



Formation continue à l'officine : prise en charge des escarres

Charline d'Herin

► To cite this version:

Charline d'Herin. Formation continue à l'officine : prise en charge des escarres. Sciences pharmaceutiques. 2008. dumas-01037918

HAL Id: dumas-01037918

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01037918>

Submitted on 23 Jul 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2^e Ex.



UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2008

N° 7037

**FORMATION CONTINUE A L'OFFICINE :
PRISE EN CHARGE DES ESCARRES**

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE
DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ETAT

Charline D'HERIN

Née le 20 Février 1982

A Die (26)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le 2 Décembre 2008

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du Jury : **Monsieur Benoît ALLENET**, Docteur en Pharmacie, Maître de Conférences à l'UFR de Pharmacie de Grenoble

Membres

Madame Delphine SCHMITT, Docteur en Pharmacie, Praticien Hospitalier au CHU de Grenoble

Madame Fabienne REYMOND, Docteur en Pharmacie, Praticien Attaché au CHU de Grenoble

Monsieur Bruno BOULANT, Docteur en Pharmacie

La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées propres à leurs auteurs.



UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2008

N°

**FORMATION CONTINUE A L'OFFICINE :
PRISE EN CHARGE DES ESCARRES**

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE
DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ETAT

Charline D'HERIN

Née le 20 Février 1982

A Die (26)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Le 2 Décembre 2008

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du Jury : **Monsieur Benoît ALLENET**, Docteur en Pharmacie, Maître de
Conférences à l'UFR de Pharmacie de Grenoble

Membres

Madame Delphine SCHMITT, Docteur en Pharmacie, Praticien Hospitalier au CHU de
Grenoble

Madame Fabienne REYMOND, Docteur en Pharmacie, Praticien Attaché au CHU de
Grenoble

Monsieur Bruno BOULANT, Docteur en Pharmacie

*La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions
émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées propres à leurs auteurs.*



**UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE**

Doyen de la Faculté : Mme le Professeur Renée GRILLOT
Vice-Doyen : Mme Edwige NICOLLE

Année 2007-2008

PROFESSEURS A L'UFR DE PHARMACIE

BAKRI	Aziz	Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques (GRNR)
BURMEISTER	Wilhelm	Physique (U.V.H.C.I)
CALOP	Jean	Pharmacie Clinique (CHU)
DANEL	Vincent	SAMU-SMUR et Toxicologie (CHU)
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Inorganique (D.P.M.)
DROUET	Emmanuel	Immunologie / Microbiologie / Biotechnologie (U.V.H.C.I)
FAVIER	Alain	Biochimie (L.C.LB / CHU)
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
GRILLOT	Renée	Parasitologie - Mycologie Médicale (Directeur UFR et CHU)
MARIOTTE	Anne-Marie	Pharmacognosie (D.P.M.)
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique (D.P.M.)
RIBUOT	Christophe	Physiologie - Pharmacologie (HP2)
ROUSSEL	Anne-Marie	Biochimie (L.B.P.A)
WOUESSIDJEW	Denis	Pharmacotechnie et Vectorisation (D.P.M.)

PROFESSEUR ASSOCIE (PAST)

CHAMPON	Bernard	Pharmacie Clinique (CHU)
RIEU	Isabelle	Qualitologie (CHU)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
GRNR : Groupe de Recherche sur les Nouveaux Radio pharmaceutiques
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
LBFA : Laboratoire de Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
UVHIC : Unit of Virus Host Cell Interactions

Mise à jour du 11/09/07

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merle 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : Mme le Professeur Renée GRILLOT
Vice-Doyen : Mme Edwige NICOLLE

Année 2007-2008

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DE PHARMACIE

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie - Mycologie (L.A.P.M)
ALLENET	Benoît	Pharmacie Clinique (THEMAS TIMC-IMAG / CHU)
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie (L.B.P.A)
BOUMENDJEL	Ahoéno	Pharmacognosie (D.P.M.)
BRETON	Jean	Biologie Moléculaire / Biochimie (L.C.I.B)
BUDAYOVA SPANO	Méaika	Biophysique Structurale (U.V.H.C.I)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie et Vectorisation (D.P.M)
COLLE	Pierre Emmanuel	Anglais
DELETRAZ-DELPORTE	Martine	Droit Pharmaceutique Economie Santé
DEMEILLIERS	Christine	Biochimie (N.V.M.C)
DÉSIRE	Jérôme	Chimie Bio- organique (D.P.M.)
DURMORT-MEUNIER	Claire	Microbiologie (I.B.S.)
ESNAULT	Danielle	Chimie Analytique (D.P.M.)
FAURE	Patrice	Biochimie (HP2 / CHU)
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie et Vectorisation (D.P.M.)
GERMI	Raphaëlle	Microbiologie (I.V.H.C.I. / CHU)
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique (D.P.M.)
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique (D.P.M.)
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie (L.B.P.A)
JOYEUX-FAURE	Marie	Physiologie - Pharmacologie (HP2)
KRIVOBOK	Serge	Botanique (L.C.B.M)
MOUHAMADOU	Bello	Cryptogamie, Mycologie Générale (L.E.C.A)
MORAND	Jean-Marc	Chimie Thérapeutique (D.P.M.)
MELO DE LEMA	Christelle	Biostatistiques (L.E.C.A)
NICOLLE	Edwige	Chimie Organique (D.P.M.)
PINEL	Claudine	Parasitologie - Mycologie Médicale (CIB / CHU)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L.C.I.B)
RAVEL	Anne	Chimie Analytique (D.P.M.)
RAVELET	Céline	Chimie Analytique (D.P.M.)
SEVE	Michel	Biotechnologie (CHU / CRI LAB)
SOUARD	Florence	Pharmacognosie (D.P.M)
TARBOURIECH	Nicolas	Biophysique (U.V.H.C.I.)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie Bio- organique (D.P.M.)
VILLET	Annick	Chimie Analytique (D.P.M.)

ENSEIGNANTS ANGLAIS

FITE Andrée

GOUBIER Laurence

POSTES D'ATER

½ ATER	RECHOUM Yassine	Immunologie
½ ATER	MESSAI Radja	Mathématiques
½ ATER	GLADE Nicolas	Biophysique
1 ATER	KHALEF Nawale	Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques
1 ATER	NZENGUE Yves	Biologie cellulaire
1 ATER	PEUCHMAUR Marine	Chimie Organique

PROFESSEUR AGREGÉ (PRAG)

ROUTABOUL	Christel	Chimie Inorganique (D.P.M.)
------------------	-----------------	------------------------------------

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIB : Centre d'Innovation en Biologie

DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire

HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire

IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogénèse et Ontogénèse »

IBS : Institut de Biologie Structurale

LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogénèse des Microorganismes

LBFA : Laboratoire de Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux

LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie

LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine

NVMC : Nutrition, Vieillesse, Maladies Cardiovasculaires

TEMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition

UVHCI: Unit of Virus Host Cell Interactions

Remerciements

A **Monsieur Benoît Allenet**, pour avoir accepté de présider le jury de ma thèse et de juger mon travail.

A **Madame Delphine Schmitt**, qui m'a guidé et a accepté d'encadrer mon travail.

A **Madame Fabienne Reymond**, pour sa disponibilité et ses conseils.

A **Monsieur Bruno Boulant**, qui m'a fait l'immense plaisir d'accepter de faire partie de mon jury.

A tous les **pharmaciens, préparateurs et étudiants en pharmacie** qui ont participé à l'étude et tout particulièrement à **Gilles Brault-Scaillet** pour la diffusion du questionnaire.

Aux **pharmaciens** qui ont participé à l'évaluation de la formation.

A **mes parents**, pour m'avoir toujours encouragée et soutenue. Je sais que je pourrai toujours compter sur vous. Merci Papa, de m'avoir fait "tomber dans la bassine" de l'officine toute petite.

A **mon frère Alban**, pour m'avoir supportée.

A **ma cousine Géraldine**, pour m'avoir coachée et apporté les bons conseils pour réussir.

A **mes grands-parents Aunave et toute ma famille** pour m'avoir encouragée.

Une pensée pour **Papy et Mamie d'Hérin** qui auraient été si heureux de partager ce moment avec nous.

A **Gisèle et Momo** pour leurs qualités de relecteurs.

A **tous mes amis**.

A **toutes les équipes des pharmacies De La Tour, d'Hérin, Championnet et Bayard** pour m'avoir accueillie si gentiment.

A **Mesdames Blanc et Boisson** pour m'avoir si bien encadrée pendant mes stages officinaux.

A **tous ceux que j'oublie**.

Table des matières

Liste des tableaux.....	8
Liste des figures	9
Abréviations	10
INTRODUCTION	11
RAPPELS BIBLIOGRAPHIQUES.....	13
1 GENERALITES	14
1.1 Définition	14
1.2 Mécanisme	14
1.2.1 Causes.....	14
1.2.2 Conséquences	16
1.3 Les différents stades des escarres selon la classification NPUAP de 1998	17
1.3.1 Stade I : Erythème	17
1.3.2 Stade II : Phlyctène	18
1.3.3 Stade III : Nécrose	18
1.3.4 Stade IV : Ulcère	19
1.4 La nouvelle classification de la NPUAP	19
1.4.1 Stade I.....	19
1.4.2 Stade II	20
1.4.3 Stade III	20
1.4.4 Stade IV	20
1.5 Localisation	20
1.6 Epidémiologie.....	21
1.6.1 Incidence	21
1.6.2 Prévalence	22
1.6.3 Coût	22
1.7 Les échelles de risque	23
1.7.1 L'échelle de Norton	23
1.7.2 L'échelle de Waterlow	23
1.7.3 L'échelle de Braden	24

2	PREVENTION DES ESCARRES	25
2.1	Observer l'état cutané.....	25
2.2	Maintenir l'hygiène de la peau	26
2.3	Diminuer la pression	26
2.3.1	Définitions des différents types de support.....	27
2.3.2	Classification IA, IB, II.....	28
2.3.3	Critères de choix d'un support	29
2.4	Assurer l'équilibre nutritionnel	30
2.5	Favoriser la participation du patient et de son entourage à la prévention des escarres	31
3	TRAITEMENT DES ESCARRES.....	32
3.1	Le traitement local	32
3.1.1	Traitement en fonction du stade de l'escarre	32
3.1.2	Stratégie thérapeutique.....	33
3.2	Cicatrisation	34
3.2.1	La phase vasculaire et inflammatoire	34
3.2.2	La phase cellulaire ou proliférative	35
3.2.3	La phase d'épidermisation	35
3.2.4	La phase de remodelage.....	36
3.3	Pansements	36
3.3.1	Définition des pansements	36
3.3.2	Remboursement	36
3.3.3	Rôle des pansements	37
3.3.4	Choix des pansements.....	37
3.4	Caractéristiques des pansements.....	38
3.5	La nutrition	43
3.5.1	L'évaluation.....	43
3.5.2	Les besoins	43
3.5.3	La prise en charge nutritionnelle	45
3.6	Prise en charge de la douleur	46
3.6.1	Douleur chronique	46
3.6.2	Douleur aiguë cyclique	46
3.6.3	Douleur aiguë non cyclique	46
3.7	La chirurgie.....	47
3.8	Traitement de l'escarre en soins palliatifs	47
3.8.1	La dénutrition	48
3.8.2	La déshydratation.....	48
3.8.3	L'état infectieux général	48

QUESTIONNAIRE	49
1 MATERIEL ET METHODE.....	50
1.1 Choix de la méthode.....	50
1.2 Distribution et recueil des données	51
1.3 Présentation du questionnaire.....	51
2 RESULTATS.....	53
2.1 Nombre de questionnaires recueillis	53
2.2 Mode de recueil des données	53
2.3 Etat des lieux des formations des équipes officinales sur la prise en charge des escarres	54
2.4 Organisation de la formation	55
2.5 Les attentes des équipes officinales	57
2.6 Personnes ayant répondu au questionnaire.....	58
3 DISCUSSION	59
3.1 Bilan.....	59
3.2 Les limites de l'étude.....	59
3.2.1 Imprécision	59
3.2.2 Nombre de cases cochées.....	59
3.2.3 Personnes ayant répondu.....	60
3.2.4 Quelques incohérences.....	60
3.3 Les points positifs	60
3.4 Utilisation du questionnaire	61
FORMATION.....	62
1 LA FORMATION.....	63
1.1 Choix du support visuel	63
1.2 Durée de la formation	63
1.3 Plan de la formation.....	64
1.4 Manipulation des pansements	64
2 EVALUATION DE LA FORMATION.....	65
2.1 Matériel et méthode	65
2.1.1 Evaluation de la formation	65

