cœur de la politique gouvernementale, l'escarre est un problème de santé publique.

Les patients à mobilité réduite et les patients âgés sont particulièrement touchés par le développement des escarres. L'incidence des escarres augmente avec l'âge et les polyopathologies associées (diabète, démence, dénutrition, cancers...). La population âgée étant en augmentation constante, la demande de soins gériatriques sera considérable dans les années à venir et la prévention de l'escarre chez la personne âgée représente donc un enjeu médical, social et économique.

Les enquêtes de prévalence des escarres permettent de réaliser un état des lieux d'une pathologie un jour donné. En ce qui concerne l'escarre, la surveillance de sa prévalence par les établissements de santé est un bon indicateur de la qualité des soins et permet l'évaluation des protocoles de prévention mis ou à mettre en œuvre. C'est pour cette raison que depuis une dizaine d'année, le groupe escarre de l'Hôpital Intercommunal Sèvre et Loire, établissement à orientation gériatrique, réalise régulièrement des enquêtes de prévalence. En 2004 la première étude avait pour objectif d'établir un état des lieux de la situation et d'apprécier les besoins en termes de supports d'aide à la prévention et au traitement des escarres. L'enquête de 2006 consistait à évaluer l'impact de l'investissement accompli depuis 2004. Ces deux études avaient concerné le service de SSR/Médecine et d'USLD du Loroux-Bottereau. Une enquête de prévalence évaluant le secteur SSR/Médecine de l'ensemble de l'établissement (le Loroux-Bottereau et Vertou) avait été réalisée en 2011.

Dans le cadre de ma thèse de DES de Médecine Générale, nous avons réalisé en 2015 une nouvelle enquête épidémiologique transversale ayant pour objectif principal de décrire la prévalence des escarres et d'évaluer le risque d'escarre dans l'établissement. L'objectif secondaire était d'effectuer une comparaison avec les résultats antérieurs. Le secteur EHPAD de l'établissement n'avait jamais été concerné par les enquêtes précédentes. Les résidents vivants en EHPAD sont de plus en plus âgés et souffrent de multiples pathologies favorisant la dépendance et donc le risque d'escarre. Nous avons donc analysé, en plus des services de soins de l'hôpital, la prévalence des escarres de l'EHPAD du site de Vertou.

II. Matériel et méthode

1. Présentation de l'étude

L'étude s'est déroulée dans l'Hôpital intercommunal Sèvre et Loire de Loire-Atlantique, qui est composé de deux sites géographiques : Vertou et le Loroux-Bottereau. Le site de Vertou comprend une unité de Médecine (12 lits) à orientation principalement gériatrique, complétée d'une activité d'addictologie ; deux unités de Soins de Suite et de Réadaptation (38 lits) ; 1 unité de Soins Longue Durée (27 lits) ; 2 unités d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (155 lits, dont 2 lits d'hébergement temporaire). L'établissement dispose de 10 lits identifiés soins palliatifs répartis sur les secteurs SSR/Médecine (2 lits en Médecine, 8 lits en SSR). Le site du Loroux-Bottereau est constitué de 2 unités de SSR (59 lits) ; 1 USLD (28 lits) et 2 unités d'EHPAD (101 lits dont 1 hébergement temporaire).

Il s'agissait d'une enquête épidémiologique, descriptive, transversale, instantanée. Elle portait sur tous les patients hospitalisés le jour de l'enquête dans les services de SSR/Médecine et d'USLD des sites de Vertou et du Loroux-Bottereau ainsi que sur un échantillon de 40 résidents de l'EHPAD du site de Vertou. Cet échantillonnage a consisté en un recrutement aléatoire par tirage au sort informatique de 40 numéros entre 1 et 145 à partir d'une liste numérique élaborée selon l'ordre alphabétique des noms des 145 résidents de l'EHPAD de Vertou le jour de l'étude. Le logiciel de tirage au sort utilisé est disponible sur internet à l'adresse suivante : <http://randomnumbergenerator.intemodino.com/fr/>. La taille de l'échantillon a été décidée arbitrairement de sorte que le recueil des informations demandées puisse se faire sur une seule journée avec la limite de la disponibilité de l'équipe soignante. Pour des raisons organisationnelles des équipes médicales, l'étude a eu lieu sur 2 jours : le 31/03/2015 pour le secteur de SSR/Médecine et l'USLD du site de Vertou et le 07/04/2015 pour l'USLD du site du Loroux-Bottereau et l'échantillon de résidents de l'EHPAD.

2. Recueil et analyse des données

Le recueil des données s'effectuait à partir d'un questionnaire papier (annexe 5). Celui-ci était complété par le médecin du service pour les secteurs SSR/Médecine et USLD et par les infirmières et les aides-soignantes pour l'EHPAD. Pour chaque patient, le score de Braden, les supports utilisés (matelas et coussins) ainsi que la présence ou non d'escarres étaient renseignés. Pour les patients porteurs d'escarres, étaient précisés : la présence ou non de l'escarre à l'entrée dans le service ; la localisation et le stade de l'escarre d'après la classification NPUAP ; le diagnostic d'artériopathie ou de pathologie neurologique associées ; un contexte de soin palliatif. L'enquêteur devait indiquer la réalisation ou non de retournements ; de décharges talonnières ; de pesées régulières (1/semaine) ; de calcul de l'IMC ; d'un dosage de l'albumine sérique ; d'intervention de l'ergothérapeute ou de la diététicienne. Enfin la présence ou non de douleur lors des soins locaux des escarres et la

classe thérapeutique de l'antalgique prescrit était mentionné. Pour les patients porteurs de plusieurs escarres, l'escarre la plus grave d'après la classification NPUAP était retenue. L'échelle de Braden et la classification NPUAP ont été choisies car leur utilisation est recommandée par l'ANAES dans la conférence de consensus en 2001 (1). Toutes deux étaient rappelées au verso du questionnaire (annexe 5).

Le choix des supports de lit et des accessoires par l'équipe médicale et paramédicale de l'Hôpital Intercommunal Sèvre et Loire se fait grâce à un arbre décisionnel élaboré par le groupe « Escarre » de l'établissement (annexe 6). En 2015, le site de Vertou disposait, pour le secteur SSR/Médecine, de 6 matelas hôteliers, 19 matelas gaufriers, 22 matelas à mémoire de forme et 6 matelas à air dynamique. L'USLD et l'EHPAD dénombraient 21 matelas hôteliers, 50 matelas gaufriers, 66 matelas à mémoire de forme et 28 matelas à air dynamique. Concernant le site du Loroux-Bottereau, seuls les matelas à air dynamique sont répertoriés. On en dénombre 10 sur le secteur de SSR et 9 en USLD.

Certains questionnaires étaient incomplets et ont nécessité de recontacter le service concerné pour préciser les informations manquantes. La saisie informatique ainsi que l'analyse des informations obtenues ont été faites dans un second temps grâce au logiciel EXCEL 2013 sur WINDOWS 8.

Les résultats de cette étude sont présentés ci-après. Dans un premier temps nous avons effectué une analyse statistique descriptive des données recueillies. Puis, concernant les patients de SSR/Médecine, nous avons réalisé un test de comparaison de la prévalence des escarres entre l'enquête de 2015 et les enquêtes précédentes de 2004, 2006 et 2011. Pour cela, un test exact de Fisher unilatéral a été utilisé avec l'hypothèse nulle que la prévalence en 2015 est identique à la prévalence antérieure contre l'hypothèse que la prévalence antérieure est supérieure à 2015, avec p significatif $< 0,05$. La prévalence peut varier selon le niveau de risque de la population étudiée. Ainsi, pour permettre une comparaison des résultats, les taux de prévalence recueillis sont rapportés à la sous-population à risque d'escarre.

III. Résultats

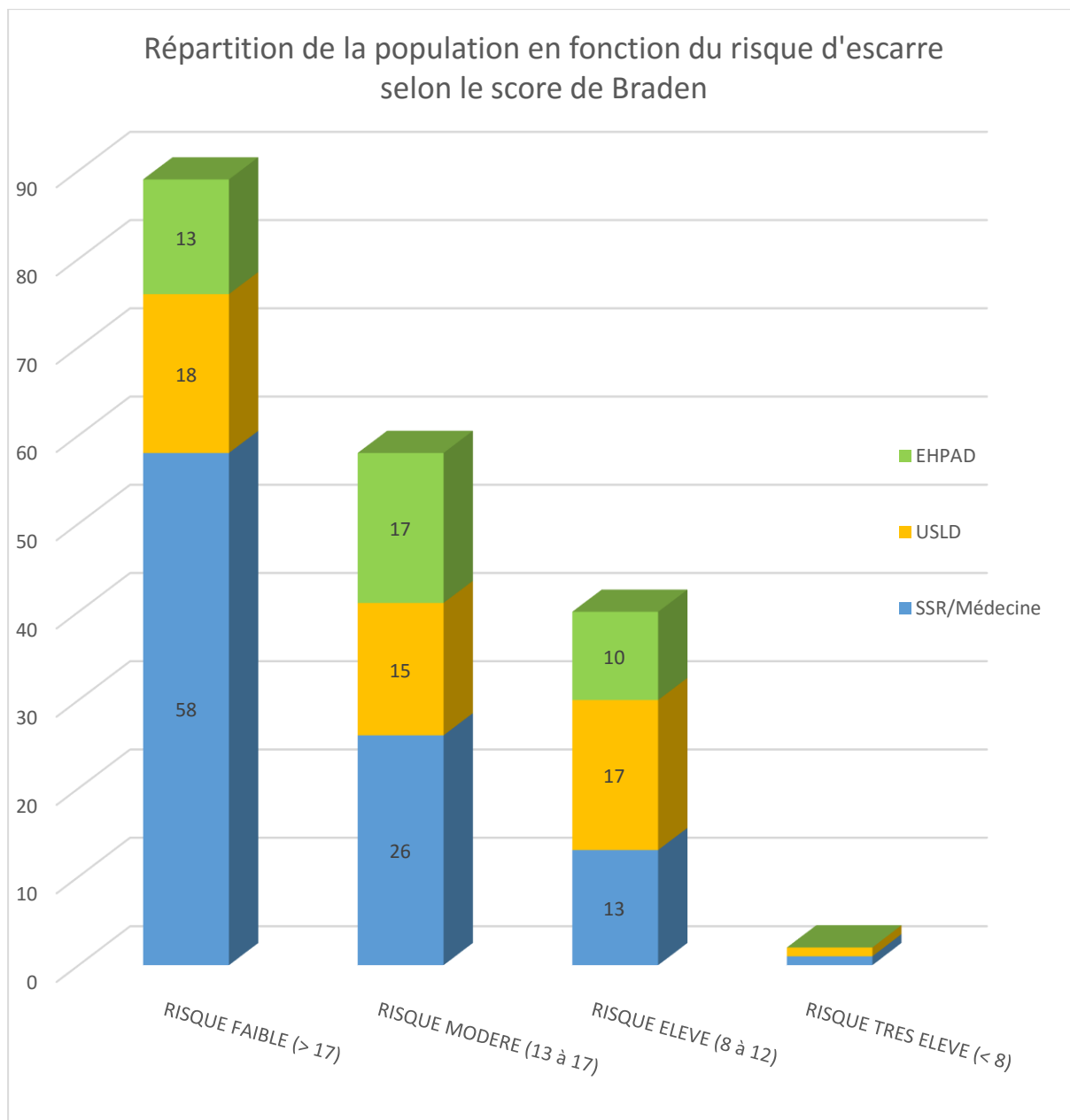
1. Description des résultats

a) Caractéristiques de la population étudiée

L'étude concernait 189 patients dont 98 hospitalisés en SSR/médecine, 51 en USLD et un échantillonnage de 40 résidents de l'EHPAD. L'âge moyen global était de 79,5 ans avec une médiane de 82 ans (31 à 103 ans). L'âge moyen était nettement supérieur sur l'EHPAD (86,5 ans) et inférieur en USLD (75,9 ans). La moyenne des scores sur l'échelle de Braden était de 16,8 avec un score moindre sur l'USLD (15,3) et l'EHPAD (16,2) et plus élevé dans le secteur de SSR/Médecine (17,8). Sur les 189 patients de l'étude, 100 patients (52,9%) étaient considérés à risque d'escarre (score de Braden inférieur à 18) dont 58 patients à risque modéré (score de Braden entre 13 et 17), 40 patients à risque élevé (score de Braden entre 8 et 12) et 2 patients à risque très élevé (score de Braden inférieur à 8). On constate que la proportion de patients à risque d'escarre était plus importante dans les secteurs USLD et EHPAD avec 40 patients à risque d'escarre en SSR/Médecine soit 41% des patients du service, 33 en USLD soit 61% des patients de l'unité et 27 à l'EHPAD soit 68% de l'échantillon de l'EHPAD (graphique 1). A noter qu'en 2015, le GIR Moyen Pondéré de l'EHPAD était de 695,29 et le Pathos Moyen Pondéré de 138. Le Sex-ratio était très nettement en faveur des femmes avec 65% de femmes (tableau 9).

	SSR/Médecine	USLD	EHPAD	TOTAL
Nombre de patients présents	98	51	40	189
Moyenne d'âge	78,6 ans	75,9 ans	86,5 ans IC95% [84,2-88,8]	79,5
Sex ratio	1,7 en faveur des femmes	1,6 en faveur des femmes	3,4 en faveur des femmes	1,9 en faveur des femmes
Braden moyen	17,8	15,3	16,2 IC95% [15,1-17,3]	16,8
Nombre de porteurs d'escarres (au moins 1)	11	4	1	16
Nombre de porteurs d'escarres acquises dans l'établissement	3	1	1	5

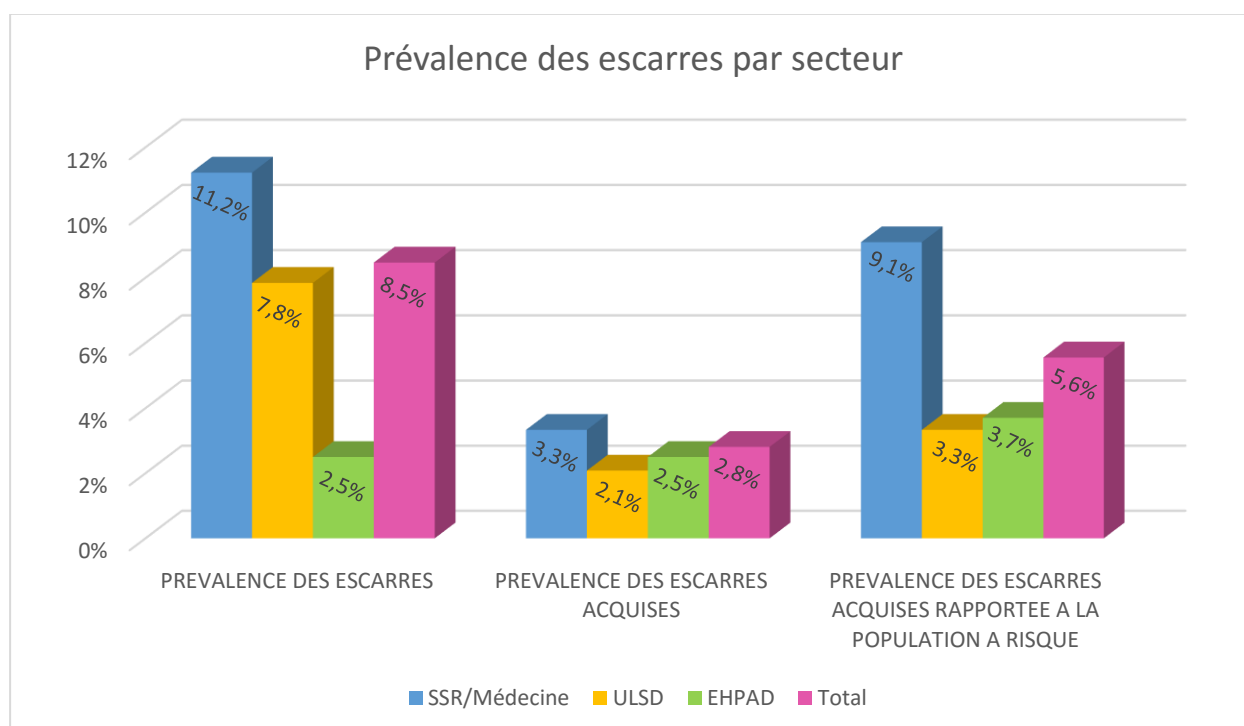
Tableau 9 : Caractéristiques générales de la population et nombre de porteurs d'escarre.



Graphique 1 : Répartition des patients en fonction du risque de survenue d'une escarre selon le score de Braden.

b) Prévalence de l'escarre

Sur les 189 patients concernés par l'enquête, 16 patients étaient porteurs d'au moins une escarre soit une prévalence globale de 8,5%. Sur ces 16 patients, 11 d'entre eux étaient porteurs d'escarre à l'admission soit 2,8% de patients porteurs d'escarre acquise dans l'établissement. Le jour de l'étude, 100 patients étaient considérés à risque d'escarre (score de Braden inférieur à 18). Parmi eux, 15 patients étaient porteurs d'au moins une escarre dont 5 porteurs d'escarre acquise. Un seul patient sans risque d'escarre (score de Braden supérieur à 17) était porteur d'une escarre importée. La prévalence des escarres acquises rapportée à la sous-population à risque était donc de 5,6% (graphique 2). Si l'on s'intéresse à présent aux résultats par service, la prévalence des escarres acquises rapportée à la sous-population à risque était de 9,1% en SSR/Médecine, 3,3% en USLD et 3,7% sur le secteur EHPAD.



Graphique 2 : Prévalence des escarres par secteur.

Les 16 patients porteurs d'escarre comptabilisaient un total de 21 escarres. 75% d'entre eux présentaient une escarre unique et 4 patients avaient des escarres multiples. Parmi eux, 3 présentaient une double localisation et 1 patient comptait 3 escarres. Tous les patients avec escarres multiples présentaient des escarres à l'admission. Chez ces patients, la localisation de l'escarre la plus grave selon la classification NPUAP était retenue.

c) *Caractéristiques des patients porteurs d'escarre (tableau 10 et 11)*

Les porteurs d'escarres étaient moyennement plus âgés que l'ensemble des patients hospitalisés avec un âge avoisinant 84,6 ans et une médiane à 86 ans (61 à 94 ans). Les patients hospitalisés en USLD souffraient de pathologies chroniques lourdes. Ce qui explique que les porteurs d'escarre étaient en moyenne beaucoup plus jeunes (74,3 ans). Le score moyen sur l'échelle de Braden des patients porteurs d'escarre s'élevait à 11,5, soit bien inférieur à celui de la population étudiée. Le Sex-ratio était de 1,7 en faveur des femmes. Parmi les patients porteurs d'escarres, 3 étaient en soins palliatifs (19%), 2 présentaient une artérite connue (13%) et 4 souffraient d'une pathologie neurologique (25%).

	SSR/Médecine (n=11)	USLD (n=4)	EHPAD (n=1)	Total (n=16)
Moyenne d'âge	87,5 ans	74,3 ans	94 ans	84,6 ans [61-94]
Sex-Ratio	1,8 en faveur des femmes	3 en faveur des femmes	1 homme	1,7 en faveur des femmes
Score de Braden moyen	11,0	12,8	12	11,5 [7-20]
Nombre de patients en soins palliatifs	2 (18%)	1 (25%)	0	3 (19%)
Nombre de patients souffrant d'une artérite connue	1 (9%)	1 (25%)	0	2 (13%)
Nombre de patients souffrant d'une pathologie neurologique	1 (9%)	3 (75%)	0	4 (25%)

Tableau 10: Caractéristiques des porteurs d'escarre.

Concernant les patients porteurs d'escarre acquise, l'âge moyen était plus élevé à 88,4 ans mais avec une médiane identique à 86 ans (83 à 94 ans). Cela s'explique par la présence, chez les patients porteurs d'escarres importées, d'un sujet jeune (61 ans). Les porteurs d'escarres acquises présentaient un risque plus élevé d'escarre avec un score de Braden moyennement plus bas à 10,8. Sur les 5 porteurs d'escarre acquise, 2 étaient en soins palliatifs (40%) et 1 présentait une pathologie neurologique (20%).

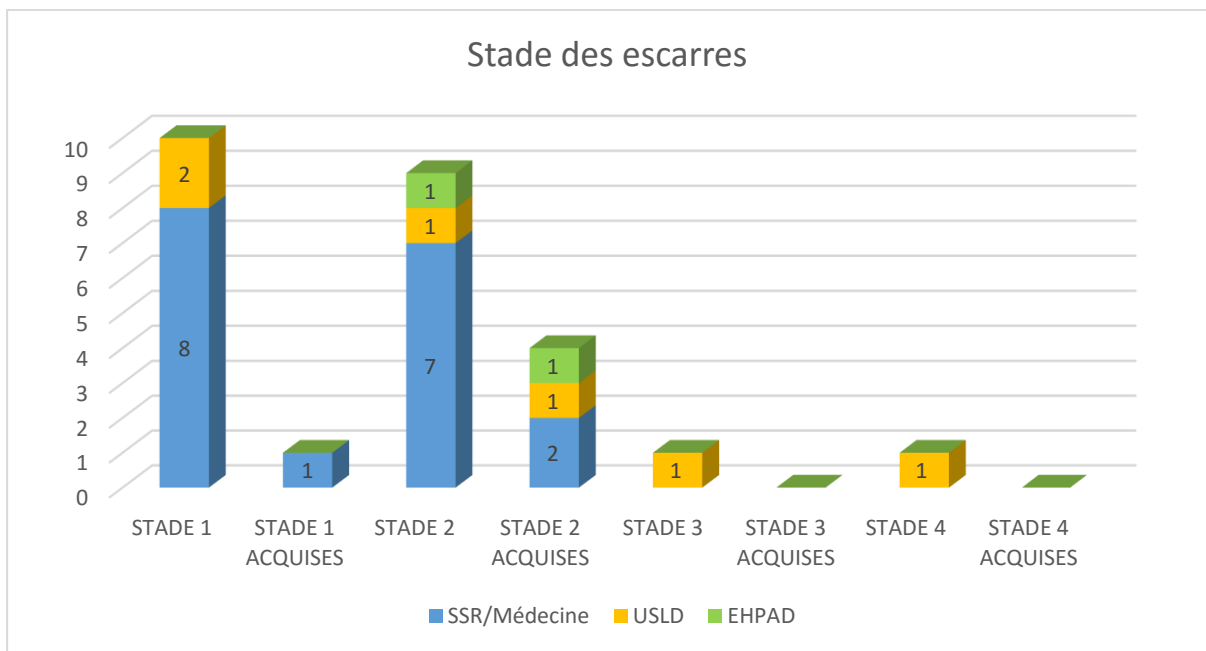
	SSR/Médecine (3)	USLD (1)	EHPAD (1)	Total (5)
Moyenne d'âge	88,3 ans	83 ans	94 ans	88,4 ans [83-94]
Sex-Ratio	3 femmes	1 femme	1 homme	4 en faveur des femmes
Score de Braden moyen	11,7	7	12	10,8 [7-14]
Soins palliatifs	1	1	0	2 (40%)
Artérite connue	0	0	0	0
Pathologie neurologique	0	1	0	1 (20%)

Tableau 11: Caractéristiques des porteurs d'escarres acquises.