2.1.2	Présentation de la fiche d'évaluation.....	65
2.2	Résultats	66
2.2.1	Objectifs et attentes.....	66
2.2.2	Méthode de présentation	67
2.2.3	Utilité de la formation.....	67
2.2.4	Suggestions et remarques.....	68
2.3	Discussion	68
2.3.1	Bilan.....	68
2.3.2	Limites de l'évaluation de la formation.....	68
3	PERSPECTIVES	69
	CONCLUSION	70
	BIBLIOGRAPHIE	73
	ANNEXES	77
	Annexe 1	78
	Annexe 2	80
	Annexe 3	81
	Annexe 4	82
	Annexe 5	84
	Annexe 6	86
	Annexe 7	88

Liste des tableaux

- Tableau I : Classification des coussins, matelas et surmatelas d'aide à la prévention des escarres
- Tableau II : Type de pansement en fonction de l'état de la plaie
- Tableau III : Exemples, composition, mode d'action, propriétés et indications des pansements
- Tableau IV : Contre-indications, prise en charge, mode d'emploi, fréquence de renouvellement et remarques des pansements

Liste des figures

- Figure 1 : Escarre
- Figure 2 : Escarre de stade I
- Figure 3 : Escarre de stade II
- Figure 4 : Escarre de stade III
- Figure 5 : Escarre de stade IV
- Figure 6 : Fréquences moyennes des principales localisations des escarres
- Figure 7 : Support statique
- Figure 8 : Support dynamique
- Figure 9 : Mode de recueil des questionnaires
- Figure 10 : Formation sur la prise en charge des escarres
- Figure 11 : Intérêt pour une formation sur les escarres
- Figure 12 : Temps à consacrer à la formation
- Figure 13 : Nombre de modules
- Figure 14 : Type de formation
- Figure 15 : Contenu de la formation
- Figure 16 : Personnes ayant répondu au questionnaire

Abréviations

- AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en santé
- CNHIM : Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament
- CNO : Compléments Nutritionnels Oraux
- LLPR : Liste des Prestations et Produits Remboursables
- MNA : Mini Nutritional Assessment
- NPUAP : National Pressure Ulcer Advisory Panel
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INTRODUCTION

L'escarre est une pathologie douloureuse, fréquente et coûteuse nécessitant une prise en charge spécifique par une équipe multidisciplinaire.

Aujourd'hui de part le développement des services d'hospitalisation à domicile et la diminution de la durée d'hospitalisation, les soins se font de plus en plus en ville. Le pharmacien d'officine est un maillon de l'équipe multidisciplinaire de la prise en charge des escarres chez un patient à domicile.

Le pharmacien doit constamment se former pour être informé des dernières avancées. Le décret sur la formation continue pharmaceutique est paru au Journal Officiel du 3 Juin 2006.

Aujourd'hui, le pharmacien d'officine a la possibilité d'assister à de nombreuses formations proposées par les laboratoires, les grossistes répartiteurs, les organismes de formation. Certaines formations sont agréées par le Haut Comité de la Formation Pharmaceutique Continue.

Les formations existent, alors une formation sur la prise en charge des escarres trouvera-t-elle sa place ? Les pharmaciens et équipes officinales sont-ils prêts à participer à une formation sur ce sujet ?

Nous essayerons dans ce travail d'évaluer les besoins et l'utilité d'une formation sur la prise en charge des escarres et de répondre aux souhaits des équipes officinales.

RAPPELS BIBLIOGRAPHIQUES

1 GENERALITES

1.1 Définition [1]

L'escarre, appelée également ulcère de décubitus (ou plaie de pression) est une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses (définition établie en 1989 par le National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)). L'escarre est également décrite comme une « plaie » de dedans en dehors de forme conique à base profonde d'origine multifactorielle, ce qui la différencie des abrasions cutanées. Le rôle de la pression et de la perte de mobilité étant prédominant, l'escarre apparaît plus fréquemment chez les personnes alitées ou immobilisées et, particulièrement, chez les tétraplégiques ou paraplégiques, ainsi que dans les services de gériatrie.

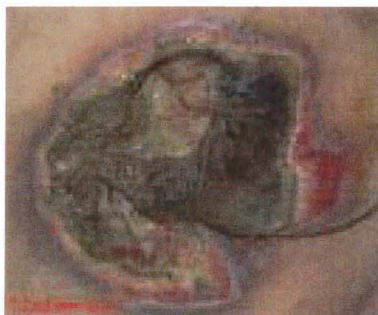


Figure 1 : Escarre

(D'après <http://castelflora.joueb.com/> consulté en Juillet 2008.)

1.2 Mécanisme [2], [3]

1.2.1 Causes

Les causes d'escarre sont nombreuses et l'accumulation de plusieurs d'entre elles est fréquente, favorisant d'autant plus le développement des escarres.

- **Compression**

Pour qu'il y ait escarre, il faut qu'il y ait compression des tissus cutanés entre deux plans durs, l'os et le plan sur lequel repose le patient. La durée de compression est décisive et inversement proportionnelle à la mobilité du patient. La pression exercée par le corps sur les zones d'appui induit une diminution de la pression partielle en oxygène, ce qui favorise la survenue d'escarres. La pression nécessaire à la constitution d'une escarre varie en fonction des patients et, pour un même patient, en fonction de son état général. L'intensité et la durée de la pression sont des éléments déterminants.

- **Modifications hémodynamiques**

De nombreux facteurs hémodynamiques interviennent :

- la pression intra-artériolaire,
- le degré de shunts entre les capillaires,
- l'anastomose artério-veineuse,
- la viscosité sanguine,
- la déformabilité des globules rouges,
- la valeur de l'hématocrite.

- **Forces de friction et de cisaillement**

Les forces de friction (frottement du drap sur la peau) principalement au niveau des coudes, du sacrum et des talons et les forces de cisaillement (glissement des couches cutanées les unes sur les autres) de la peau dilacèrent les vaisseaux cutanés et constituent des facteurs aggravants.

- **Facteurs intrinsèques**

Différents facteurs intrinsèques favorisent la survenue d'escarres : le mauvais état général tel une dénutrition protéique, une déshydratation, un amaigrissement, une fatigue physique importante, l'immobilité ; les maladies vasculaires, l'anémie, le cancer ; un bas débit circulatoire du à une insuffisance cardiaque, rénale et respiratoire, un choc septique ; une incontinence urinaire et fécale, une transpiration excessive ; un mauvais état cutané, l'âge.

- **Facteurs perturbant la sensibilité ou la conscience de la douleur**

Ces éléments peuvent favoriser la survenue d'escarres en perturbant la sensibilité ou la conscience de la douleur : l'altération de la conscience (coma, certains états psychiques, sédation) ; la réduction de la mobilité tel une paresthésie, une pathologie orthopédique, une anesthésie ; les troubles de la sensibilité : paraplégies, hémiplegies, neuropathie, sclérose en plaque ; la dénutrition.

1.2.2 Conséquences

- **Modifications cellulaires**

La cellule endothéliale agressée lors de la compression va favoriser l'agrégation plaquettaire, la thrombose et les dépôts intra et extra capillaires de fibrine.

- **Hypoxie**

La compression entraîne une réduction de l'apport sanguin et donc de l'apport en oxygène (hypoxie) et nutriments au niveau cellulaire, ce qui conduit à l'ischémie, puis à la nécrose. La durée pendant laquelle les cellules peuvent survivre sans vascularisation correcte varie de un à douze jours.

1.3 Les différents stades des escarres selon la classification NPUAP de 1998 [2]

Les classifications anatomo-cliniques décrivant les stades des escarres sont nombreuses, proposant entre trois et quinze stades différents. La classification la plus fréquemment utilisée est celle de la NPUAP décrivant quatre stades anatomiques selon la profondeur des lésions. Cette classification date de 1998 et est utilisée dans La Conférence de Consensus "Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé" de 2001.

1.3.1 Stade I : Erythème

Il s'agit d'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 de la peau 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 peau claire, l'escarre apparaît comme une rougeur persistante localisée, alors que chez les personnes à peau pigmentée, l'escarre peut être d'une teinte rouge, bleue ou violacée persistante.



Figure 2 : Escarre de stade I

(D'après <http://www.decubitus.be/richtlijnen/fr/classification.htm#1.%20Stades> consulté en Juillet 2008.)

1.3.2 Stade II : Phlyctène

Il s'agit d'une 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.



Figure 3 : Escarre de stade II

(D'après <http://www.decubitus.be/richtlijnen/fr/classification.htm#1.%20Stades> consulté en Juillet 2008.)

1.3.3 Stade III : Nécrose

Il s'agit d'une 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.



Figure 4 : Escarre de stade III

(D'après <http://www.decubitus.be/richtlijnen/fr/classification.htm#1.%20Stades> consulté en Juillet 2008.)

1.3.4 Stade IV : Ulcère

Il s'agit d'une perte de toute l'épaisseur de la peau avec destruction importante de 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 à ce stade.

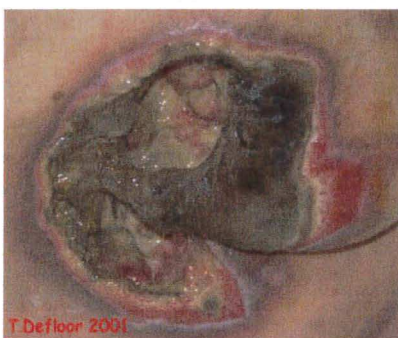


Figure 5 : Escarre de stade IV

(D'après <http://www.decubitus.be/richtlijnen/fr/classification.htm#1.%20Stades> consulté en Juillet 2008.)

1.4 La nouvelle classification de la NPUAP [4]

En février 2008, la NPUAP a redéfini les stades des escarres. La nouvelle classification de la NPUAP définit six stades, mais les recommandations actuelles en France sur le traitement des escarres utilisent les quatre stades décrits dans la définition de 1998 de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Voici les modifications apportées par rapport à la classification de la NPUAP de 1998.

1.4.1 Stade I

Le stade I de la classification de 1998 est séparé en deux stades : le stade initial est un stade où une lésion du tissu profond est présumée et le stade I correspond à une peau présentant une rougeur localisée au niveau d'une proéminence osseuse. La zone est

douloureuse, souple, chaude ou froide. Ce stade est également difficile à détecter chez les personnes à peau foncée.

1.4.2 Stade II

Le stade II de la classification de 1998 correspond au stade II : une épaisseur partielle du derme est altérée. On parle d'ulcère ouvert peu profond.

1.4.3 Stade III

Le stade III de la classification de 1998 correspond au stade III : il y a une perte de toute l'épaisseur du tissu de la peau. Le tissu gras sous cutané est visible, mais les os, tendons, muscles ne sont pas touchés.

1.4.4 Stade IV

Le stade IV de la classification de 1998 est séparé en deux stades : le stade IV débute avec une atteinte des os, tendons et muscles qui sont alors visibles et le dernier stade qualifié d'inclassable : ce stade englobe les escarres difficilement classables. La plaie peut être de couleur variable (jaune, marron, vert...). Il s'agit du stade terminal de l'escarre.

1.5 Localisation [5]

Les nombreuses études qui définissent la localisation des escarres mettent au premier plan l'atteinte de la région sacro-coccygienne et du talon. Ensuite viennent par ordre de fréquence, la région du grand trochanter, le coude, les chevilles au niveau de la malléole externe et des ischions. Globalement entre 82% et 96,7% des escarres sont localisées en dessous de la ceinture. Le graphique suivant représente les fréquences moyennes des principales localisations des escarres.