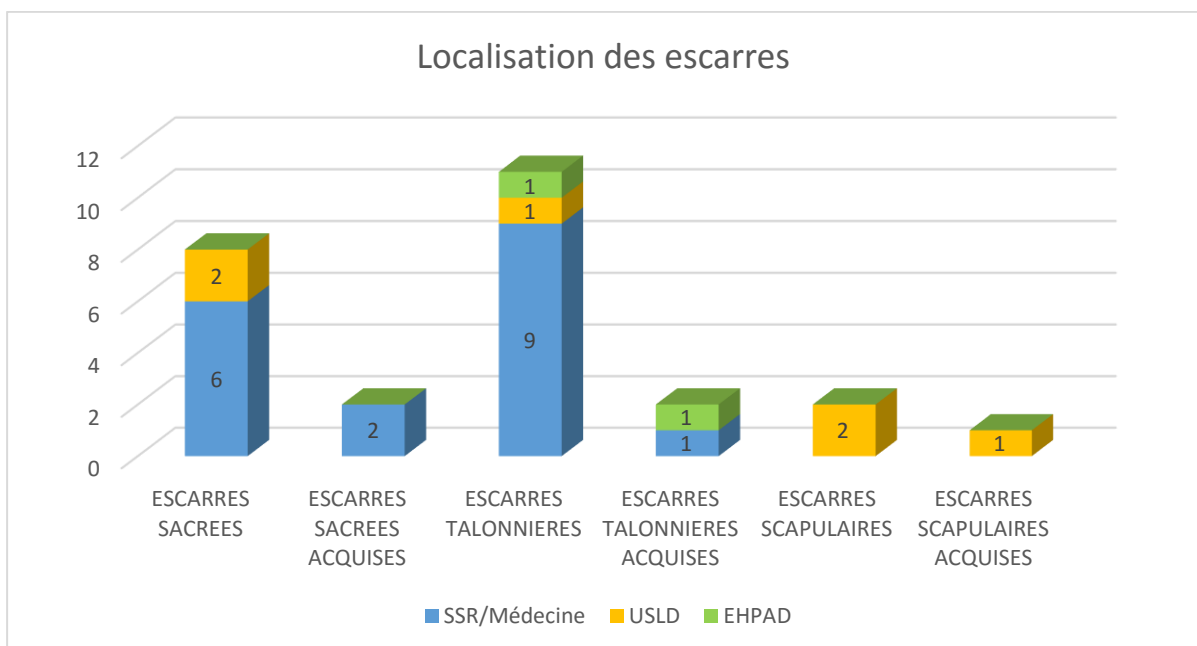
d) Stade et localisation des escarres

Sur la totalité des escarres recensées le jour de l'enquête, les escarres de stades I et II étaient les plus fréquentes avec respectivement des taux de 48% et 43%. Les escarres de stades III et IV qui représentaient chacune 5% des escarres, concernaient 2 patients d'USLD et étaient déjà présentes à l'admission (graphique 3). L'escarre stade III concernait un patient présentant une double localisation.

Les escarres étaient principalement talonnières (52%) et sacrées (38%). Les escarres stades III et IV étaient toutes des escarres sacrées. En USLD, la proportion des différents stades et localisations était sensiblement identique (graphique 4).



Graphique 3 : Stade des escarres.



Graphique 4 : Localisation des escarres.

e) *Mesures de prise en charge des porteurs d'escarre (tableau 12)*

Les patients porteurs d'escarre étaient pour la plupart sur des supports adaptés puisque 81% des supports utilisés étaient en adéquation avec l'arbre décisionnel de l'établissement. Les repositionnements n'étaient effectués que pour un quart des patients et les décharges talonnières concernaient 91% des porteurs d'escarres talonnières. Moins de la moitié des patients avait été prise en charge par l'ergothérapeute de l'établissement pour optimiser l'installation et les supports. L'évaluation nutritionnelle avait été effectuée pour la majorité des patients porteurs d'escarre avec une pesée régulière pour 93% d'entre eux et un calcul de l'IMC pour 75%. L'albuminémie n'avait été dosée que chez la moitié des patients et la diététicienne sollicitée seulement pour 3 patients (19%). Dans cette étude, il semble que seuls quatre patients (50%) présentaient une douleur liée aux soins. Pour chacun d'eux, était prescrit un antalgique à administrer avant les soins (dont 2 patients sous palier I et 2 patients sous palier III).

	SSR/Médecine (n=11)	USLD (n=4)	EHPAD (n=1)	Total (n=16)
Supports adaptés	9 (82%)	3 (75%)	1 (100%)	13 (81%)
Retournements	2 (18%)	2 (50%)	0	4 (25%)
Décharges talons chez les porteurs d'escarres talonnières	8 (100%)	2 (100%)	0	10 (91%)
Avis Ergothérapeute	3 (27%)	3 (75%)	1 (100%)	7 (44%)
Pesée régulière	11 (100%)	3 (75%)	1 (100%)	15 (93%)
IMC	8 (73%)	3 (75%)	1 (100%)	12 (75%)
Albuminémie	6 (55%)	2 (50%)	0	8 (50%)
Avis diététicienne	2 (18%)	1 (25%)	0	3 (19%)
Douleur liée aux soins	4 (36%)	0	0	4 (25%)
Administration d'antalgiques lors des soins	4 (36%)	0	0	4 (25%)

Tableau 12 : Prise en charge des patients porteurs d'escarre.

f) Adéquation des supports (graphique 5)

Parmi les 189 patients de l'étude, 161 patients (85,2%) étaient sur un support de lit en adéquation avec l'arbre décisionnel élaboré par le groupe escarre de l'établissement (annexe 6). Sur les 28 patients ayant un support inadéquat par rapport à l'arbre décisionnel, 9 étaient hospitalisés en SSR/Médecine (9,2% des patients de SSR/Médecine), 11 séjournaient dans l'USLD (21,6% des patients d'USLD) et 8 résidaient à l'EHPAD (20% de l'échantillon). Tous étaient considérés à risque d'escarre et 3 d'entre eux étaient porteurs d'escarre. Sur les 100 patients à risque d'escarre, 72% étaient sur un support concordant au support préconisé par l'arbre décisionnel.

En SSR/Médecine :

- Quatre patients à risque modéré d'escarre étaient installés sur des supports à air dynamique dont 1 patient présentant une dénutrition importante justifiant l'utilisation de ce support et 3 patients relevant cliniquement d'un matelas type gaufrier ou mémoire de forme. Un patient à risque modéré mais porteur d'une escarre talonnière stade I avec décharge des talons était installé sur un support dynamique. Pour ce patient, l'utilisation d'un matelas à mémoire de forme complété d'une décharge talonnière aurait pu être suffisante.
- Deux patients à risque modéré d'escarre, justifiant de supports mémoire de forme ou gaufriers, utilisaient des matelas standards. Un patient porteur d'une escarre sacrée stade II et 1 patient à risque élevé d'escarre nécessitant tous deux des supports dynamiques, étaient installés sur des matelas à mémoire de forme.

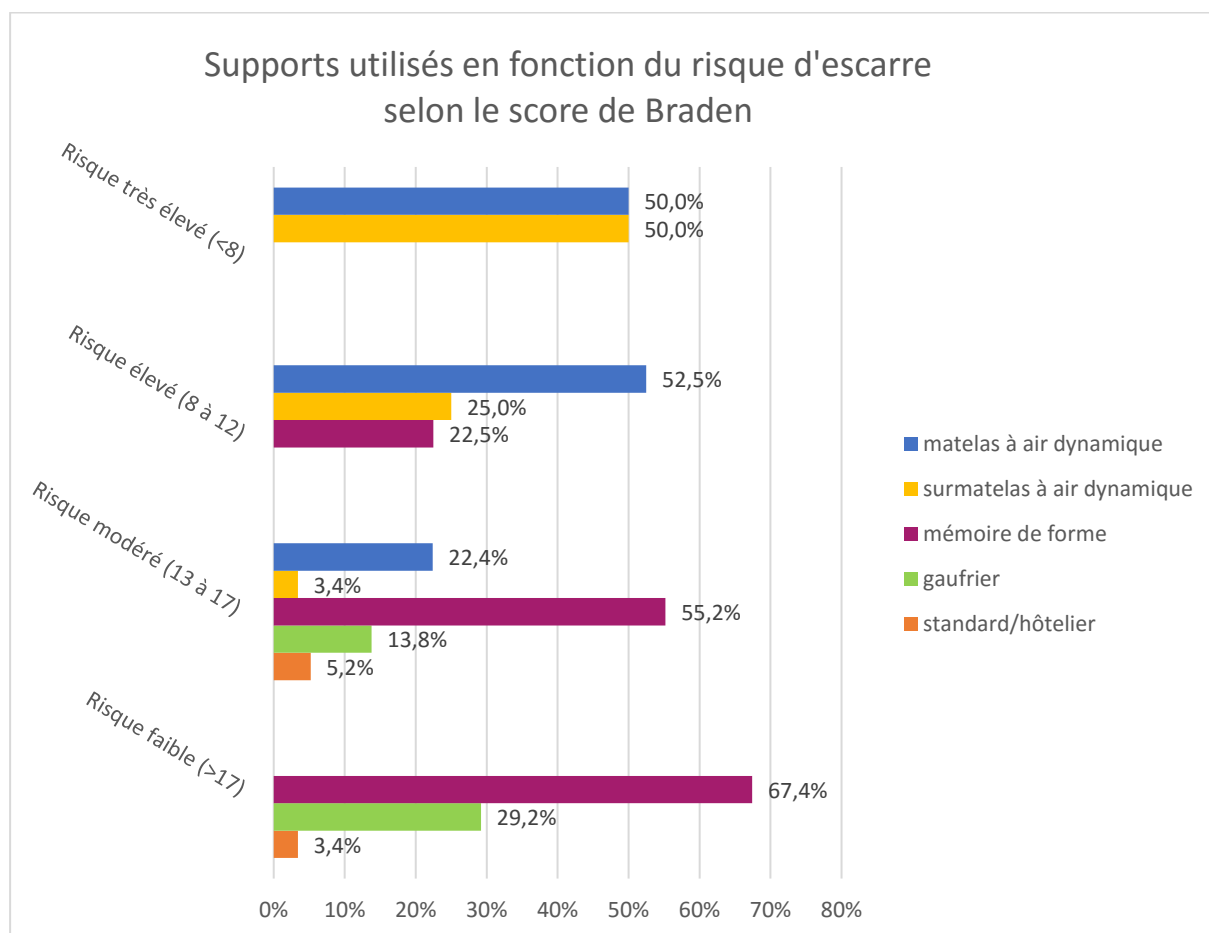
En USLD :

- Cinq patients à risque modéré d'escarre étaient installés sur des matelas à air dynamique. Parmi eux, 1 patient présentait un état cutané fragile et un antécédent d'escarre justifiant ce type de support et 4 patients présentaient une utilisation non justifiée. Sur ces 4 patients, 3 présentaient un état clinique antérieur relevant d'un matelas à air dynamique mais dont le risque d'escarre n'avait pas été réévalué et 1 patient était installé sur ce support pour des raisons non médicales (famille procédurière demandeuse de cette installation).
- Cinq patients à risque élevé d'escarre étaient installés sur des matelas à mémoire de forme : parmi eux 2 patients hospitalisés de longue date n'ayant jamais présenté d'escarre malgré un état grabataire stable et 3 patients sans justification. Un patient porteur d'une escarre sacrée stade IV, nécessitant un support dynamique, était installé sur un matelas à mémoire de forme.

Sur l'échantillon d'EHPAD :

- Quatre patients à risque modéré d'escarre utilisaient des supports à air dynamique au lieu de matelas à mémoire de forme.
- Un patient à risque modéré d'escarre, justifiant d'un matelas gaufrier ou mémoire de forme, était installé sur un matelas standard et 3 patients à risque élevé d'escarre, justifiant l'utilisation de supports dynamiques, étaient sur des matelas à mémoire de forme.

Finalement, 11 patients étaient installés sur des matelas surdimensionnés par rapport à leur risque d'escarre et 12 patients utilisaient des supports insuffisants dont 2 patients porteurs d'escarre (soit 12,5% des porteurs d'escarres).



Graphique 5 : Supports utilisés en fonction du risque d'escarre selon le score de Braden.

2. Analyse des résultats de prévalence obtenus en 2015 par rapport aux enquêtes précédentes

a) *Description des résultats des différentes études*

Seuls les résultats obtenus sur les secteurs SSR/Médecine peuvent être comparés. En effet, concernant l'USLD et l'EHPAD, il n'existe pas de données antérieures avec une méthodologie strictement similaire. Les études de 2004 et 2006 ne concernaient que le site du Loroux-Bottereau alors que les études de 2011 et 2015 concernaient l'ensemble du secteur SSR/Médecine de l'établissement. La comparaison s'est donc faite uniquement sur les résultats du site du Loroux-Bottereau.

En 2004, 55 patients étaient hospitalisés dont 10 patients porteurs d'au moins une escarre (18%). Parmi eux 6 patients étaient porteurs d'escarre acquise dans l'établissement (11,8%). Sur tous les patients présents le jour de l'enquête, 14 patients étaient considérés à risque d'escarre.

En 2006, sur 52 patients présents, 5 étaient porteurs d'escarres (9,6%) dont 3 patients porteurs d'escarre acquise dans l'établissement (6%). Parmi les patients présents, 17 étaient considérés à risque d'escarre.

En 2011, 96 patients étaient hospitalisés sur l'ensemble de l'établissement. Parmi eux, 6 patients étaient porteurs d'escarre (6,3%) dont 3 porteurs d'escarre acquise (3,3%). Sur les 96 patients présents, 31 étaient considérés à risque d'escarre. En ce qui concerne le site du Loroux-Bottereau, 53 patients ont été analysés. Trois patients étaient porteurs d'escarre (5,7%) dont 1 patient porteur d'escarre acquise (2%). Sur les 53 patients présents, 19 patients étaient considérés à risque d'escarre.

En 2015, l'étude concernait 98 patients présents sur les secteurs SSR/Médecine de l'établissement. Onze patients étaient porteurs d'au moins une escarre (11,2%) dont 3 patients porteurs d'escarre acquise (3,3%). Parmi les 98 patients hospitalisés, 40 patients étaient considérés à risque d'escarre dont 7 patients porteurs d'escarre à l'admission. Concernant le site du Loroux-Bottereau, 49 patients étaient présents. Sept patients étaient porteurs d'escarre (14,3%) dont un patient porteur d'escarre acquise (2,3%). Sur 49 patients, 20 étaient considérés à risque d'escarre.

En 2004, 2006 et 2011, tous les patients porteurs d'escarre étaient à risque d'escarre. En 2015, un seul patient porteur d'escarre hospitalisé sur le site de Vertou, n'était pas considéré à risque et présentait l'escarre à l'admission.

	2004 (LB)	2006 (LB)	2011	2015
Prévalence de toutes les escarres	18,0%	9,6%	HISL : 6,3% LB : 5,7%	HISL : 11,2% LB : 14,3%
Prévalence des escarres acquises	11,8%	6,0%	HISL : 3,3% LB : 2%	HISL : 3,3% LB : 2,3%
Prévalence des escarres acquises rapportée à la sous-population à risque	60,0%	20,0%	HISL : 10,7% LB : 5,9%	HISL : 9,1% LB : 7,7%
Prévalence des escarres acquises rapportée à la sous-population à risque (escarres stade I exclues)	60,0%	13,3%	HISL : 7,1%	HISL : 5,3% LB : 0%

Tableau 13 : Résultats obtenus lors des différentes enquêtes de prévalence sur le site du Loroux-Bottereau (LB) et sur l'ensemble de l'Hôpital (HISL) dans le secteur SSR/Médecine.

b) Caractéristique des populations

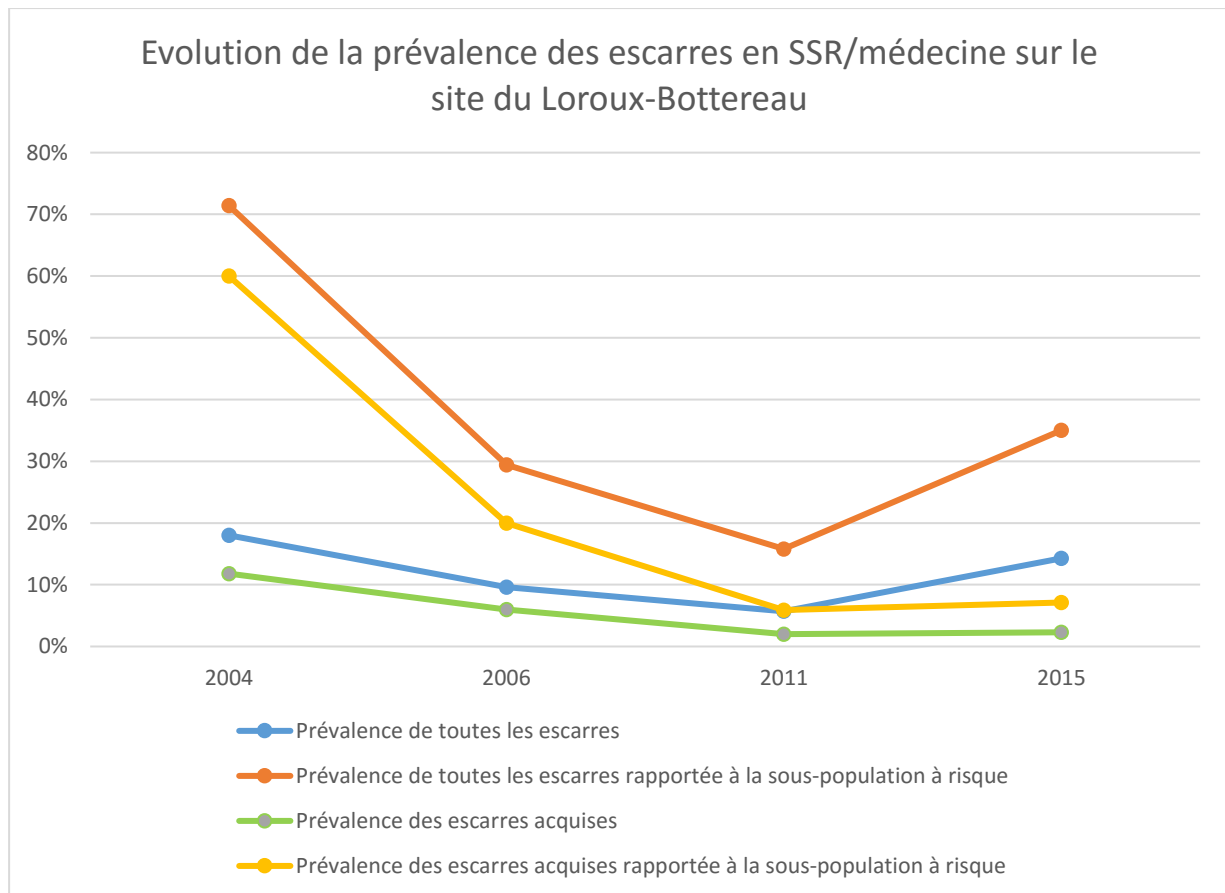
	2004 (LB)	2006 (LB)	2011	2015
Nombre de patients présents	55	52	HISL : 96 LB : 53	HISL : 98 LB : 49
Moyenne d'âge	76,4 ans	76,4 ans	HISL : 78,8 ans LB : 80 ans	HISL : 78,6 ans LB : 79,9 ans
Score de Braden moyen	19,5	19,2	HISL : 19,1 LB : 18,8	HISL : 17,8 LB : 18
Nombre de patients à risque d'escarre	14	17	HISL : 31 LB : 19	HISL : 40 LB : 20
Porteurs d'escarres	10	5	HISL : 6 LB : 3	HISL : 11 LB : 7
Porteurs d'escarres acquises dans l'établissement	6	3	HISL : 3 LB : 1	HISL : 3 LB : 1

Tableau 14 : Caractéristiques des patients présents en SSR/Médecine sur le site du Loroux-Bottereau (LB) et sur l'ensemble de l'établissement (HISL) lors des différentes enquêtes de prévalence.

c) *Evolution de la prévalence des escarres au cours des enquêtes successives*

Sur le secteur SSR/Médecine du Loroux-Bottereau, on constatait une augmentation de la prévalence globale des escarres en 2015 (14,3%) alors qu'elle était en diminution entre 2004 (18%) et 2011 (5,7%). La prévalence des escarres acquises s'était améliorée entre 2004 (11,8%) et 2011 (2%) et restait stable aux alentours de 2% en 2015. On constatait la même tendance à l'échelle de l'établissement sur les secteurs SSR/médecine avec une prévalence globale des escarres passant de 6,3% à 11,2% entre 2011 et 2015 et une prévalence d'escarres acquises identique entre les deux études (3,3%).

Concernant les patients à risque d'escarre, la prévalence globale des escarres évoluait de façon comparable, avec une importante diminution de 2004 (71,4%) à 2011 (15,8%) puis une nouvelle hausse en 2015 (35%). La prévalence des escarres acquises présentait une tendance à la baisse entre 2004 (60%) et 2006 (20%), qui se confirmait en 2011 (5,9%) et se maintenait en 2015 (7,1%). (Graphique 6).



Graphique 6 : Evolution de la prévalence des escarres en SSR/médecine sur le site du Loroux-Bottereau

d) Comparaison statistique des résultats de 2015 avec les enquêtes de 2004, 2006 et 2011

Lorsque l'on s'intéresse à l'ensemble des patients hospitalisés en SSR/Médecine sur le site du Loroux-Bottereau, l'analyse statistique comparative de la prévalence des escarres acquises ne retrouve pas de différence significative entre 2015 et les années précédentes (2004, 2006 et 2011).

Concernant la sous-population à risque, on constate une baisse significative de la prévalence des escarres acquises entre 2004 et 2015 avec $p=0,009$ (tableau 15). La comparaison des résultats de 2015 avec ceux de 2006 et 2011 ne montre pas de différence significative avec respectivement $p=0,53$ et $p=0,71$.

En ce qui concerne le secteur SSR/Médecine de l'ensemble de l'établissement (HISL), la comparaison statistique de la prévalence des escarres acquises dans la population à risque entre 2011 et 2015 ne retrouve pas de différence significative avec $p=0.58$.

	2004	2015	SIGNIFICATIVITE (*)
Nombre de patients à risque	10	14	
Moyenne d'âge	81,8	83,3	
Score de Braden moyen	13,5	13,6	
Porteurs d'escarres acquises	6	0	$p = 0,009 *$ Test exact de Fisher unilatéral

Tableau 15 : Caractéristiques des patients, de SSR/Médecine au Loroux-Bottereau, à risque d'escarres (BRADEN<18), à l'exclusion des patients porteurs d'escarre à l'admission.

IV. Discussion

1. Résultats principaux de notre étude

Dans cette étude on observait une prévalence globale des escarres sur l'établissement de 8,5% tous stades confondus avec moins d'un tiers d'escarres acquises (2,8%) (graphique 2). Tous les porteurs d'escarres acquises présentaient une seule localisation. Les escarres acquises étaient de stades I (20%) ou II (80%) (graphique 3), stades plus facilement et plus rapidement curables. Il semble donc que les escarres étaient dépistées précocement dans l'établissement. Les escarres étaient principalement localisées au niveau des talons et du sacrum (graphique 4). Plus de la moitié des patients de l'établissement étaient considérées à risque d'escarre et 5,6% d'entre eux avaient développé au moins une escarre dans l'établissement. La prévalence des escarres dépend du nombre de patients à risque. Rapporter le nombre de porteurs d'escarre à la sous-population à risque permet donc une analyse plus précise de la situation et facilite la comparaison des résultats. Les patients porteurs d'escarre étaient en moyenne plus âgés, avec un risque d'escarre plus élevé que la population étudiée (tableau 10). Lorsque l'on s'intéressait à la prévalence des escarres par secteur, nous retrouvions une prévalence globale de 11,2% en SSR/médecine et 7,8% en USLD avec environ un quart d'escarres acquises dans chaque service. La prévalence des escarres sur le secteur EHPAD était de 2,5% (graphique 2). L'échantillonnage de 40 patients était cependant trop faible et ne concernait pas les résidents de l'EHPAD du site du Loroux-Bottereau. Nous ne pouvions donc pas extrapoler ces résultats à l'échelle de l'établissement.