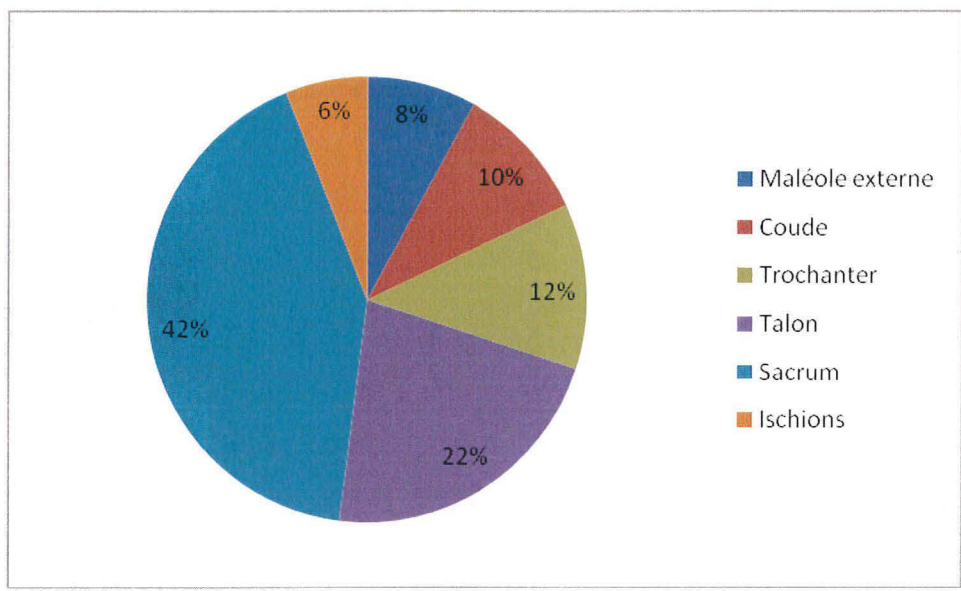


Figure 6 : Fréquences moyennes des principales localisations des escarres

1.6 Epidémiologie

1.6.1 Incidence

- **Définition** [6]

L'incidence est le nombre de cas de maladie apparu pendant une période de temps donnée au sein d'une population.

- **Quelques chiffres** [7]

En France, à l'hôpital, de 0,60 à 13% des personnes âgées admises constituent des escarres au cours de leur séjour, soit une incidence de 5,7 à 14,3 pour 1000 patients par jour. L'incidence peut varier notablement entre des services au sein d'un même établissement. L'incidence des escarres reste pratiquement inconnue dans la population âgée vivant à domicile.

1.6.2 Prévalence

- **Définition [6]**

La prévalence est le nombre de cas d'une maladie ou de tout autre événement médical, enregistré dans une population déterminée à un moment donné et englobant aussi bien les nouveaux cas que les cas anciens.

- **Quelques chiffres [7]**

Les études de prévalence sont nombreuses et très disparates. En effet, les chiffres diffèrent selon les éléments pris en compte dans ces études.

Dans les services d'hospitalisation gériatrique, la prévalence des escarres varie de 7 à 33% selon la source et la prise en compte ou non des escarres au stade I, avec une valeur moyenne de 10 à 20%, soit environ le double de celle observée dans les services d'hospitalisation non gériatriques où l'âge moyen des malades est de 50-60 ans.

La prévalence des escarres chez les personnes âgées hors institution demeure très mal connue. Des taux entre 0,36% et 0,72% ont été rapportés chez les personnes de plus de 70 ans vivant à domicile. Une prévalence beaucoup plus élevée a été indiquée dans des populations faisant l'objet de soins à domicile.

1.6.3 Coût [8], [9]

Le coût de la prise en charge des escarres est important du fait de la multidisciplinarité des intervenants (médecins, infirmiers, pharmaciens, aides-soignants, diététiciens...). En effet, un patient porteur d'escarres peut avoir besoin à la fois d'un support adapté, de pansements, de médicaments (antalgiques, antibiotiques), d'une éventuelle assistance nutritionnelle (parentérale ou entérale). Tous ces éléments expliquent la difficulté de chiffrer le coût des escarres.

Le coût de l'escarre en France à l'hôpital et au domicile est estimé à 3,35 milliards d'euros. Le coût direct des escarres est de 3 à 20 € par jour et par malade alors que le cout indirect s'élève à 12 245€ pour chacun d'entre eux avec une durée moyenne d'hospitalisation de 80 à 180 jours

1.7 Les échelles de risque [10]

Les échelles de risque ont pour but d'évaluer chez un patient, le risque de développer une escarre. Elles sont très utilisées dans les services de gériatrie et de réanimation. Leur mise en place systématique permet une prise en charge adaptée et précoce des patients à fort risque de développer des escarres.

1.7.1 L'échelle de Norton (ANNEXE 1)

L'échelle de Norton comporte 20 items au total réparti en cinq domaines de risque : la condition physique ou l'état général, l'état mental et psychologique, l'activité (la possibilité de déplacement), la mobilité au lit, la continence urinaire et fécale. Cette échelle a été validée chez les patients de plus de 65 ans.

1.7.2 L'échelle de Waterlow (ANNEXE 2)

L'échelle comporte 35 items regroupés selon huit domaines de risque : l'appréciation du rapport poids/taille (la masse corporelle), l'aspect visuel de la peau au niveau des zones à risque (l'état cutané), le sexe et l'âge, la mobilité, la continence, l'état pathologique, l'appétit, la prise de médicaments et des risques supplémentaires tels que la malnutrition des tissus, les déficiences neurologiques, les antécédents chirurgicaux et traumatismes. L'inconvénient de cette échelle est d'affecter systématiquement une valeur élevée pour les patients âgés de plus de 65 ans.

1.7.3 L'échelle de Braden (ANNEXE 3)

L'échelle comporte 23 items au total réparti en six domaines : la perception de la douleur et de l'inconfort (sensibilité cutanée), l'activité (la possibilité de déambulation), la mobilité, l'humidité/la macération, les forces de friction et cisaillement, l'état nutritionnel. L'inconvénient de cette échelle est de prendre en compte quatre facteurs extrinsèques (activité, mobilité, force de cisaillement et macération) et seulement deux facteurs intrinsèques (sensibilité cutanée, état nutritionnel).

L'évaluation du risque et/ou l'utilisation de matériel de prévention ne peuvent être basées uniquement sur une échelle de risque. Les patients à activité et/ou mobilité réduite doivent toujours être considérés comme des patients à risque. Cependant ces échelles permettent de donner une idée sur le niveau de risque de développer une escarre.

2 PREVENTION DES ESCARRES

La prévention des escarres [2] est une véritable priorité et s'applique à tout patient dont l'état cutané est intact mais estimé à risque et elle vise à éviter la survenue de nouvelles escarres chez les patients qui en ont déjà développées.

L'identification des facteurs de risque constitue l'aspect essentiel de la prévention des escarres. L'utilisation d'échelles de risque devrait être systématique.

Les éléments à analyser sont : l'état d'affaiblissement général, la réduction de la mobilité, les troubles de la sensibilité, les modifications de la peau et de la masse musculaire associées à l'âge, le mauvais état nutritionnel, la présence de maladies chroniques, l'incontinence, les problèmes de soins personnels et les traitements médicamenteux. Tous ces éléments permettent de renseigner le médecin et l'équipe soignante sur les mesures de prévention à mettre en place.

2.1 Observer l'état cutané [2]

L'observation et la palpation régulières de l'état cutané permettent d'examiner les zones à risque et de détecter tout signe précoce d'altération cutanée. Cette observation doit être systématique à chaque changement de position et lors des soins.

Le massage et la friction sont interdits car ils diminuent le débit microcirculatoire moyen et ont un effet traumatisant sur la peau des zones à risque. Il faut préférer l'effleurage qui s'effectue par massage léger, du bout des doigts, pendant une courte durée (10 à 15 secondes par site à risque), plusieurs fois par jour.

Certains produits peuvent favoriser le glissement des mains sur la peau et améliorer l'oxygénation des tissus (Prescaryl[®], Sanyrène[®]).

2.2 Maintenir l'hygiène de la peau [2]

La toilette corporelle doit être quotidienne, précautionneuse sur les zones à risque. Les soins d'hygiène sont renouvelés lors des changes des patients incontinents et ou qui transpirent afin d'éviter la macération et l'irritation cutanée.

2.3 Diminuer la pression [3], [11], [12]

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

- la mise au fauteuil, la verticalisation, la marche,
- effectuer des changements de position toutes les 2 ou 3 heures,
- alterner entre la position assise au fauteuil ou couchée,
- l'utilisation de supports adaptés.

Les supports anti-escarres sont choisis en fonction de leur efficacité, de leur coût et de leur confort. Ils permettent de mieux répartir les pressions en regard des proéminences osseuses. Le choix d'un bon support est d'autant plus important que les possibilités de mobilisation du patient sont réduites.

Chez un patient porteur d'escarres, le pharmacien est là pour conseiller au bon moment, le support le mieux adapté au malade en fonction de ses besoins.

Il existe deux types de supports : les supports statiques qui augmentent de façon passive, la surface de contact entre le support et le corps et les supports dynamiques qui font varier la pression en chaque point du corps. Ensuite ces deux types de supports se déclinent en matelas, surmatelas et coussins.

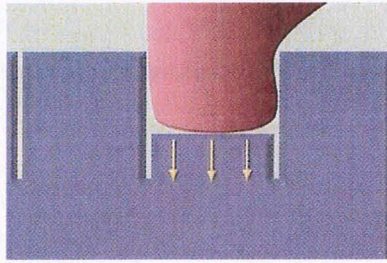


Figure 7 : support statique

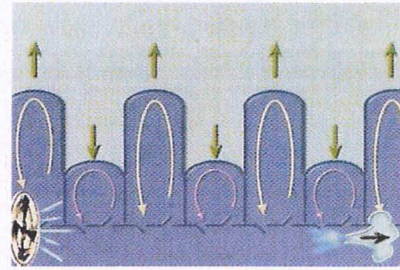


Figure 8 : support dynamique

(D'après BARROIS B., HEITLER L., RIBINIK P. Nutrition, In BARROIS B., HEITLER L., RIBINIK P. L'escarre les basiques, *Asymptote*, Dommartin, 1999)

2.3.1 Définitions des différents types de support [13]

- **Matelas**

Il s'agit d'un produit constitué d'une protection et/ou d'une enveloppe donnant la forme du produit, dont l'une est en contact direct avec un élément de rembourrage qui peut être de la mousse ou de l'air ou des poches de gel ou des poches d'eau.

- **Surmatelas**

Il s'agit d'un produit constitué d'une protection et/ou d'une enveloppe donnant la forme du produit, dont l'une est en contact direct avec un élément de rembourrage qui peut être de la mousse, soit du gel, soit de l'air ou de l'eau. Le surmatelas se pose sur un matelas de 15 cm d'épaisseur, en mousse ou autre.

- **Coussins**

Il s'agit d'un produit constitué d'une housse amovible et d'une enveloppe donnant la forme en contact direct avec un élément de rembourrage qui peut être soit de la mousse, soit du gel, soit de l'air ou soit de l'eau.

2.3.2 Classification IA, IB, II [14], [15]

Les coussins, matelas et surmatelas sont des dispositifs médicaux d'aide à la prévention des escarres et sont classés en différentes catégories qui déterminent leur prix et leurs modalités de prise en charge.

Type de support	Catégorie	Caractéristiques	Prise en charge
Coussin	Sous-classe IA	-en mousse monobloc ou avec découpe -à eau -à air statique -mixtes : en mousse et eau ou mousse et air statique	1 tous les ans
	Sous-classe IB	-en mousse structurée formé de modules amovibles -en gel -en mousse et gel -en fibres siliconées	1 tous les 2 ans
	Classe II	-pneumatiques à cellules télescopiques -en mousse viscoélastique dits à « mémoire de forme » -ischiatiques sur mesure	1 tous les 3 ans
Surmatelas ou matelas	Sous-classe IA	-en mousse avec découpe en forme de gaufrier -à eau -à pression alternée - mixtes : en mousse et eau ou mousse et air	1 tous les ans
	Sous-classe IB	-à air statique -avec produits à forte viscosité ou en mousse avec produits de forte viscosité -en mousse structurée formé de modules amovibles de densité et/ou hauteur variable -en fibres siliconées	1 tous les 2 ans
	Classe II	-pneumatiques à cellules télescopiques -en mousse viscoélastique dits « à mémoire de forme »	1 tous les 3 ans
	Classe III	-en mousse multistratée	1 tous les 5 ans

Tableau I : Classification des coussins, matelas et surmatelas d'aide à la prévention des escarres

2.3.3 Critères de choix d'un support [16]

Les supports de prévention des escarres ont pour but de limiter la survenue d'escarres. Le choix du support dépend du malade et plusieurs critères sont à prendre en compte, à savoir l'efficacité, l'aspect pratique et la fiabilité et enfin le confort du support.