La comparaison des résultats de SSR/Médecine sur le Loroux-Bottereau (graphique 6) retrouvait une diminution significative ($p=0,009$) de la prévalence des escarres acquises chez les patients à risque entre 2004 et 2015 avec une stabilisation de la prévalence entre 2011 et 2015. La démarche d'investissement dans du matériel d'aide à la prévention des escarres débutée en 2004 a donc permis de diminuer efficacement le nombre de porteurs d'escarres acquises dans l'établissement avec semble-t-il un effet seuil. En effet, les résultats de 2011 étaient déjà significativement inférieurs à 2004 ($p=0,004$) (43). En 2006, on constatait une diminution significative de la prévalence des escarres acquises dans la population à risque uniquement en excluant les escarres de stade I ($p=0,022$) (44). Il est important de noter que depuis 2008, un temps partiel infirmier de 20% consacré à la prise en charge des plaies a été mis en place dans l'établissement. Cette mesure a très probablement contribué à l'amélioration de la prévalence des escarres entre 2006 et 2011. Ce temps infirmier est un poste interne à l'établissement. Solliciter un professionnel travaillant dans l'hôpital plutôt qu'un professionnel extérieur dédié à cette tâche permet, selon nous, d'être plus efficient. Alors que la prévalence des escarres acquises en SSR/Médecine restait stable, la prévalence globale des escarres doublait entre 2011 et 2015. Cela concernait l'ensemble des patients hospitalisés et la sous-population à risque d'escarre. Il y avait donc en 2015, une augmentation des escarres importées par rapport à 2011. Parallèlement, nous avons constaté que les patients hospitalisés en 2015 étaient moyennement plus âgés et dépendants avec un score moyen à l'échelle de Braden qui diminuait progressivement au fur et à mesure des années

(tableau 14). La population hospitalisée étant de plus en plus à risque d'escarre, les besoins matériels et humains pour prévenir les escarres ont inévitablement augmentés.

Nous avons évalué pour chaque patient la concordance entre le support utilisé et le support préconisé selon l'arbre décisionnel établi dans l'établissement. Nous avons pu constater que 85% des patients hospitalisés, 72% des patients à risque et 87,5% des porteurs d'escarre étaient sur des supports adaptés. Parmi les patients en inadéquation avec l'arbre décisionnel, nous avons objectivé 11 patients installés sur des supports surdimensionnés et 12 patients, dont 2 porteurs d'escarre, sur des supports insuffisants. Pour la majorité d'entre eux (à l'exclusion des porteurs d'escarre), leur état de santé s'était modifié, favorablement ou défavorablement, mais le risque d'escarre n'avait pas été réévalué par l'équipe soignante. Or un patient installé sur un support statique par défaut augmente son risque de développer une escarre. A l'inverse, un patient installé par excès sur un support à air dynamique a plus de difficulté à se mobiliser seul dans son lit. Ce qui altère son confort, son autonomie et augmente le coût journalier de son hospitalisation. La répartition des matelas en fonction du risque d'escarre montrait que ces inadéquations n'étaient pas liées à un stock de matelas insuffisant mais plutôt à un défaut de réévaluation régulière des patients rendant la gestion des matelas non optimisée.

En ce qui concerne la prise en charge thérapeutique des escarres, l'évaluation nutritionnelle des porteurs d'escarre serait à améliorer puisque seule la moitié d'entre eux avait bénéficié d'un dosage d'albuminémie et moins de 20% d'un avis par la diététicienne. Or la dénutrition est un facteur prédictif d'escarre probable (22) et sa prise en charge doit faire partie intégrante du traitement des escarres. De même, le repositionnement régulier des patients ne concernait qu'un quart des porteurs d'escarre. Même si l'utilisation des supports d'aide à la prévention des escarres permet une meilleure répartition des pressions, seule l'alternance des postures permet de varier les points d'appuis. Elle ne doit théoriquement pas se soustraire à l'utilisation de supports de lit et est recommandée par l'ANAES (1). En pratique, alterner régulièrement les positions est souvent mal toléré par les patients et suppose un effort pédagogique important envers les équipes paramédicales. Les repositionnements réguliers augmentent leur charge de travail et sont souvent difficiles à réaliser. En cas de mauvais positionnement du patient, il existe un risque de survenue d'escarre induite (exemple : escarre du grand trochanter en décubitus latéral). De leur côté, les professionnels s'exposent à un risque de faux mouvement lors des manœuvres de manutention. L'équipe paramédicale doit donc être formée à ces techniques et régulièrement sensibilisée. Enfin, d'après les résultats obtenus, seulement un quart des patients porteurs d'escarre étaient douloureux lors des soins. Pour la moitié d'entre eux, un palier I était prescrit en anticipation des soins et pour l'autre moitié un palier III. On sait pourtant que l'escarre est fréquemment à l'origine de douleur et que les paliers I sont souvent inefficaces pour la douleur liée aux soins. Le Docteur PLADYS a d'ailleurs étudié dans le cadre de sa thèse de Docteur en Médecine, la douleur liée aux escarres chez la personne âgée. Sur 55 dossiers analysés rétrospectivement, 65,5% des patients porteurs d'escarre signalent une douleur liée à l'escarre. Le patient se dit douloureux lors de la réfection des pansements dans 69,4% des cas et lors des mobilisations dans 27,8% des cas (45). On peut donc supposer que, dans notre étude, la douleur liée aux soins a été sous-estimée par l'équipe médicale et paramédicale.

2. Les données de la littérature

La prévalence des escarres varie considérablement selon les études. Il est donc difficile d'effectuer des comparaisons avec notre étude, d'autant plus que, très souvent, les méthodologies diffèrent. Les résultats de notre enquête sont cependant comparables à certaines données de la littérature. En effet, la dernière enquête nationale française de prévalence des escarres réalisée en 2014 par l'association PERSE retrouvait une prévalence des escarres de 8,1% sur 21538 patients hospitalisés avec 46% d'escarres acquises (en 2004, prévalence des escarres à 8,9% sur 37307 patients analysés (46)) (47). Au niveau européen, une étude publiée en 2004 comparant la prévalence des escarres de 8734 patients hospitalisés aux Pays-Bas (dont 55% de patients à risque) et de 2832 patients hospitalisés en Allemagne (dont 38% de patients à risque) retrouvait une prévalence des escarres chez les patients à risque respectivement de 33% et de 28% (48). Il est intéressant de noter que, dans cette étude, les patients étaient considérés à risque d'escarre pour un score de Braden inférieur ou égal à 20. Selon l'un des auteurs, Nils Lahmann, ce choix a été fait pour augmenter la sensibilité de l'étude et permettre de prendre en compte dans la population dite « à risque » tous les patients porteurs d'escarre. Une étude plus récente, publiée en 2009 évaluant 3391 patients répartis sur 19 hôpitaux allemands retrouvait une prévalence des escarres de 12,7% avec 39,4% de patients à risque (49).

En ce qui concerne la prévalence des escarres par secteur d'hospitalisation, on constate une nouvelle fois des similitudes avec les résultats retrouvés dans la littérature. La prévalence des escarres dans l'enquête nationale PERSE 2014 est de 11,8% en SSR (sur 3768 patients, dont 26,4% d'escarres acquises), 8,5% dans les services de médecine (dont 37,3% d'escarres acquises, sur 6465 patients) et de 8,7% en USLD (sur 1867 patients, dont 57,1% d'escarres acquises) (47). Une étude publiée en 2007 dans les services de SSR et USLD des établissements gériatriques du Haut-Rhin constatait une prévalence d'escarre inférieure, de 6,4% (50). Pour le secteur EHPAD, l'enquête nationale 2014 de l'association PERSE retrouvait une prévalence d'escarre de 7,2% (sur 5747 résidents, dont 74,3% d'escarres acquises) (47). Une étude publiée en 2013, évaluant des EHPAD en Bretagne, montrait une prévalence d'escarre légèrement inférieure de 5,6% (sur 12077 lits) (51). Au niveau européen l'étude allemande de 2009 incluait 3345 résidents d'EHPAD dont 62,5% de personnes à risque d'escarre et retrouvait une prévalence d'escarre de 7,3% (49). La prévalence obtenue au cours de notre étude sur le secteur EHPAD est bien inférieure mais s'explique par un faible échantillon. Il est important de préciser que la plupart des enquêtes de prévalence d'escarre des EHPAD en France évaluent le risque d'escarre par l'échelle de Norton. Ce qui entraîne des divergences méthodologiques limitant la comparaison des résultats.

Concernant l'utilisation des supports d'aide à la prévention des escarres, une étude réalisée en 2003 au CHU de Nice retrouvait une prévalence d'escarre de 16,6% et une prévalence d'escarres acquises de 7,5%. Dans cette étude, 34,5% des porteurs d'escarre étaient installés sur des supports inadéquats et 62,1% des patients sans escarre mais considérés à risque utilisaient des matelas standards (52). En 2008, une enquête réalisée dans 3 établissements hospitaliers universitaires irlandais retrouvait une prévalence d'escarre de

18,5% dont 77% d'escarres acquises. Parmi les porteurs d'escarres, 64,5% avaient un support adapté (53). Nos résultats, légèrement supérieurs, montrent que nous utilisons de façon adéquate les supports d'aide à la prévention des escarres et peuvent expliquer notre plus faible prévalence d'escarres acquises.

Enfin, entre 2003 et 2006, une étude analysant l'évolution de la prévalence des escarres dans des établissements de santé a été réalisée au CHU de Reims. Celle-ci retrouvait une diminution significative de la prévalence des escarres acquises suite à la mise en œuvre d'une politique de lutte contre la survenue des escarres incluant la mise en place de formations répétées, l'identification de personnes ressources et l'investissement dans des supports à air à pression alternée (prévalence passant de 7,2% en 2003 à 4,8% en 2006) (54).

3. Limites de notre étude

Notre étude présente certaines limites qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord, il aurait été plus pertinent d'évaluer l'incidence des escarres. Les enquêtes d'incidence permettent d'analyser tous les patients pendant l'intégralité de leur séjour et d'évaluer donc précisément l'évolution de leur risque et la survenue des escarres au sein d'un service. Celles-ci sont cependant difficiles à mettre en œuvre car elles supposent de mobiliser le personnel soignant pendant une période plus longue, avec un risque de perte d'informations. Une étude de prévalence, dont le recueil des informations concerne un jour donné, est une image à un instant *t* d'une pathologie et peut varier selon les caractéristiques de la population étudiée. Mais elle est aussi plus simple à réaliser. C'est pour cette raison que la plupart des établissements choisissent d'évaluer la prévalence plutôt que l'incidence des escarres.

L'interprétation de nos résultats sur le secteur SSR/Médecine du Loroux-Bottereau impliquait de faibles effectifs. Pour augmenter la puissance de notre étude, il serait intéressant à l'avenir d'étudier l'évolution de la prévalence des escarres acquises chez les patients à risque sur l'ensemble de l'Hôpital. De même, l'échantillon des résidents de l'EHPAD était trop petit et insuffisamment représentatif pour interpréter les résultats à l'échelle de l'établissement. L'effectif soignant sur l'EHPAD est nettement inférieur au reste de l'établissement, ce qui ne permet pas une analyse de la prévalence des escarres sur l'ensemble des résidents. Si l'on souhaitait obtenir des résultats fiables concernant la prévalence des escarres de l'EHPAD, on pourrait envisager de calculer le nombre de sujet nécessaire à inclure dans l'échantillon.

Dans notre étude, nous avons évalué le risque d'escarre selon l'échelle de Braden avec un Cut-off établi à 18 permettant une comparaison entre les différentes études de l'établissement (2004, 2006, 2011, 2015). Aucune échelle n'est actuellement validée même si la conférence de consensus de 2001 recommande l'utilisation de l'échelle de Braden (1). Comme nous avons pu le voir précédemment, la littérature montre que, selon les études, le risque d'escarre est établi pour des scores de Braden différents. Cette variabilité méthodologique limite la comparaison avec d'autres études. Dans notre enquête, nous avons

recensé un patient porteur d'escarre avec un score de Braden égal à 20. Ce dernier n'a donc pas été pris en compte dans le calcul de la prévalence des escarres chez les patients à risque. Toutefois, cette escarre étant déjà présente à l'admission, ce biais statistique ne concerne que la prévalence globale des escarres dans la population à risque et ne modifie donc pas la prévalence des escarres acquises. Pour éviter ce type de biais, certaines études augmentent le score seuil considéré à risque de survenue d'escarre. D'autre part, nous avons pu constater une surestimation du score de Braden des patients d'USLD par l'équipe paramédicale. En effet, il semblerait que l'équipe soignante ayant l'habitude de prendre en charge des patients dépendants, surestime leur état de santé. Pour notre étude, les scores de Braden des patients d'USLD ont donc tous été réévalués par le médecin du service. Enfin, d'après les recommandations de l'ANAES (1), le jugement clinique fait partie de l'évaluation du risque d'escarre et doit compléter l'utilisation d'une échelle. Dans notre étude, le jugement clinique n'a pas été pris en compte. On peut donc supposer que certains patients avec un score de Braden $\geq$ à 18 mais jugés cliniquement à risque n'ont pas été intégrés à la sous-population à risque entraînant alors un biais statistique.