L'efficacité d'un support de prévention des escarres est jugée en fonction de son aptitude à réduire les pressions exercées sur les zones d'appui, la macération qui doit être minimale, le cisaillement qui doit être minimisé et les surfaces qui doivent être lisses pour limiter les effets de friction.

L'aspect pratique et la fiabilité du support sont essentiels. Le support doit permettre d'assurer et de stabiliser les changements de position et les transferts.

Le confort est aussi un élément important pour le choix d'un support. En effet il ne doit pas gêner le patient.

Les supports peuvent être pris en charge par la sécurité sociale, dans certaines conditions. Ces conditions peuvent donc influencer le choix de la catégorie de support à proposer au patient.

- **Choix d'un coussin**

La prise en charge des coussins d'aide à la prévention des escarres de classe I est assurée pour les patients présentant un risque d'escarre évalué à un score inférieur ou égal à 14 sur l'échelle de Norton ou ayant un risque équivalent évalué par une autre échelle validée et pour les patients atteints de lésions médullaires.

Concernant les coussins d'aide à la prévention des escarres de classe II, leur prise en charge est assurée pour les patients assis en fauteuil pendant plus de dix heures par jour et pour les patients ayant un antécédent d'escarre et présentant un risque évalué à un score

inférieur ou égal à 14 sur l'échelle de Norton ou ayant un risque équivalent évalué par une autre échelle validée.

- **Choix d'un matelas ou surmatelas**

Les conditions de prise en charge des matelas ou surmatelas d'aide à la prévention des escarres de classe I sont identiques à celles de la prise en charge des coussins.

Concernant les matelas ou surmatelas d'aide à la prévention des escarres de classe II et III, leur prise en charge est assurée pour les patients ayant un antécédent d'escarre et qui présentent un risque d'escarre évalué à un score inférieur ou égal à 14 sur l'échelle de Norton ou ayant un risque équivalent évalué par une autre échelle validée.

2.4 Assurer l'équilibre nutritionnel [2]

Une alimentation correcte doit être apportée chez tout sujet à risque : il est important de détecter précocement toute carence protidique. Des compléments nutritionnels hyperprotidiques et une supplémentation en certains acides aminés (arginine, L-ornithine) sont parfois proposés.

Le pharmacien par un questionnement approprié lors de la délivrance peut s'assurer que la prise en charge nutritionnelle du patient est effectuée correctement.

2.5 Favoriser la participation du patient et de son entourage à la prévention des escarres [2]

La prévention, pour être efficace, doit se faire en permanence. C'est pourquoi, le patient et/ou son entourage doivent être formés pour mettre en œuvre toutes les mesures de prévention des escarres.

La prévention des escarres repose sur l'emploi de supports d'aide la prévention des escarres, la mobilisation du patient, sa mise en décubitus dorsal ou semi-latéral droit et gauche, la kinésithérapie, le maintien de l'hygiène de la peau, l'effleurage ainsi que l'éducation du patient et de sa famille.

Le pharmacien fait partie de l'équipe pluridisciplinaire qui intervient dans la prise en charge des escarres.

3 TRAITEMENT DES ESCARRES

3.1 Le traitement local

3.1.1 Traitement en fonction du stade de l'escarre [2], [17]

Quelque soit le stade des escarres, les mesures préventives sont indispensables et font partie intégrale de la prise en charge et du traitement de l'escarre. La surveillance des escarres doit être très régulière, au moins deux fois par jour, de façon à modifier la stratégie thérapeutique immédiatement en cas d'aggravation de l'état de l'escarre.

A tous les stades de l'escarre, le massage doit être proscrit et l'effleurage préféré. En effet, le massage risque de provoquer des décollements et d'aggraver une lésion.

- **Stade d'érythème (stade I)**

La lésion cutanée au stade d'érythème est encore réversible, cependant les mesures préventives doivent être mises en place ou renforcées et des soins adaptés doivent être instaurés. Il faut :

- réduire la durée et l'intensité de l'appui en changeant de position régulièrement et en utilisant des supports adaptés ;
- supprimer les facteurs favorisants comme la macération, le cisaillement ;
- protéger la peau par un film transparent ou un film hydro colloïde.

- **Stade de la phlyctène (stade II)**

La prise en charge d'une escarre au stade d'érythème s'applique aussi à la prise en charge d'une escarre au stade de phlyctène. En complément, il est nécessaire d'utiliser un pansement de recouvrement de type hydro colloïde ou pansement gras, de façon à

maintenir un environnement humide favorisant la cicatrisation. De plus, il faut réaliser une brèche avec un bistouri pour évacuer le contenu de la phlyctène tout en maintenant le toit de la phlyctène comme protection.

- **Stade de nécrose ou d'ulcère (stade III ou IV)**

A ces stades, l'escarre est constituée. Le traitement comprend plusieurs étapes : l'élimination des tissus nécrosés, le contrôle des exsudats et de l'infection. Le traitement local de l'escarre doit respecter la flore commensale cutanée qui colonise les plaies et contribue à la détersion et au bourgeonnement. La détersion doit être précoce, répétée et soigneuse. Les pansements de recouvrement sont choisis en fonction du stade de la plaie et de l'état du patient. (cf §pansements).

3.1.2 Stratégie thérapeutique

- **Principe de nettoyage de la plaie [2]**

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

- **La détersion [18]**

La détersion est l'élimination des éléments étrangers, exogènes ou endogènes, et des structures cellulaires et tissulaires nécrosées, présentes dans un foyer inflammatoire. La cicatrisation dépend de la gestion de l'humidité de la plaie, et la détersion s'oriente surtout vers la détersion mécanique et l'utilisation de pansements permettant de créer un milieu idéal à la cicatrisation de la plaie.

La détersion mécanique est indispensable en cas de nécrose aigue. Elle est réalisée à l'aide de pinces et ciseaux à bouts ronds. L'excision se fait du centre vers les berges et ne doit

provoquer ni douleur, ni saignement. Elle est suivie de l'application d'un pansement humide.

- **Le bourgeonnement [18]**

Le bourgeonnement est la véritable étape de cicatrisation. La plaie est rouge et constituée exclusivement de tissu vivant donc vascularisé. A ce stade, les produits antiseptiques et antibiotiques ne doivent pas être utilisés. Il faut être le moins agressif possible, de façon à respecter les bourgeons charnus qui comblent progressivement la plaie. Le nettoyage de la plaie s'effectue avec de l'eau et du sérum physiologique.

3.2 Cicatrisation [3], [19], [20]

Avant de présenter les pansements utilisés pour le traitement des escarres, quelques rappels sur la cicatrisation s'imposent.

Le processus de cicatrisation est complexe. Il a pour but de réparer le(s) tissu(s) endommagé(s) et d'en restituer la fonctionnalité. Il aboutit à la reconstruction d'un épithélium pluristratifié (l'épiderme), de la jonction dermo-épidermique, du derme et de la vascularisation.

La dynamique de cicatrisation est divisée en trois ou quatre phases, selon les ouvrages. En fait la phase d'épidermisation est parfois incluse dans la phase proliférative ou cellulaire.

3.2.1 La phase vasculaire et inflammatoire [19], [20]

La phase vasculaire et inflammatoire débute dès la formation de la plaie et est déclenchée par l'extravasation d'éléments sanguins et notamment les plaquettes qui adhèrent aux parois vasculaires, s'agrègent, activent la coagulation et libèrent des facteurs

vasoconstricteurs, des facteurs chimiotactiques et des facteurs de croissance. Ceux-ci provoquent alors l'apparition de molécules d'adhésion sur les parois vasculaires permettant l'infiltration du foyer par des polynucléaires, des macrophages et des lymphocytes. Ces éléments non cellulaires assurent d'abord une détersion non spécifique par libération d'espèces réactives de l'oxygène, d'oxyde nitrique suivie d'une défense anti infectieuse spécifique médiée par les lymphocytes. Cette phase permet l'arrêt du saignement, l'élimination des débris tissulaires, la lutte anti-infectieuse locale et le passage à la phase suivante grâce à la libération de facteurs de croissance.

3.2.2 La phase cellulaire ou proliférative [19], [20]

Sous l'action de ces différents facteurs de croissance, la phase proliférative ou cellulaire va débuter. Elle utilise la matrice extra-cellulaire provisoire mise en place lors de la phase vasculaire. Les fibroblastes migrent dans le foyer en cours de cicatrisation, prolifèrent et synthétisent une nouvelle matrice. En parallèle, une néoangiogénèse se développe par migration, prolifération et réorganisation des cellules endothéliales. La perte de substance est ainsi progressivement comblée.

3.2.3 La phase d'épidermisation [19], [20]

L'épidermisation assure la couverture finale de la plaie et termine la phase macroscopiquement visible de la cicatrisation. Tout d'abord la membrane basale se reconstitue avec migration des cellules basales. Cette nouvelle couche basale va alors donner naissance à un épiderme mal différencié dans un premier temps et synthétiser les éléments de la membrane basale pour permettre à la phase d'épidermisation de se poursuivre. Progressivement, la membrane va se solidifier.

3.2.4 La phase de remodelage [19], [20]

La dernière phase, dite de remodelage doit permettre à la peau de retrouver une structure et une fonction aussi proche que possible de la normale. Cette phase nécessite la contraction des berges par les myofibroblastes, une réorientation des fibres de collagène, un remplacement du collagène III par du collagène I. Cette phase dure plusieurs mois.

3.3 Pansements

3.3.1 Définition des pansements [3], [21]

Les pansements utilisés dans le traitement des escarres et des ulcères sont des dispositifs médicaux. Contrairement aux médicaments, les dispositifs médicaux ne nécessitent pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM). Ils doivent porter le marquage CE.

Le pansement se définit comme un matériel utilisé pour protéger et soigner une plaie.

3.3.2 Remboursement [3]

Le remboursement des pansements est possible en fonction de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). La LPPR apprécie le service médical rendu. Les nomenclatures tarifées sont alors rédigées par famille de produits. Un pansement est remboursable s'il appartient à une catégorie générique inscrite sur la LPPR et les indications remboursables dépendent de la catégorie à laquelle appartient le pansement. Le remboursement des pansements d'une même classe est identique et est basé sur la nomenclature du pansement à la LPPR et sur sa surface. Les laboratoires conseillent un prix de commercialisation que les officines sont libres de dépasser.

3.3.3 Rôle des pansements [3]

Le traitement des plaies chroniques repose sur l'application de pansements capables de créer ou maintenir un milieu humide, d'absorber l'excès d'exsudat et de protéger la plaie d'infections secondaires. Le milieu humide maintenu au contact de la plaie permet de ramollir le tissu nécrotique et facilite ainsi son élimination mais ne dispense pas de la détersion. La capacité d'absorption des pansements humides permet une détersion plus rapide de la plaie ; en outre, le dessèchement de la plaie, qui mènerait à l'inhibition de la prolifération cellulaire, peut ainsi être évité pendant tout le temps nécessaire à la guérison.

3.3.4 Choix des pansements [2]

Le choix du pansement dépend du stade, de la localisation, de la taille et de la profondeur de la plaie ainsi que de l'état de la peau péri-lésionnelle.

Le tableau suivant présente le choix du type de pansement en fonction de l'état de la plaie.

ETAT DE LA PLAIE	TYPE DE PANSEMENT
Plaie anfractueuse (plaie formant des cavités inégales à la surface de certains os)	Hydro colloïde pâte ou poudre Alginate mèche/hydrofibre mèche Hydrocellulaire forme cavitaire
Plaie exsudative (plaie contenant un liquide séreux d'origine pathologique)	Alginate/hydrocellulaire Hydrofibre
Plaie hémorragique (plaie avec un écoulement de sang)	Alginate
Plaie bourgeonnante (plaie en voie de cicatrisation recouverte de granulations rougeâtres et coniques)	Pansement gras Hydrocolloïde Hydrocellulaire
Plaie avec bourgeonnement excessif	Corticoïde local
Plaie en voie d'épidermisation (plaie à un stade bien avancé de cicatrisation, recouvrement final de la plaie)	Hydrocolloïde Hydrocellulaire, pansement gras
Plaie malodorante	Pansement au charbon

Tableau II : Type de pansement en fonction de l'état de la plaie

3.4 Caractéristiques des pansements [2] [3] [22] [23]

[24]

	Exemples	Composition	Mode d'action	Propriétés	Indications
Alginates (compresses et mèches)	ALGOSTERIL® ASKINA SORB® MELGISORB® SEASORB® SORBALGON® URGOSORB®	-Alginates (polymères d'acides alginiques) obtenus à partir d'algues brunes - Carboxymethylcellulose pour certains	-Au contact des exsudats, l'alginate de calcium échange un cation Ca ²⁺ contre deux cations Na ⁺ . -Les molécules d'eau peuvent alors pénétrer dans la structure et former un gel.	-Forte capacité d'absorption (10 à 15 fois son poids) -Propriétés hémostatiques -Accélère la vitesse de cicatrisation -Captation des débris nécrotiques par le gel	-Plaies modérément ou fortement exsudatives, superficielles ou profondes -Plaies peu exsudatives en phase de détersion -Plaies hémorragiques
Hydrocolloïdes (plaques adhésives, poudre et pâte)	ALGOPLAQUE® ASKINA® CONFEEEL PLUS® DUODERM® SURESKIN®	-Systèmes bicouches : une couche externe de mousse ou de film et une couche interne absorbante et adhésive en carboxymethylcellulose (CMC)	-Gonflement au contact des exsudats -Formation d'un gel maintenant un milieu humide	-Permet échanges gazeux et isole la plaie des contaminations -Pas d'action cicatrisante mais optimisation de la cicatrisation naturelle -Absorption jusqu'à 3 fois son poids	-Plaies faiblement à modérément exsudatives aiguës ou chroniques -Plaies en cours de bourgeonnement et d'épithélialisation -Erythème, nécrose noire et sèche
Hydrocellulaires	ALLEVYN® BIATAIN® COMBIDERM® HYDROSORB® MEPILEX® TIELLE®	-Systèmes tricouches : une interne hydrophile en mousse non adhérente et absorbant, une intermédiaire, hydrocellulaire, absorbante et hydrophile et une externe imperméable aux liquides et bactéries	-La mousse se gorge des exsudats -La fine couche interne constitue une interface entre la plaie et le pansement permettant un retrait aisé et non traumatique	-Haut pouvoir absorbant (10 fois son poids) -Opaque et indolore -Imperméable aux liquides et bactéries	-Plaies modérément à peu exsudatives -Plaies au stade de détersion, bourgeonnement, épidermisation

Tableau III : Exemples, composition, mode d'action, propriétés et indications des pansements

	Exemples	Composition	Mode d'action	Propriétés	Indications
Pansements gras (larges mailles) / Interfaces (petites mailles)	ADAPTIC® JELONET® PHYSIOTULLE® TULLE GRAS® VASELITULLE®	-Base (tulle, gaze ou interface) imprégnée par un produit lipidique (vaseline, carboxymethylcellulose, paraffine) avec ou sans principe actif	-Les substances hydrophobes oxygènent la plaie et drainent les exsudats à travers les mailles vers le pansement absorbant	-Peu adhérent à la plaie -Drainage des exsudats vers le pansement secondaire	-Phases de bourgeonnement ou d'épidermisation des plaies faiblement suintantes
Pansement au charbon	ACTISORB® CARBOFLEX® CARBONET®	-Composé de plusieurs couches sur l'une desquelles du charbon actif a été ajouté	-Le charbon actif absorbe les microorganismes en cas de surinfections	-Effet antibactérien	-Plaies exsudatives mal odorantes
Hydrofibres (compresse et mèches)	AQUACEL® Hydrofibre	-Fibres hydro colloïdes de carboxymethylcellulose	-Absorption des liquides et formation d'un gel humide	-Très haut pouvoir absorbant (30 fois son poids)	-Plaies très exsudatives
Hydrogels	DUODERM® Hydrogel HYPERGEL® PURILON®	-Gel contenant majoritairement de l'eau et des adjuvants	-Hydratation des tissus nécrotiques secs -Les adjuvants augmentent la viscosité de l'eau	-Absorption des exsudats et débris de la plaie -Hydratation des tissus nécrotiques desséchés	-Détersion des plaies nécrotiques sèches ou fibrineuses peu exsudatives

Tableau III : Exemples, composition, mode d'action, propriétés et indications des pansements

	Contre-indications	Mode d'emploi	Fréquence de renouvellement	Remarques
Alginates (compresses et mèches)	-Plaies non exsudatives -Escarre au stade de nécrose sèche -Utilisation de solution alcaline, Dakin	-Découper le pansement aux dimensions de la plaie -Nettoyer la plaie -Poser l'alginate sur la plaie et le recouvrir d'un pansement secondaire	-Tous les jours si la plaie est en phase de détersion -Tous les 2-3 jours au maximum en phase de bourgeonnement	-Pour retirer l'alginate, il est possible d'humidifier au sérum physiologique
Hydrocolloïdes (plaques adhésives, poudre et pâte)	-Plaies infectées car sont occlusifs -Exsudation importante -Allergie -Eczéma	-Nettoyer et sécher la plaie avec une compresse -Appliquer l'hydrocolloïde sur la plaie en dépassant de 2 à 3 cms sur la peau pour permettre une adhérence	-En fonction de l'importance des exsudats -De quelques jours à une semaine	-Pas besoin de pansement secondaire
Hydrocellulaires	-Plaies très exsudatives -Utilisation d'antiseptiques oxydants, de Dakin, d'eau oxygénée -Plaies infectées en l'absence d'un traitement anti infectieux adapté	-Nettoyer la plaie et sécher la peau périlésionnelle -Fixer le pansement -Utiliser un pansement secondaire pour les formes non adhésives	-En fonction des exsudats -De 2 à 6-8 jours environ	-Formes adhésives uniquement pour les plaies dont la peau péri-lésionnelle est saine

Tableau IV : Contre-indications, prise en charge, mode d'emploi, fréquence de renouvellement et remarques des pansements

	Contre-indications	Mode d'emploi	Fréquence de renouvellement	Remarques
Pansements gras / Interfaces	-Hypersensibilité à l'un des composants	-Nettoyer la plaie -Appliquer le pansement -Le fixer à l'aide d'un pansement secondaire	-Tous les 2 jours minimum car peu absorbants	
Pansement au charbon	-Plaies non exsudatives -Sensibilité à l'un des composants	-Dépend de chaque pansement	-Renouvellement tous les 2 à 3 jours ou quotidien si plaie infectée	-Faible absorption des exsudats
Hydrofibres	-Sensibilité à l'un des composants	-Nettoyer la plaie -Appliquer sur la plaie en dépassant de 21 cm sur la peau	-En fonction des exsudats -Au moins tous les 7 jours	
Hydrogels	-Plaies très exsudatives et infectées -Sensibilité à l'un des composants -Ulcère d'origine artérielle	-Nettoyer la plaie -Sécher la plaie -Appliquer le gel sans déborder sur la peau saine -Recouvrir d'un pansement secondaire peu absorbant (plaque hydro colloïde ou film de polyurethane)	-En fonction de la quantité d'exsudats, environ tous les 3 jours	-Eliminer le gel par rinçage au sérum physiologique

Tableau IV : Contre-indications, prise en charge, mode d'emploi, fréquence de renouvellement et remarques des pansements

3.5 La nutrition [12],[2], [25], [26], [27]

L'escarre est une situation à risque de dénutrition. Plus la prise en charge nutritionnelle est précoce, plus elle est efficace. La prise en charge nutritionnelle doit être simultanée à la prise en charge de l'escarre.

3.5.1 L'évaluation

L'évaluation de l'état nutritionnel permet d'assurer une prise en charge optimale. Elle comprend :

- une mesure du poids et de l'index corporel,
- la notion de perte de poids récente,
- l'aspect clinique : atrophie musculaire, du tissu cutané,
- l'évaluation des prises alimentaires
- le dosage de l'albumine permettant de mettre en évidence un défaut d'apport alimentaire en protéines.

Cette évaluation peut être réalisée à l'aide du MNA : Mini Nutritional Assessment (ANNEXE 4). Il s'agit d'un questionnaire simple qui a pour but d'apprécier les risques de dénutrition d'un individu âgé sans prélèvement biologique. Ce test comprend plusieurs catégories : indices anthropométriques, évaluation globale, indices diététiques et évaluation subjective. Il peut être réalisé à plusieurs reprises et il convient de conserver les résultats de façon à les comparer.

3.5.2 Les besoins

Chez un patient porteur d'escarres, il est important d'équilibrer son état nutritionnel.

- **Besoin énergétique**

Une ration de 35 à 45 kCal/Kg/J est recommandée en cas d'escarre. Il s'agit d'une valeur indicative, l'apport énergétique doit être adapté à la situation de chaque patient. Il est important de tenir compte du statut nutritionnel initial, des pathologies associées, de la présence éventuelle d'un syndrome inflammatoire.

- **Besoin protéique**

Lors de la constitution d'une escarre, un hyper catabolisme se crée en raison de l'état inflammatoire et infectieux. Une déperdition protéique augmente l'hyper catabolisme.

Les protéines doivent représenter au moins 15% de l'apport énergétique total.

- **Le rôle des micronutriments**

La dénutrition protéino-énergétique est très souvent associée à une carence en micronutriments : fer, zinc, cuivre, acide folique, vitamines A, B1, B2, B6, C E. Une attention plus particulière est portée au zinc et à la vitamine C.

Une carence en zinc est fréquente en cas de dénutrition et chez la personne âgée. Elle est due à une insuffisance d'apports et à des besoins accrus en cas de maladie chronique. De plus, le zinc intervient dans le processus de cicatrisation, ce qui justifie sa supplémentation à raison de 50 à 100 mg/J pendant quinze jours.

Une carence en vitamine C pourrait altérer le processus de cicatrisation. L'acide ascorbique est nécessaire à la transformation de la proline en hydroxy-proline qui stabilise le collagène. Les recommandations de supplémentation en vitamine C sont de 0,1 à 1g/J pendant quinze jours.

3.5.3 La prise en charge nutritionnelle

L'alimentation naturelle doit être privilégiée. Il est souvent conseillé d'augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée. Les périodes de jeûne supérieures à 12 heures doivent être évitées.

- **Enrichissement de l'alimentation**

De façon à être plus riche, l'alimentation traditionnelle peut être enrichie avec des produits traditionnels de base (lait concentré entier, fromage, œufs, crème fraîche...).

Cet enrichissement a pour but d'augmenter l'apport énergétique d'une ration, sans en augmenter le volume.

- **Les Compléments Nutritionnels Oraux (CNO)**

Ce sont des mélanges nutritifs complets administrables par voie orale qui sont hyperénergétiques et hyperprotidiques. Les textures et goûts sont nombreux.

Ils sont inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables et peuvent donc être pris en charge lorsqu'ils sont accompagnés d'une ordonnance.

Les compléments protéino-énergétiques sont à consommer lors de collation à distance d'au moins 2h des repas et les substituts de repas sont à consommer pendant les repas, à la place d'une alimentation "classique".

En général deux unités par jour permettent un apport alimentaire de 400 kCal/J et/ou de 30g/J de protéines.

Certains laboratoires proposent des compléments nutritionnels spécifiques à une dénutrition associée aux escarres car ils sont enrichis en arginine. C'est le cas de Cubitan commercialisé par Nutricia.

3.6 Prise en charge de la douleur [2], [28]

Une douleur peut accompagner une escarre mais elle n'est pas nécessairement corrélée à la taille de celle-ci. Une prise en charge de la douleur passe par une bonne et régulière évaluation de cette dernière. Trois situations peuvent coexister.

3.6.1 Douleur chronique

Elle est liée à la destruction tissulaire, à l'inflammation voire à l'infection de l'escarre. Il est recommandé d'utiliser des antalgiques selon la stratégie en trois paliers recommandée par l'organisation mondiale de la santé (OMS). La douleur peut aussi être due à un terrain de neuropathies périphériques pouvant favoriser l'apparition d'escarres. Les antidépresseurs tricycliques et les anticonvulsivants sont alors utilisés.

Le traitement est également non médicamenteux avec un environnement adapté, des supports et pansements appropriés.

3.6.2 Douleur aiguë cyclique

Elle est liée au positionnement ou/et au pansement. Le temps du pansement doit être accompagné d'une adaptation des antalgiques : augmentation des doses avant le pansement. Il est important de toujours prévenir le patient des gestes qui vont être réalisés durant les soins.

3.6.3 Douleur aiguë non cyclique

Il s'agit d'une douleur liée à un débridement de l'escarre. Dans ce cas, les antalgiques doivent être augmentés et des topiques anesthésiques locaux utilisés.