Concernant la classification des escarres, la classification NPUAP choisie pour notre enquête était celle utilisée lors des études précédentes. Comme nous avons pu le constater en avant-propos, il existe de nombreuses classifications qui sont régulièrement modifiées. Il faut donc toujours prendre en compte la classification d'escarre utilisée lorsque l'on compare des études entre elles, en particulier concernant les études américaines qui comptent un stade supplémentaire d'escarre. En outre, le diagnostic d'une escarre stade I suppose un examinateur formé et entraîné pour ne pas la confondre avec les érythèmes non liés à la pression. Le risque d'erreur diagnostic concernant les escarres stade I est à envisager dans notre étude puisque l'enquête a été réalisée par des soignants différents avec une expérience variable.

Enfin, l'analyse de l'adéquation des supports se base sur un algorithme décisionnel établi par le groupe escarre de l'établissement (annexe 6). Celui-ci a été élaboré entre 2004 et 2006 et n'a jamais été validé. Il a pour but d'être facile et rapide d'utilisation pour les soignants. Toutefois, il ne prend pas en compte le nombre d'heures quotidiennes que le patient passe au fauteuil/au lit, comme c'est le cas dans l'algorithme décisionnel proposé par l'ANAES (annexe 3 et 4). Il ne permet pas d'illustrer tous les cas de figure potentiels, ce qui explique d'ailleurs certaines inadéquations de supports qui finalement se justifient par le jugement clinique.

4. Perspectives d'amélioration

La diminution de la prévalence des escarres acquises chez les patients à risque entre 2004 et 2006 était liée à l'acquisition de nouveaux supports ainsi qu'à la formation des équipes à leur utilisation. En 2011, s'y ajoute un temps soignant consacré à la prise en charge des plaies. L'enquête de 2015 montre une stagnation de l'effet matériel et suppose de renforcer l'effet humain notamment sur les mobilisations et l'évaluation nutritionnelle. En outre, les résultats 2016 des indicateurs de qualité IPAQSS-SSR concernant la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (TRE) sont de 43% sur l'établissement avec 59% sur le site de Vertou et 30% sur le site du Loroux-Bottereau. Ces résultats montrent un axe supplémentaire de travail pour diminuer la prévalence des escarres dans l'établissement en améliorant l'évaluation systématique du risque d'escarre à l'entrée.

Ce travail confirme d'une part le rôle essentiel du professionnel de santé dans l'évaluation du risque, le diagnostic et le traitement de l'escarre et d'autre part l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire médicale et paramédicale coordonnée. Il témoigne aussi de la difficulté, pour un établissement, de maintenir dans la durée une faible prévalence des escarres. En effet, l'évaluation et la prévention des escarres supposent la mise en place de formations régulières pour les soignants et une sensibilisation permanente des équipes aux enjeux médicaux, sociaux et économiques de l'escarre pour maintenir leur vigilance à l'égard de cette pathologie.

Bibliographie

1. ANAES. Prévention et traitement des escarres de l'adulte et de la personne âgée. 2001. [En ligne]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/escarresdef_long.pdf. [cité 25 mai 2016]
2. The European Pressure Ulcer Advisory Pannel. Prevention and treatment of pressure ulcer quick reference guide. 2009. [cité 25 mai 2016]. Disponible sur: http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_French.pdf
3. Colin D, Barrois B, Allaert F. L'escarre en milieu hospitalier: Comparaison à dix ans-1994/2004. L'Escarre. 2008;(40):4-5.
4. Barrois B, Allaert F. Enquête nationale de prévalence des escarres décennale PERSE. L'Escarre. 2015;(67): 4.
5. Haalboom J. Escarres et aspects économiques. L'Escarre. 2005;(28): 17-19.
6. Barrois B, Desjobert S, Colin D. L'escarre: évaluation et prise en charge. Paris Frison-Roche; 1995.
7. Berrut G. Inventaire des facteurs prédictifs d'escarres et quelques réflexions. L'Escarre. 2006;(30):11-4.
8. Chol C, Blanchon M-A, Gonthier R. L'âge est-il un facteur de risque d'escarre. L'Escarre. 2009;(43):5-9.
9. Gautier V, Pichaud JC, Guyot M, Pasquet C, Trouve E, Nouvel F, Beunardeau C, l'association PERSE, la société Asymptote. Site de référence de l'escarre: détersion naturelle. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.escarre.fr/plaie/cicatrisation-escarre/detersion-naturelle.php>. [cité 16 juin 2016]
10. Gautier V, Pichaud JC, Guyot M, Pasquet C, Trouve E, Nouvel F, Beunardeau C, l'association PERSE, la société Asymptote. Site de référence de l'escarre: granulation vasculaire. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.escarre.fr/plaie/cicatrisation-escarre/granulation-vasculaire.php>. [cité 16 juin 2016]
11. Gautier V, Pichaud JC, Guyot M, Pasquet C, Trouve E, Nouvel F, Beunardeau C, l'association PERSE, la société Asymptote. Site de référence de l'escarre: granulation tissulaire. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.escarre.fr/plaie/cicatrisation-escarre/granulation-tissulaire.php>. [cité le 16 juin 2016]
12. Gautier V, Pichaud JC, Guyot M, Pasquet C, Trouve E, Nouvel F, Beunardeau C, l'association PERSE, la société Asymptote. Site de référence de l'escarre: épithélialisation. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.escarre.fr/plaie/cicatrisation-escarre/epithelialisation.php>. [cité 16 juin 2016]
13. Zagnoli A. Evaluation des plaies. L'Escarre. 2006;(30):20-23.
14. Barrois B. Consensus NPUAP-Evolution aux USA. L'Escarre. juin 2007;(34):18-21.

15. The National Pressure Ulcer Advisory Panel. National Pressure Ulcer Advisory Panel - News. Avril 2016. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>. [cité 7 juin 2016]
16. The European Pressure Ulcer Advisory Panel. European Pressure Ulcer Advisory Panel - Open meeting. 2005. [En ligne]. Disponible sur: http://www.epuap.org/archived_reviews/EPUAP_Rev6.3.pdf. [cité 13 juin 2016]
17. Barrois B. Savoir reconnaître une escarre. Classifications: les oppositions culturelles. L'Escarre. déc 2008;(40):15-7.
18. National Pressure Ulcer Advisory Panel (U.S.), European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers. 2014.
19. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler; 2014.
20. Gautier V, Pichaud J-C, Guyot M, Pasquet C, Trouve E, Nouvel F, Beunardeau C, l'association PERSE, la société Asymptote. Site de référence de l'escarre: Classification colorielle. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.escarre.fr/plaie/differentes-escarres/classification-colorielle.php>. [cité 10 juin 2016].
21. Royal College of Nursing. Pressure ulcer risk assessment and prevention. Royal College Nursing. 2001.
22. PERSE. Recommandations. 2013. [En ligne]. Disponible sur: http://www.escarre-perse.com/congres/2013/syntheses_recommandations_perse2013.pdf. [cité 8 juin 2016].
23. Gelis A, Fattal C, Benaïm C, Legros P, Pelissier J. Evaluation du risque d'escarre: de la physiopathologie à l'épidémiologie. L'Escarre. juin 2008;(38): 4-7
24. Gautier V, Pichaud J-C, Guyot M, Pasquet C, Trouve E, Nouvel F, Beunardeau C, l'association PERSE, la société Asymptote. Site de référence de l'escarre: échelle d'évaluation: Norton. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.escarre.fr/prevention/evaluation-des-risques/norton.pdf>. [cité 3 juill 2016].
25. Gautier V, Pichaud J-C, Guyot M, Pasquet C, Trouve E, Nouvel F, Beunardeau C, l'association PERSE, la société Asymptote. Site de référence de l'escarre: échelle d'évaluation : Waterlow. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.escarre.fr/prevention/evaluation-des-risques/waterlow.pdf>. [cité 3 juill 2016].
26. Gautier V, Pichaud J-C, Guyot M, Pasquet C, Trouve E, Nouvel F, Beunardeau C, l'association PERSE, la société Asymptote. Site de référence de l'escarre: échelle d'évaluation : Braden. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.escarre.fr/prevention/evaluation-des-risques/braden.pdf>. [cité 3 juill 2016].
27. HAS. Bon usage des technologies médicales : Les pansements. [En ligne]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/pansements_synthese_rapport.pdf. [cité 25 mai 2016].

28. HAS. Bon usage des technologies de santé : Traitement des plaies par pression négative. [En ligne]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/fiche_de_bon_usage_traitement_des_plaies_par_pression_negative.pdf. [cité 21 juin 2016].
29. Trial C, Pineau J, Barrois B, Colin D, Michel JM, Passadori Y, Ribinik P. Wich medical technology and/or local treatment is most conducive, as of 2012, to pressure sore debridement? Developing French guidelines for clinical practice. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2012;55: 508-516.
30. Nicolas B, Moiziard AS, Barrois B, Ribinik P, Colin D, Michel JM, Passadori Y. Wich medical devices and/or local drug should be curatively used, as of 2012, for PU patients? How can granulation an epidermidalization be promoted? Developing French guidelines for clinical practice. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2012;55: 489-497.
31. Arzt H, Fromantin I, Ribinik P, Barrois B, Colin D, Michel JM, et al. Wich medical device and/or local treatment are to be used, as of 2012, in patients with infected pressure sore? Developing French guidelines for clinical practice. *Annals of Physical Rehabilitation Medicine*. 2012;55: 498-507.
32. Krasner D. The chronic wound pain experience. *Ostomy Wound Manag*. 20(5):20-5.
33. Gautier V, Pichaud J-C, Guyot M, Pasquet C, Trouve E, Nouvel F, Beunardeau C, l'association PERSE, la société Asymptote. Site de référence de l'escarre: les supports statiques. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.escarre.fr/support-position-mobilisation/principes/images/RisqueFortFaible.jpg>. [cité 14 juin 2016].
34. Gautier V, Pichaud J-C, Guyot M, Pasquet C, Trouve E, Nouvel F, Beunardeau C, l'association PERSE, la société Asymptote. Site de référence de l'escarre: Coussins en gel. [En ligne]. Disponible sur: http://www.escarre.fr/support-position-mobilisation/coussins/images/GEL-et-housse_450.jpg. [cité 14 juin 2016].
35. Gautier V, Pichaud J-C, Guyot M, Pasquet C, Trouve E, Nouvel F, Beunardeau C, l'association PERSE, la société Asymptote. Site de référence de l'escarre: Mousse- gaufrier. [En ligne]. Disponible sur: http://www.escarre.fr/support-position-mobilisation/matelas/images/gaufrier_demonte_450.jpg. [cité 14 juin 2016].
36. Gautier V, Pichaud J-C, Guyot M, Pasquet C, Trouve E, Nouvel F, Beunardeau C, l'association PERSE, la société Asymptote. Site de référence de l'escarre: mousse viscoélastique. [En ligne]. Disponible sur: http://www.escarre.fr/support-position-mobilisation/matelas/images/emprein_surmat_visco_450.jpg. [cité 14 juin 2016].
37. Sofamed. Coussin anti-escarre à air Roho High Profile. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.sofamed.com/images/coussin-anti-escarres-roho-high-profile.jpg>. [cité 14 juin 2016].
38. Orthokern. Coussin d'assise et de positionnement : coussin anti-escarre stimulte. [En ligne]. Disponible sur: http://www.ortho-kern.ch/wp-content/uploads/2015/02/stimulte-coussin-anti-escarre_a10.jpg. [cité 14 juin 2016].

39. Gautier V, Pichaud J-C, Guyot M, Pasquet C, Trouve E, Nouvel F, Beunardeau C, l'association PERSE, la société Asymptote. Site de référence de l'escarre: supports dynamiques - support à pression alternée. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.escarre.fr/support-position-mobilisation/matelas/images/sdcia-pression-alternee04.jpg>. [cité 14 juin 2016].
40. Gautier V, Pichaud J-C, Guyot M, Pasquet C, Trouve E, Nouvel F, Beunardeau C, l'association PERSE, la société Asymptote. Site de référence de l'escarre: supports dynamiques - support à pression constante. [En ligne] Disponible sur: <http://www.escarre.fr/support-position-mobilisation/matelas/images/sdcia-pression-constante03.jpg>. [cité 14 juin 2016].
41. HAS - Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé. Avis de la Commission. Déc 2009. [En ligne]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/cnedimts-1684-prevention_escarres-projet_de_nomenclature-cahier_des_charges_2010-01-07_17-17-22_580.pdf. [cité 28 juin 2016].
42. IRDES. Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital - Premières estimations à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients. 2011. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes171.pdf>. [cité 2 août 2016].
43. Wagemann N, Barillot C. Diminution durable de la prévalence des escarres en service de soins de suite/médecine à orientation gériatrique dans la région nantaise. *L'escarre*. 2013;(59): 59.
44. Wagemann N. Répercussions sur la prévalence des escarres, de l'investissement dans des supports d'aide à la prévention et au traitement des escarres dans un hôpital local. *L'escarre*. 2007;(33): 39-48.
45. Pladys K. Les escarres des personnes âgées. Etude des douleurs liées aux escarres chez les personnes âgées. Thèse de médecine. Nancy; 2003, 66p.
46. Barrois B, Labalette C, Rousseau P, Corbin A, Colin D, Allaert F, et al. A national prevalence study of pressure ulcers in French hospital inpatients. *J Wound Care*. 2008;17(9): 373-6, 378-9.
47. Colin D, Barrois B, Allaert F. Nursing and medical care of pressure ulcers in hospitals in France. *Adv Wound Care J Prev Heal*. 1994;8(5):54-56.
48. Tannen A, Dassen T, Bours G, Halfens R. A comparison of pressure ulcer prevalence: concerted data collection in the Netherlands and Germany. *Int J Nurs Stud*. août 2004;41(6):607-12.
49. Hoppe C, Kottner J, Dassen T, Lahmann N. Pressure ulcer risk and pressure ulcer prevalence in German hospitals and nursing homes. *Pflege*. 2009;(62):424-8.
50. Caron-Mazet J, Roth B, Guillaume J. Enquête de prévalence et des pratiques de prise en charge des plaies chroniques dans 14 établissements gériatriques du Haut-Rhin. *Ann Dermatol Venerol*. 2007;(134):645-51.
51. Le Bot M, Robineau S, Chopin A, Gallien P, Duruflé A, Petrilli S, et al. Etude de la prévalence des escarres en EHPAD en Bretagne. *L'Escarre*. 2013;(59):38-9.
52. Daideri G, Berthier F, Bocker P, Darmon M, Mignolet F. L'escarre à l'hôpital en 2003: enquête de prévalence un jour donné. *Rev Epidemio Santé Publique*. 2006;(54):517-27.

53. Gallagher P, Barry P, Hartigan I, McCluskey P, O'Connor K, O'Connor M. Prevalence of pressure ulcers in three university teaching hospitals in Ireland. *J Tissue Viability*. nov 2008;17(4):103-9.
54. Perceau G, Seigneur H, Ménétrier S, Lambert L, Vitry F, Bernard P. Impact d'une politique de prévention des escarres au CHU de Reims. *Journal des Plaies et Cicatrisations*. mai 2008;XII(63).

Annexes

Annexe 1 : Grade des recommandations par l'HAS

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

L'accord d'experts correspond, en l'absence de données scientifiques disponibles, à l'approbation d'au moins 80 % des membres du groupe de travail.

Annexe 2: Les différents pansements évalués par l'HAS, 2011. (27)

- **Alginates** : ces pansements sont composés majoritairement (> 50 %) d'alginate, avec ou sans carboxyméthylcellulose (CMC). Les alginates sont des polymères d'acides alginiques obtenus à partir d'algues, caractérisés par leurs capacités d'absorption et leurs propriétés hémostatiques. Ils existent sous forme de compresses ou de mèches.
- **Fibres de carboxyméthylcellulose (CMC, dites aussi hydrofibres)** : ces pansements sont composés majoritairement (> 50 %) de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif, caractérisé par sa capacité d'absorption. Les CMC existent sous forme de compresses ou de mèches.
- **Hydrocellulaires** : ce sont des pansements constitués de polymères absorbants (généralement de la mousse de polyuréthane). Ils existent sous forme de plaques adhésives ou non, de formes anatomiques et de formes adaptées au remplissage des plaies cavitaires.
- **Hydrocolloïdes** : ce sont des pansements constitués de polymères absorbants, dont les propriétés sont liées à la présence de carboxyméthylcellulose. Ils existent sous forme de plaques adhésives, de poudres ou de pâtes.
- **Hydrogels** : les hydrogels sont des gels contenant plus de 50 % d'eau. Ils sont principalement destinés à assurer l'humidification des plaies. Ils existent sous forme de plaques, de compresses imprégnées et de gels.
- **Pansements vaselinés** : ce sont des pansements constitués d'une trame, imprégnée ou enduite de vaseline. Leur retrait est parfois douloureux, car ils adhèrent peu à peu à la plaie.
- **Interfaces** : les pansements interfaces sont constitués d'une trame enduite de polymères de différents types, tels que du gel de silicone. Ils se distinguent des simples pansements gras par une adhérence faible, qui ne s'accroît pas tout au long de l'utilisation au contact direct de la plaie (absence de migration de la substance imprégnée ou enduite), afin de limiter le traumatisme et la douleur induits par le retrait du pansement.
- **Pansements au charbon actif** : ils sont constitués de différents supports auxquels a été ajouté du charbon actif, à visée d'absorption des molécules responsables des mauvaises odeurs des plaies. Ils existent sous forme de plaques et compresses.
- **Pansements à l'argent** : ils sont constitués de différents supports (crèmes, compresses, plaques, etc.) auxquels a été ajouté de l'argent sous des formes physico-chimiques variées, théoriquement à visée antibactérienne.
- **Pansements à base d'acide hyaluronique** : ils contiennent de l'acide hyaluronique (constituant naturel du derme) à des concentrations variables. Ils existent sous diverses formes (crèmes, compresses, sprays, etc.).

Annexe 3 : Classification des supports de lit d'aide à la prévention et au traitement des escarres par la CNEDiMTS, 2009. (41)

NIVEAU DE RISQUE	INDICATIONS	LISTE DES MATELAS ET SURMATELAS
Catégorie 1 : Risque de survenue d'escarre faible à moyen (selon jugement clinique et échelles)	Une ou plusieurs escarres de stade 1 et/ou 2 hors zone d'appui, ou avec possibilité d'exclusion d'appui, patient levé ou non dans la journée Ou Une escarre de stade 3 ou 4 hors zone d'appui ou avec possibilité d'exclusion d'appui Avec système de décharge localisée	<u>Non motorisés :</u> - surmatelas à air non motorisé autre qu'à cellules télescopiques ou pneumatiques individuellement déformables - matelas en mousse mono-densité en forme de gaufrier <i>+/- : dispositifs d'aide technique à la posture en position allongée</i> <u>Non motorisés :</u> - matelas en mousse incluant des modules amovibles ou non de densité et/ou hauteur variables - surmatelas (et matelas) en mousse viscoélastique type à mémoire de forme - matelas mixte constitué de mousse et incluant un insert à eau en zone à risque <u>Motorisés :</u> - surmatelas à air motorisé automatique, à pression constante ou dynamique ou mixte ou à perte d'air, de plus de 10 cm d'épaisseur d'air <i>+/- : dispositifs d'aide technique à la posture en position allongée</i>
Catégorie 2 : Risque de survenue d'escarre moyen à élevé (selon jugement clinique et échelles)		<u>Non motorisés :</u> - surmatelas à air non motorisé réglable statique, à cellules télescopiques individuellement déformables <u>Motorisés :</u> - matelas à air motorisé automatique, à pression constante ou dynamique ou mixte ou à perte d'air, de plus de 15 cm d'épaisseur d'air <i>+/- : dispositifs d'aide technique à la posture en position allongée</i>
Catégorie 3 : Risque de survenue d'escarre élevé (selon jugement clinique et échelles) ^(a)		<u>Non motorisés :</u> - surmatelas à air non motorisé réglable statique, à cellules télescopiques individuellement déformables <u>Motorisés :</u> - matelas à air motorisé automatique, à pression constante ou dynamique ou mixte ou à perte d'air, de plus de 15 cm d'épaisseur d'air <i>+/- : dispositifs d'aide technique à la posture en position allongée</i>
Catégorie 1 : Risque de survenue d'escarre faible à moyen (selon jugement clinique et échelles)	Une escarre de stade 1 ou 2 en zone d'appui, patient levé ou non dans la journée Avec système de positionnement et intervention d'auxiliaires médicaux 3 fois par jour pour vérification de l'installation et réalisation de retournement.	<u>Non motorisés :</u> - surmatelas à air non motorisé autre qu'à cellules télescopiques ou pneumatiques individuellement déformables - matelas en mousse mono-densité en forme de gaufrier <i>+/- : dispositifs d'aide technique à la posture en position allongée</i>
Catégorie 2 : Risque de survenue d'escarre moyen à élevé (selon jugement clinique et échelles)		<u>Non motorisés :</u> - supports en mousse incluant des modules amovibles ou non de densité et/ou hauteur variables - surmatelas (et matelas) en mousse viscoélastique type à mémoire de forme - matelas mixte constitué de mousse et incluant un insert à eau en zone à risque <u>Motorisés :</u> - surmatelas à air motorisé automatique, à pression constante ou dynamique ou mixte ou à perte d'air, de plus de 10 cm d'épaisseur d'air <i>+/- : dispositifs d'aide technique à la posture en position allongée</i>
Catégorie 3 : Risque de survenue d'escarre élevé (selon jugement clinique et échelles) ^(a)		<u>Non motorisés :</u> - surmatelas à air non motorisé réglable statique, à cellules télescopiques individuellement déformables
		<u>Motorisés :</u> - matelas à air motorisé automatique, à pression constante ou dynamique ou mixte ou à perte d'air, de plus de 15 cm d'épaisseur d'air <i>+/- : dispositifs d'aide technique à la posture en position allongée</i>
Certains dispositifs catégorie 3 : Risque de survenue d'escarre élevé (selon jugement clinique et échelles) ^(a)	Plusieurs escarres de stade 1 et/ou 2 en zone d'appui et patient capable de se mobiliser seul	<u>Non motorisés :</u> - surmatelas à air réglable statique, à cellules télescopiques individuellement déformables
Certains dispositifs catégorie 2 : Risque de survenue d'escarre moyen à élevé (selon jugement clinique et échelles)	Plusieurs escarres de stade 1 et/ou 2 en zone d'appui et patient incapable de se mobiliser seul	<u>Motorisés :</u> - surmatelas à air motorisé automatique, à pression constante ou dynamique ou mixte ou à perte d'air, de plus de 10 cm d'épaisseur d'air
Certains dispositifs catégorie 3 : Risque de survenue d'escarre élevé (selon jugement clinique et échelles) ^(a)	Plusieurs escarres de stade 1 et/ou 2 en zone d'appui, patient incapable de se mobiliser seul et mauvais état général ou fin de vie ou : Plusieurs escarres de stade 3 et/ou 4 hors zone d'appui, ou avec possibilité d'exclusion d'appui ou : Toute escarre de stade 3 et/ou 4 en zone d'appui ou : Toute escarre de stade 3 et/ou 4, patient en fin de vie ou : Chirurgie d'escarre pendant les trois mois qui suivent l'intervention, avant retour en situation de prévention	<u>Motorisés :</u> - matelas à air motorisé automatique, à pression constante ou dynamique ou mixte ou à perte d'air, de plus de 15 cm d'épaisseur d'air

(a) Catégorie 3 : prescription par médecin de médecine physique et réadaptation, neurologue ou gériatre.