3.7 La chirurgie [2]

La chirurgie de l'escarre concerne les patients présentant des difficultés de cicatrisation. De plus, l'état de l'escarre et du patient, de sa pathologie et de son environnement doivent être pris en compte. L'opération doit permettre un gain d'autonomie pour le patient. La chirurgie n'est pas justifiée chez un patient en fin de vie.

La chirurgie est indiquée dans les cas suivants : nécrose tissulaire importante dans le but de prévenir une infection ; lorsque les axes vasculo-nerveux, les capsules articulaires ou tendons sont exposés, ce qui permet de prévenir les pertes fonctionnelles majeures. ; l'os est à nu ; lorsque l'escarre est infectée.

Un traitement chirurgical d'une escarre doit permettre l'excision suffisante des tissus nécrosés, le comblement de la perte de substance et un respect maximal du capital cutané et musculaire.

3.8 Traitement de l'escarre en soins palliatifs [1], [2],

[29]

Les objectifs de la prise en charge des escarres en soins palliatifs sont multiples :

- limiter la survenue de nouvelles escarres. Il est difficile de stopper totalement la survenue en situation de soins palliatifs ;
- concernant la/les escarres déjà installée(s), il convient de limiter son/leur extension, ainsi que les symptômes associés ;
- la/les escarres doi(ven)t être traitée(s) tout en tenant compte du confort du patient et il convient de soulager au maximum la douleur ;
- il est nécessaire de diminuer autant que possible l'inconfort physique et psychique lié à l'escarre.

La prise en charge des escarres en soins palliatifs nécessite une évaluation du pronostic vital du patient et du pronostic de la ou des escarres.

L'objectif curatif consiste à guérir l'escarre et éviter que d'autres escarres ne se créent. Mais cet objectif sera progressivement abandonné pour être remplacé par un objectif palliatif visant à éviter que l'escarre ne s'étende, en surface et en profondeur, ne se complique (inflammation, infection, hémorragie), et évitant ou retardant l'apparition de nouvelles plaies. Enfin l'objectif terminal a pour but de respecter le processus naturel de la mort et le besoin de tranquillité du mourant c'est-à-dire éviter les soins inutiles, maintenir les soins de propreté minimaux.

Au stade de soins palliatifs, les facteurs de risque sont à évaluer plus spécifiquement.

3.8.1 La dénutrition

A ce stade, un acharnement nutritionnel n'a pas d'intérêt. Le patient et son entourage doivent accepter de coopérer à toute thérapeutique nutritionnelle.

3.8.2 La déshydratation

Une réhydratation sera mise en place, uniquement si la déshydratation est un inconfort pour le patient.

3.8.3 L'état infectieux général

Une infection sera traitée seulement en fonction du pronostic vital du patient et non en fonction du risque d'escarre.

La prise en charge des escarres en soins palliatifs est donc une situation particulière qui se gère au cas par cas en fonction du patient et de son état général.

QUESTIONNAIRE

Les classes de pansements disponibles à ce jour sont nombreuses et complexes ; les évolutions technologiques dans ce champ sont constantes. Les pharmaciens et équipes officinales sont-ils au courant des dernières nouveautés et recommandations en matière de prise en charge des escarres ? Il paraît donc nécessaire d'évaluer la nécessité et les besoins d'une formation sur la prise en charge des escarres. Pour se faire, une enquête sous forme de questionnaire a été réalisée.

1 MATERIEL ET METHODE

1.1 Choix de la méthode

1.1.1. Support

La forme questionnaire présente l'avantage d'être simple à mettre en place et rapide à remplir et synthétiser.

Le questionnaire a volontairement été court de façon à ne pas décourager les personnes l'ayant reçu. De plus le délai entre l'envoi et la date limite de réponse était court (une semaine), de façon à inciter les personnes à répondre rapidement.

1.1.2. Public visé et objectifs du questionnaire

Le public visé par ce questionnaire était toute l'équipe officinale : pharmaciens, préparateurs et étudiants, de façon à répondre au mieux aux besoins de tous et pas seulement du pharmacien.

Dans le but de créer une formation sur la prise en charge des escarres qui réponde le mieux au besoin des officinaux, un questionnaire a été élaboré.

Le questionnaire avait pour objectifs :

- d'estimer les formations reçues par l'équipe officinale en terme d'escarres ;
- de savoir si une telle formation était nécessaire et susceptible d'intéresser les équipes ;
- d'estimer les temps que les équipes seraient prêtes à consacrer à une telle formation et quel type de formation les intéresse ;
- de savoir quels thèmes il faut aborder durant la formation.

1.2 Distribution et recueil des données

La diffusion du questionnaire a été faite par plusieurs moyens :

- envoi par courrier électronique à l'ensemble des étudiants de sixième année de pharmacie de Grenoble en stage de pratique officinale ; il leur était demandé de remplir le questionnaire seul ou avec l'équipe officinale de la pharmacie où ils étaient ;

- envoi du questionnaire à des étudiants travaillant en officine ou des pharmaciens connus de l'investigateur ;

- envoi par l'intermédiaire de la chambre syndicale des pharmaciens de la Drôme et le syndicat des pharmaciens de l'Ardèche à tous les titulaires de ces deux départements ;

- un de ces pharmaciens a fait suivre le questionnaire à ses connaissances dont l'une d'elles a retransmis le questionnaire aux pharmaciens du réseau de pharmacies Alrheas.

Le recueil des questionnaires complétés s'est fait par e-mail et par fax.

Le questionnaire a été diffusé à partir du 13 Juin 2008. Les réponses étaient demandées avant le 20 Juin 2008 mais ce sont étalées du 13 Juin au 2 Juillet 2008.

1.3 Présentation du questionnaire

Le questionnaire est présenté en Annexe 5.

Le questionnaire a été construit en trois parties :

- établir un état des lieux des formations des équipes officinales sur la prise en charge des escarres ;

- connaître les besoins de formations et les attentes des équipes officinales sur la prise en charge des escarres ;

- connaître la profession de la ou des personnes ayant répondu au questionnaire.

Les deux premières questions avaient pour objectifs de savoir si les équipes officinales avaient reçu des formations spécifiques sur la prise en charge des escarres et savoir si elles étaient intéressées par une formation sur ce thème.

Les questions 3 à 5 concernaient uniquement ceux ayant répondu à la question 2 s'ils étaient intéressés par une telle formation. Avec pour idée de réaliser cette formation, l'objectif était de créer la formation en répondant au mieux aux besoins des équipes officinales en terme de temps de formation, de type de formation et du contenu de la formation.

Pour la question 4, une seule réponse était possible de façon à dégager le choix préférentiel des équipes concernant le type de formation.

De même pour la question 5, parmi les 9 items proposés, 3 réponses maximum étaient possibles. L'objectif du questionnaire était de connaître les attentes prioritaires des équipes officinales.

Enfin la question 6 visait à connaître la profession des personnes ayant répondu au questionnaire. Le nom de la pharmacie était demandé mais l'interprétation des résultats était anonyme. Ceci avait pour but de pouvoir éventuellement les recontacter une fois la formation réalisée.

2 RESULTATS

2.1 Nombre de questionnaires recueillis

Lors de la période de recueil des questionnaires, 111 questionnaires sur les 254 envoyés ont été complétés. Ce qui fait 43,70% de réponses.

Plusieurs explications peuvent être données aux questionnaires non retournés :

- désintérêt pour le sujet ;
- manque de temps pour remplir le questionnaire ;
- l'adresse e-mail du destinataire ne fonctionnait pas.

Les résultats de l'étude sont donc considérés sur les 111 questionnaires renvoyés.

2.2 Mode de recueil des données

La majorité des questionnaires a été renvoyée dans les 5 jours suivant son envoi. Le recueil des questionnaires complétés s'est fait autant par mail que par fax (Figure 9).

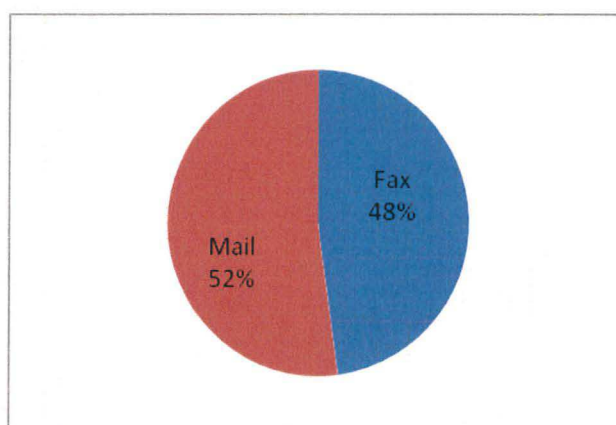


Figure 9 : Mode de recueil des questionnaires

2.3 Etat des lieux des formations des équipes officinales sur la prise en charge des escarres

70% des personnes interrogées (Figure 10) ont déjà reçu une formation sur la prise en charge des escarres, principalement par un laboratoire. Malgré ce chiffre, 95% sont intéressés par une telle formation (Figure 11). En fait ces personnes avaient déjà suivi une formation lors du diplôme universitaire d'orthopédie ou plaies et cicatrisations.

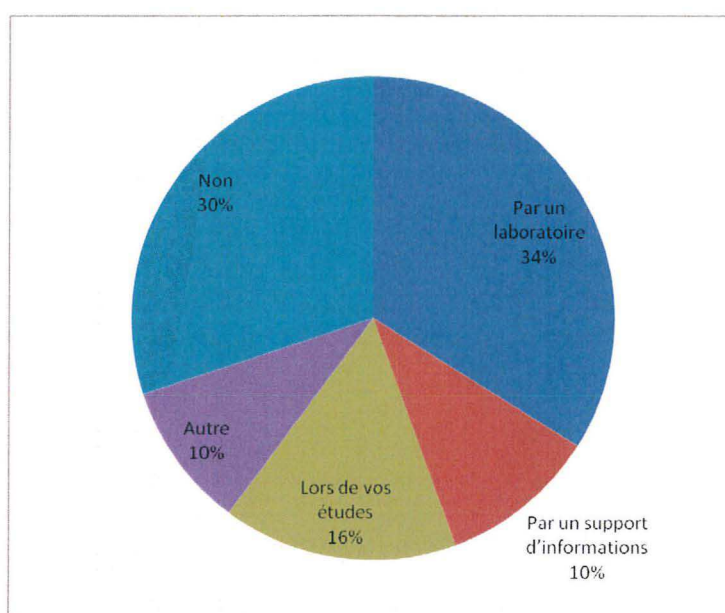


Figure 10 : Formation sur la prise en charge des escarres

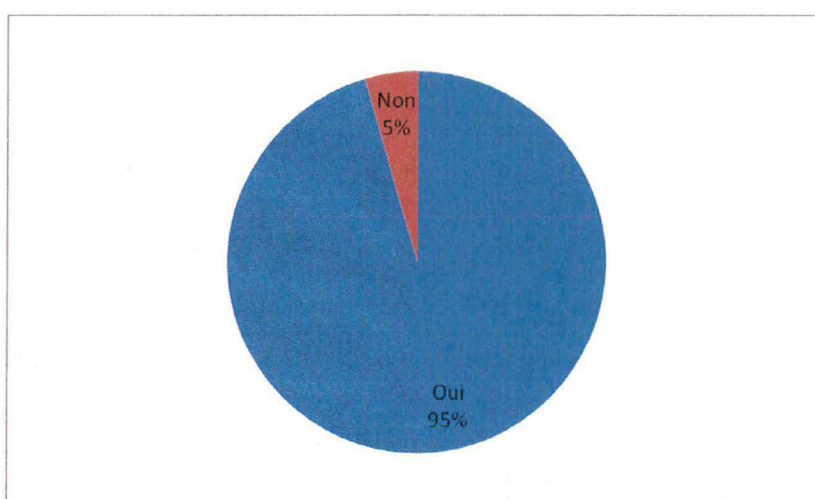


Figure 11 : Intérêt pour une formation sur les escarres

2.4 Organisation de la formation

Globalement, il ressort du questionnaire que 42% des équipes officinales sont prêtes à se consacrer à une formation entre trente minutes et une heure et 34% entre une et deux heures (Figure 12) en un module (Figure 13). Pour la suite, une formation d'une heure environ en un seul module va être envisagée.