Annexe 4 : Classification des coussins d'aide à la prévention et au traitement des escarres par la CNEDiMTS, 2009. (41)

CATEGORIE D'INDICATIONS	COUSSINS D'ASSISE POUR FAUTEUIL (catégories techniques)
Catégorie 0 : coussins pour des patients à risque nul de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles) Usage en association avec un véhicule pour personne handicapée, Usage transitoire ou partiel du fauteuil chez une personne en bon état général.	- gel viscoélastique ou viscofluide
Catégorie 1 : coussin de prévention pour des patients à risque faible à modéré de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles) cf. critères d'exclusion ^(a)	- à air non motorisé autre qu'à cellules télescopiques ou pneumatiques individuellement déformables - mixte constitué de mousse et incluant un élément en gel viscoélastique et/ou viscofluide - mousse viscoélastique type à mémoire de forme
Catégorie 2 : coussin de prévention pour des patients à risque modéré à élevé de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles), sans asymétrie d'appui et sans risque de glisser avant	- mousse viscoélastique type à mémoire de forme
Catégorie 3a : coussin de prévention pour des patients à risque élevé à très élevé de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles) et/ou des risques spécifiques d'escarre ischiatique, sans asymétrie d'appui ^(b)	- à air non motorisé à cellules télescopiques individuellement déformables, mono-compartiment ^(c)
Catégorie 3b : coussin de prévention pour des patients à risque élevé à très élevé de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles) et des risques spécifiques d'escarre ischiatique, avec asymétrie d'appui ^(b)	- à air non motorisé à cellules télescopiques individuellement déformables, multi-compartiment ^(c)

(a) Critères d'exclusion de la catégorie « risque faible à modéré » :

- antécédents d'escarre ischiatique ou sacro-coccygienne
- paralysie du tronc et/ou des membres inférieurs
- troubles de la sensibilité des membres inférieurs
- spasticité
- asymétrie d'appui (frontal ou sagittal)
- amputé vasculaire

(b) Catégories 3a/3b : prescription réservée au médecin de rééducation physique, neurologue ou gériatre.

(c) Le prescripteur doit s'assurer que le patient ou son entourage sont capables d'assurer les réglages du support. Le patient devra faire l'objet d'une consultation par le prescripteur dans le mois suivant.

Annexe 5 : Questionnaire de l'Enquête de Prévalence des escarres 2015 sur l'HISL.

	Enquête de prévalence des escarres du 31 MARS 2015	Coller ici l' Etiquette patient

Votre service : ☐ Médecine ☐ SSR ☐ USLD ☐ Site du Loroux Bottereau ☐ Site de Vertou
--

NB : Toute rougeur ne blanchissant pas momentanément à la pression est considérée comme une escarre.

♦ **Score sur l'échelle DE BRADEN le jour de l'enquête :** (à compléter)

☐ Risque modéré (13-17)
 ☐ Risque élevé (8-12)
 ☐ Risque très élevé <7

♦ **Support utilisé pour tous les patients présents :**

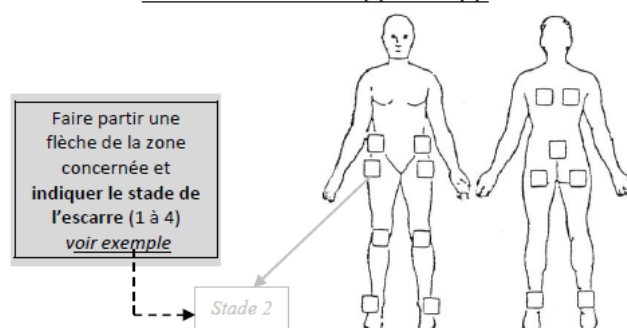
- | | |
|---|---|
| ☐ Matelas standard | ☐ Matelas à air dynamique |
| ☐ Matelas gaufrier | ☐ Coussin mémoire de forme |
| ☐ Matelas à mémoire de forme | ☐ Coussin air |
| ☐ Surmatelas à air dynamique | ☐ Coussin autre : |

♦ **Présence d'escarre le jour de l'enquête :** Oui ☐ Non ☐

Si non => fin du questionnaire

	OUI	NON
si oui :		
➤ escarre présent à l'entrée (au moins une des escarres)	☐	☐
➤ personne en soins palliatifs	☐	☐
➤ retournements	☐	☐
➤ décharge talon	☐	☐
➤ préciser si artérite	☐	☐
➤ préciser si pb neurologique	☐	☐
➤ appel de l'ergothérapeute	☐	☐

Localisation et stade de(s) escarre(s):



	Patients porteurs d'escarres Enquête auprès des médecins du 31 mars 2015	Coller ici l' Etiquette patient
---	---	---------------------------------

Partie à remplir par le médecin uniquement pour les porteurs d'escarre:

♦ **PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE POUR LES PATIENTS PORTEURS D'ESCARRES**

☞ dans les 3 derniers mois :

	OUI	NON
➤ pesée régulière (au moins 2 fois)	☐	☐
➤ calcul IMC réalisé (Indice de Masse Corporelle= P/T^2)	☐	☐
➤ dosage albumine prescrit	☐	☐
➤ avis diététique demandé	☐	☐

♦ **PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR LIEE AUX SOINS**

➤ Patient douloureux lors des soins ? Oui ☐ Non ☐

➤ Si oui, prescription médicamenteuse pour prendre en charge la douleur liée aux soins ? Oui ☐ Non ☐

ANTALGIQUE : palier 1 ☐ palier 2 ☐ palier 3 ☐

MEOPA: Oui ☐ Non ☐

XYLOCAINE : Oui ☐ Non ☐

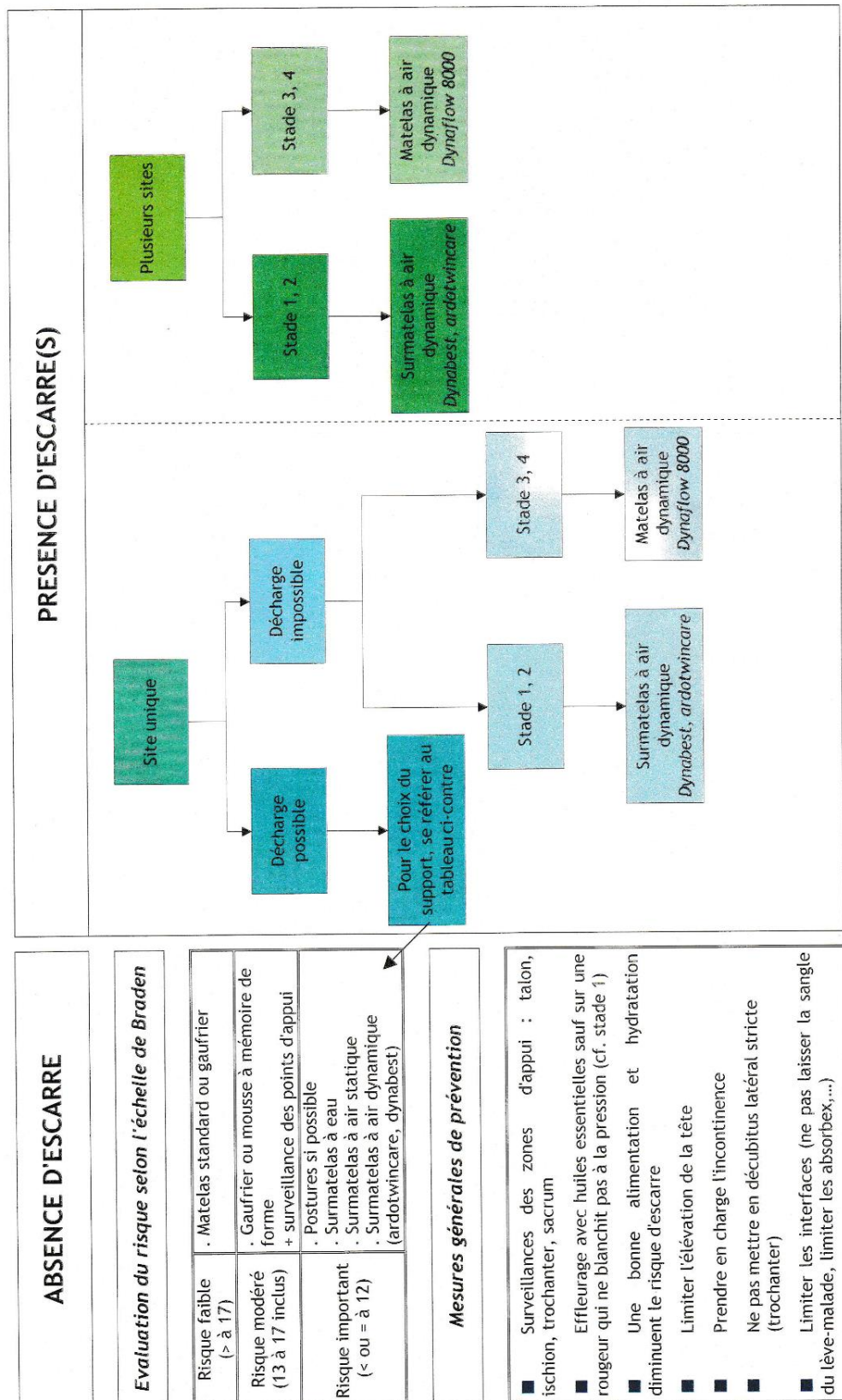
Autre (préciser) :

INSTRUMENT DE MESURE DU RISQUE D'ESCARRE DE BRADEN, ADAPTE DE BRADEN ET BERGSTRÖM

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.
HUMIDITE 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.
ACTIVITE 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.
MOBILITE 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 incapable 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.
FRICTION ET CISAILEMENT	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.	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.
Les différents stades des escarres	* <u>Stade 1</u> 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	* <u>Stade 2</u> 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	* <u>Stade 3</u> perte de substance impliquant le tissu sous-cutané avec ou sans décollement périphérique	* <u>Stade 4</u> perte de substance atteignant et dépassant le fascia et pouvant impliquer os, articulations, muscles ou tendons

Annexe 6 : Arbre décisionnel du choix du support d'aide à la prévention et au traitement des escarres, en vigueur dans l'HISL.

Prévention et traitement des escarres Arbre décisionnel du choix du support



\\his2\his2\Cellule Qualité - Gestion des Risques\Groupes de travail\Escarres\Arbre décisionnel PEC de l'escarre et choix du support.doc

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse : Enquête de prévalence et évaluation du risque d'escarre dans un Hôpital local à orientation gériatrique de Loire-Atlantique en 2015.

RESUME

L'escarre est une pathologie coûteuse avec une morbi-mortalité importante pour laquelle des mesures de prévention existent. L'utilisation de supports d'aide à la prévention des escarres est recommandée par l'ANAES depuis 2001.

Objectif : Evaluer la prévalence des escarres et le risque d'escarre en 2015 dans un Hôpital local à orientation gériatrique de Loire-Atlantique. Comparer les résultats avec les enquêtes précédentes de l'établissement.

Matériel et méthode : Enquête descriptive, transversale, instantanée de tous les patients hospitalisés et d'un échantillon de 40 résidents de l'EHPAD de l'Hôpital intercommunal Sèvre et Loire. Utilisation d'un questionnaire rempli par l'équipe soignante. Evaluation du risque d'escarre par le score de Braden. Analyse comparative entre 2015 et 2004, 2006, 2011, par un test exact de Fisher unilatéral, p significatif $< 0,05$.

Résultats : Sur 189 patients analysés, 8,5% étaient porteurs d'escarre ; 2,8% étaient porteurs d'escarre acquise dans notre établissement. Cent patients étaient considérés à risque d'escarre dont 5,6% de porteurs d'escarres acquises. On constate une diminution significative de la prévalence des escarres acquises chez les patients à risque de SSR/Médecine entre 2004 et 2015 avec $p=0,009$ et une stabilisation entre 2011 et 2015.

Conclusion : L'investissement matériel et la formation des soignants à son utilisation a permis une amélioration de la prévention des escarres chez les patients à risque avec un effet seuil. Intensifier la prise en charge nutritionnelle des patients, les repositionnements et renforcer l'évaluation systématique du risque d'escarre à l'admission sont des pistes d'amélioration pour diminuer la prévalence des escarres.

MOTS-CLES

Escarre. Risque. Prévalence. Braden. Personnes âgées. Gériatrie.