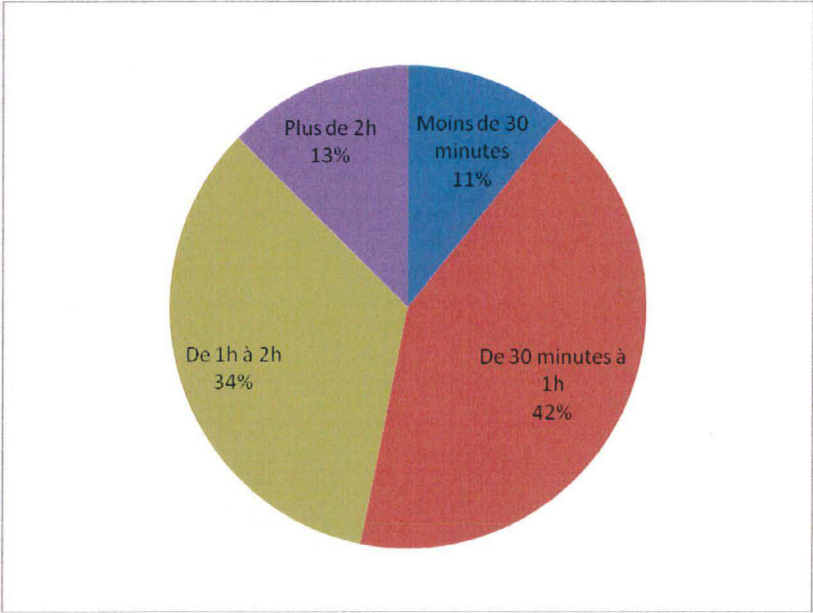


Figure 12 : Temps à consacrer à la formation

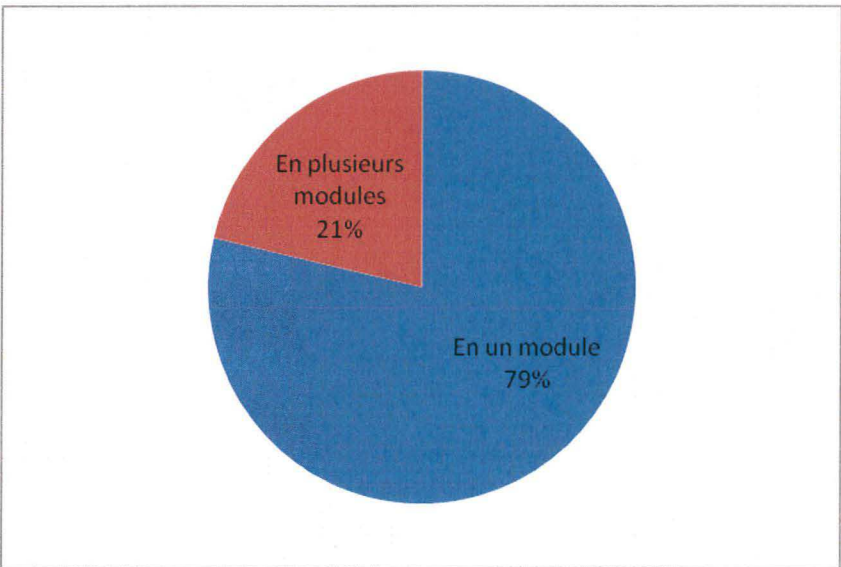


Figure 13 : Nombre de modules

Les équipes officinales préfèrent une formation interactive avec un formateur plutôt qu'une mise à disposition d'un CD (Figure 14).

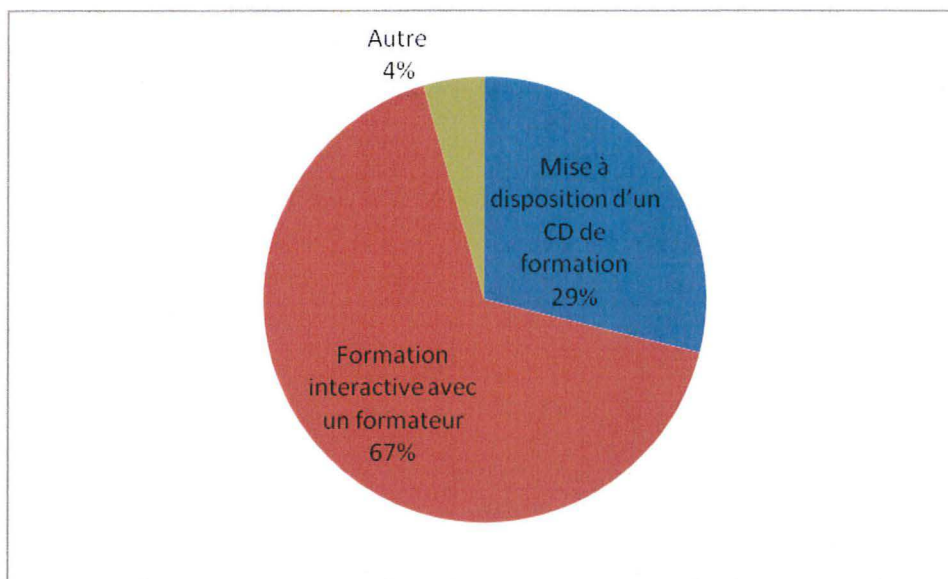


Figure 14 : Type de formation

Les personnes ayant coché la case « autre » souhaitent soit l'organisation d'une soirée de formation, soit un rendez-vous internet avec un formateur soit un téléchargement de la formation via internet.

2.5 Les attentes des équipes officinales

Parmi les neuf items proposés, il était demandé d'en cocher trois au maximum de façon à connaître en priorité les éléments que les équipes officinales souhaitent trouver dans la formation.

Quatre points (Figure 15) sortent comme indispensables à aborder lors d'une formation sur la prise en charge des escarres :

- des rappels sur les différentes classes de pansements ;
- des rappels sur les différents stades des escarres ;
- des conseils à donner au patient et à son entourage ;
- une présentation des pansements avec manipulation.

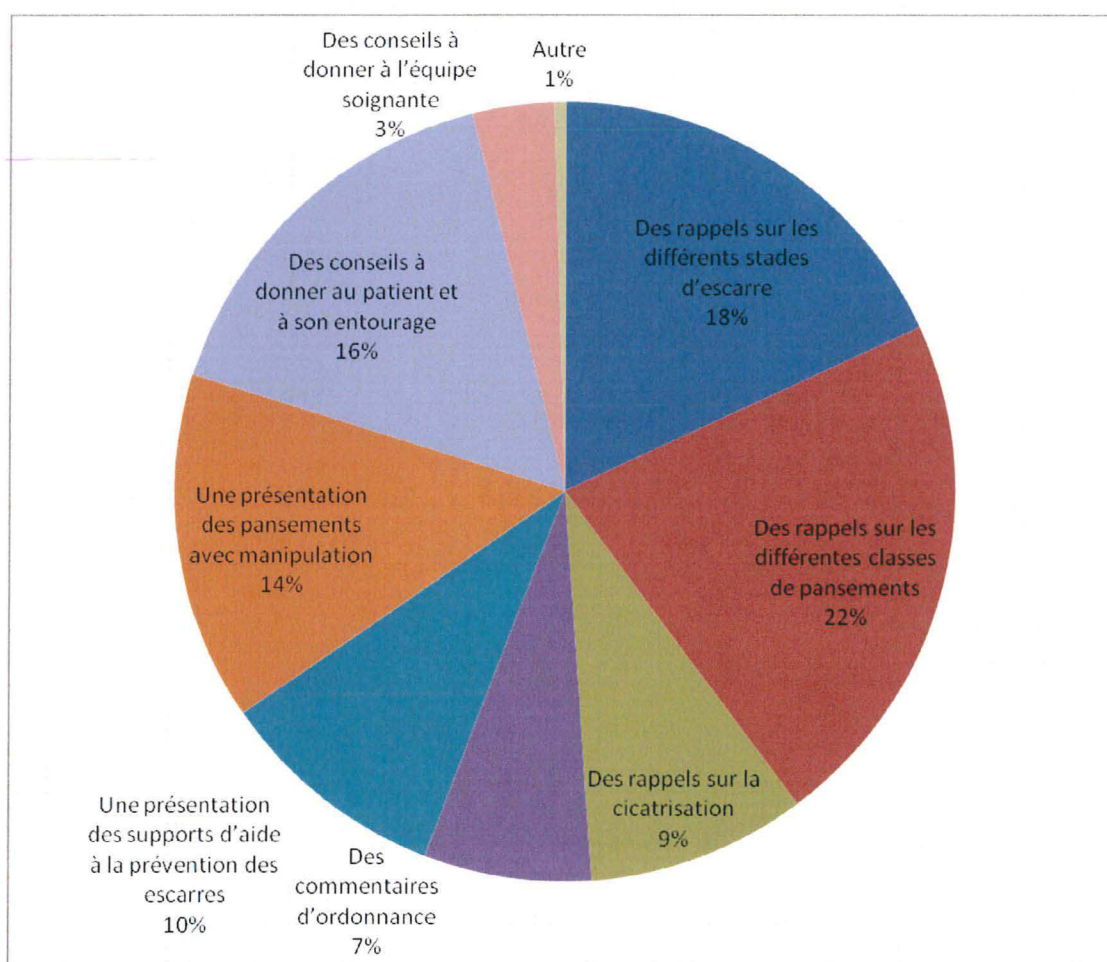


Figure 15 : Contenu de la formation

2.6 Personnes ayant répondu au questionnaire

Le questionnaire a été rempli dans 75% des cas par un pharmacien (Figure 16) ; les préparateurs et étudiants représentant les 25% restant.

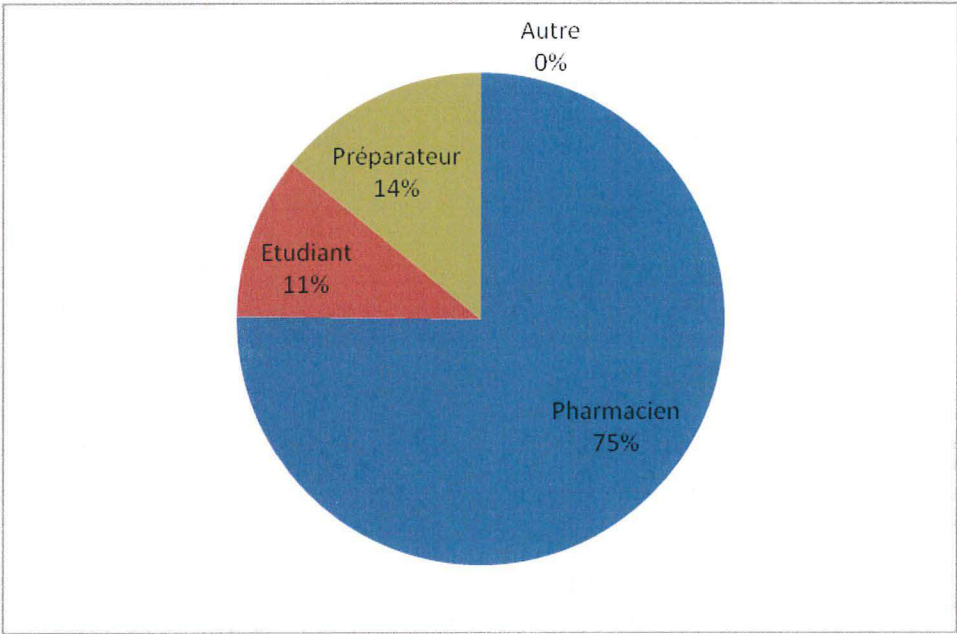


Figure 16 : Personnes ayant répondu au questionnaire

3 DISCUSSION

3.1 Bilan

Globalement les équipes officinales sont plutôt demandeuses d'une formation sur la prise en charge des escarres, même si nombre d'entre eux ont déjà reçu une formation par un laboratoire.

Ce questionnaire a permis de connaître les points à aborder en priorité lors d'une telle formation. Ces points n'auraient pas forcément été traités sans avoir réalisé un tel questionnaire ; notamment tous les rappels sur les différents stades des escarres et sur la cicatrisation.

3.2 Les limites de l'étude

3.2.1 Imprécision

Malgré plusieurs relectures du questionnaire, la deuxième partie de la question 3 pouvait être mal interprétée. Seulement 68% des personnes ont coché la case en un module ou plusieurs modules. Il est possible qu'ils aient pensé que cette sous question concernait les personnes étant prêtes à consacrer plus de deux heures à une telle formation. Il aurait été mieux de mettre ces deux items à part dans une autre question, de façon à avoir un taux de réponse supérieur pour cette question.

3.2.2 Nombre de cases cochées

A la question 5, un nombre maximal de trois réponses avait volontairement été demandé. Cependant 30% des personnes ont coché plus de trois items.

Trois explications sont possibles :

- certains avaient du mal à faire un choix entre les différents items ;
- le questionnaire a été rempli par plusieurs personnes qui n'étaient pas d'accord entre elles ;
- d'autres n'ont peut-être pas fait attention que trois réponses maximum étaient demandées.

3.2.3 Personnes ayant répondu

Le questionnaire a été rempli à 75% par des pharmaciens. Il aurait été intéressant d'avoir peut-être plus de réponses de la part de préparateurs et étudiants de façon à avoir un échantillon plus représentatif des équipes officinales.

3.2.4 Quelques incohérences

Certaines personnes n'ont pas été très cohérentes dans leurs réponses. En effet elles souhaitent une formation avec une mise à disposition d'un CD et une présentation des pansements avec manipulation.

3.3 Les points positifs

Les réponses au questionnaire ont été nombreuses et très disparates d'un point de vue géographique, grâce notamment à l'envoi aux pharmaciens du groupement Alrheas et à l'envoi à l'ensemble des étudiants en pharmacie de sixième année de Grenoble en stage de pratique officinale dans toute la région Rhône-Alpes.

3.4 Utilisation du questionnaire

Ce questionnaire a permis de préparer une formation pour les équipes officinales sur la prise en charge des escarres. Cette formation sera une formation interactive en un module d'une heure. Elle comportera une première partie rappelant les différents stades des escarres et pour chaque stade les pansements utilisés seront présentés. Enfin des conseils généraux sur la prise en charge des escarres clôtureront cette formation.

FORMATION

1 LA FORMATION

1.1 Choix du support visuel

Les résultats du questionnaire ont permis de préparer un support de formation grâce au logiciel power point. Ceci permet d'avoir un support visuel lors de la formation interactive et ce même support peut aussi être mis sur CD-Rom pour être, par la suite, utilisé par les pharmaciens au sein de leur équipe officinale. Le power point de formation est présenté en Annexe 7. Les diapositives comportent des liens. Il faut visionner le power point en mode diaporama et lorsqu'il y a du texte en orange il faut cliquer sur le texte pour accéder à la diapositive correspondante. Sinon lorsqu'en bas à droite il y a une flèche rouge, il faut cliquer dessus pour accéder à la diapo suivante. S'il n'y a ni texte orange, ni flèche rouge, il faut faire défiler normalement.

1.2 Durée de la formation

Toujours d'après les résultats du questionnaire, le choix d'une formation d'une heure permet de répondre au mieux aux souhaits des équipes officinales. Ce temps est le temps minimum nécessaire pour aborder l'essentiel.

De plus, une grande majorité des personnes ayant répondu souhaitait une formation en un module. Il est donc difficile de traiter de la prise en charge des escarres à l'officine en moins d'une heure.

1.3 Plan de la formation

Toujours d'après le résultat du questionnaire, les différentes parties à aborder lors de la formation sont :

- des rappels sur les différentes classes de pansements,
- des rappels sur les stades des escarres,
- des conseils à donner au patient et à son entourage,
- une présentation des pansements avec manipulation.

Il y avait deux possibilités pour le plan de la formation : soit présenter d'une part les stades des escarres et d'autre part les classes de pansements. Ce type de plan n'a pas été retenu car il avait pour inconvénient d'être trop catalogue. Le choix de présenter un stade des escarres suivi des pansements qui lui correspondent a donc été fait.

1.4 Manipulation des pansements

Le questionnaire avait fait ressortir que les équipes officinales souhaitent manipuler les produits. Il était donc possible de présenter les produits à la fin de la formation. Mais pour répondre au mieux à l'attente des équipes, il a été choisi de présenter les produits au fur et à mesure. Ceci permet une meilleure illustration de la présentation orale du pansement. Cependant lors d'une telle présentation, il faut veiller à garder le public attentif.

2 EVALUATION DE LA FORMATION

2.1 Matériel et méthode

2.1.1 Evaluation de la formation

De façon à améliorer cette formation et apporter les modifications nécessaires, un test sur un petit nombre de personnes a été envisagé. La majorité des personnes ayant répondu au questionnaire était des pharmaciens, c'est pourquoi la formation a été testée sur sept pharmaciens. Ces derniers ont été sollicités car ils avaient répondu au questionnaire ou étaient connus du formateur ou du jury de thèse. Ces pharmaciens étaient tous diplômés depuis au moins huit ans et pharmaciens d'officine. A l'issue de cette formation, une fiche d'évaluation était remplie par ces pharmaciens.

2.1.2 Présentation de la fiche d'évaluation

La fiche d'évaluation de la formation est présentée en Annexe 6. Elle a été construite en quatre parties :

- objectifs et attentes de la formation ;
- méthode de présentation de la formation ;
- utilité de la formation ;
- suggestions et remarques.

Les questions 1 à 4 visent à vérifier que l'objectif de la formation et les attentes des pharmaciens ont été atteints.

Les questions 5 et 6 s'intéressent à la méthode de présentation et à l'organisation technique.

Les questions 7 à 9 visent à savoir quelle sera l'utilisation d'une telle formation par les pharmaciens au sein de l'officine.

Pour les questions 1 à 9, les pharmaciens avaient juste à cocher la ou les cases qui correspondaient à leurs réponses.

La question 10 était une question rédactionnelle de façon à permettre aux pharmaciens de faire des suggestions.

2.2 Résultats

2.2.1 Objectifs et attentes

La formation a répondu aux attentes de toutes les personnes ayant participé. Six d'entre elles sont totalement satisfaites et une assez satisfaite.

La question 3 permettait d'avoir le niveau de satisfaction pour chacun des points abordés.

- **Rappels sur stades des escarres**

Cinq personnes sur sept étaient tout à fait satisfaites et deux l'étaient assez ; ce qui représente respectivement 71% et 29%.

- **Rappels sur classes de pansements**

Six personnes sur sept étaient tout à fait satisfaites et une l'était assez ; ce qui représente respectivement 85% et 15%.

- **Présentation des pansements et manipulation**

Quatre personnes sur sept étaient tout à fait satisfaites et trois l'étaient assez ; ce qui représente respectivement 57% et 43%.

- **Conseils au patient et à son entourage**

Cinq personnes sur sept étaient tout à fait satisfaites et deux l'étaient assez ; ce qui représente respectivement 71% et 29%.

Enfin la question 4 permet aux pharmaciens de préciser les parties à modifier en les développant davantage. Pour la partie sur les différents stades de l'escarre, les pharmaciens auraient souhaité plus de photos pour illustrer les commentaires. Concernant les classes de pansements, un récapitulatif sur les classes de pansements est proposé par les pharmaciens. La partie conseils au patient et à son entourage aurait mérité d'être développée davantage.

2.2.2 Méthode de présentation

100% des pharmaciens ont été satisfaits par le support power point et la manipulation des pansements. Quelques points sont encore à perfectionner : s'assurer que les couleurs utilisées sont bien visibles à la projection ; car certaines couleurs ressortent très bien sur l'écran de l'ordinateur et le sont moins bien après sur l'écran de projection.

Concernant la manipulation des pansements pendant la formation, seul un pharmacien aurait préféré manipuler les pansements à la fin de la formation. Tous les autres préfèrent une manipulation au fur et à mesure pendant la formation. Cependant malgré un échantillonnage assez large, il faut faire attention à ce que chacun puisse manipuler les pansements en même temps que l'explication.

2.2.3 Utilité de la formation

100% des pharmaciens ont jugé cette formation utile et tous souhaitent recevoir le power point de formation.

Concernant son utilisation, six d'entre eux pensent utiliser ce power point au sein de leur officine. Un seul ne pense pas l'utiliser, cependant la raison n'est pas connue ; peut-être s'agit-il d'un manque de temps ?

2.2.4 Suggestions et remarques

Les remarques concernent des éléments à perfectionner pour améliorer la formation. Deux points ressortent :

- Intégrer plus de photos au sein de la présentation ; en effet, pour illustrer les stades des escarres, certains auraient souhaité des photos des escarres localisées à différents endroits.

- Présenter en fin de présentation un récapitulatif des différents pansements et pour chaque pansement ses principales indications.

2.3 Discussion

2.3.1 Bilan

Le résultat est tout à fait encourageant et positif car tous les pharmaciens présents sont satisfaits et demandeurs d'une telle formation.

Il y a donc un réel besoin de formation sur le thème des escarres.

2.3.2 Limites de l'évaluation de la formation

Cette formation a été testée avec sept pharmaciens. Il serait intéressant de tester cette formation avec un nombre plus important de pharmaciens pour que cela soit plus représentatif. Ceci permettrait de savoir si cette formation est réalisable avec un nombre plus important de pharmaciens.

3 PERSPECTIVES

Pour perfectionner cette formation, quelques points sont à compléter. Il serait intéressant d'intégrer à la présentation plus de photos des escarres et des pansements. Ainsi les personnes pourraient revisualiser chez elles le support, sans avoir à leur disposition les échantillons de pansements.

Pour réaliser cette formation avec plus de pharmaciens, il est nécessaire de prévoir un nombre suffisant de pansements. Lors de la présentation d'un pansement, l'intérêt est que chacun puisse manipuler le pansement en même temps que sa description. Pour une présentation avec un grand nombre de participants, l'idéal serait de prévoir un kit de pansements pour deux ou trois participants. Ce kit pourrait comprendre les différents pansements présentés lors de la manipulation. Ils seraient classés dans l'ordre de la présentation pour que chacun puisse les retrouver.

Dans le cadre de la formation continue, cette formation sera proposée à l'UTIP pour une éventuelle utilisation.

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : Charline D'HERIN

**TITRE : FORMATION CONTINUE A L'OFFICINE : PRISE EN CHARGE
DES ESCARRES**

CONCLUSION

Les classes de pansements disponibles à ce jour sont nombreuses et complexes ; les évolutions technologiques dans ce champ sont constantes. Le pharmacien représente un maillon de l'équipe multidisciplinaire de la prise en charge des escarres chez le patient à domicile. C'est pourquoi une formation continue du pharmacien et des équipes officinales est nécessaire.

L'objectif de ce travail était de construire et valider une formation pour les pharmaciens et les équipes officinales sur la prise en charge des escarres.

Pour ce faire, le travail s'est déroulé en trois étapes. Dans un premier temps, nous avons analysé les besoins de formation sur base d'une enquête : nous avons envoyé par courrier électronique un questionnaire à l'ensemble des étudiants de sixième année de pharmacie de Grenoble en stage de pratique officinale, à des étudiants travaillant en officine ou des pharmaciens connus de l'investigateur, à tous les pharmaciens titulaires de la Drôme et de l'Ardèche, aux pharmaciens du réseau de pharmacies Alrheas.

Les résultats ont permis, dans un deuxième temps, d'élaborer un kit de formation pour les équipes officinales.

Enfin, le dispositif a été testé dans le cadre d'une soirée de formation continue.

Concernant la première phase de travail, sur 254 questionnaires envoyés, 111 ont été retournés. Les attentes des pharmaciens d'officine concernant la formation étaient les suivantes : des rappels sur les différents stades des escarres et les différentes classes de pansements ; des informations concernant la manipulation de ces produits lors des actes de

pansement ; les conseils à donner au patient et à son entourage. La formation doit être interactive, réalisée en un module d'une heure.

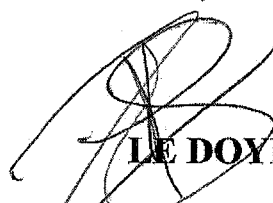
Le dispositif constitué comprend : 1. un set de diapositives ; 2. un ensemble d'échantillons de pansements. La séance se déroule comme suit : exposé général puis présentation et manipulation des produits par les stagiaires.

Nous avons pu tester notre dispositif lors d'une soirée de formation accueillant sept pharmaciens. Il en ressort que la présentation doit être illustrée par des photos des pansements et des escarres. Le support de formation doit être à disposition des pharmaciens et des équipes officinales pour une utilisation ultérieure au sein des officines. Enfin le pharmacien souhaite avoir une fiche récapitulative des pansements avec leurs principales indications.

Il serait intéressant de développer ce thème pour la formation continue des pharmaciens et même de l'intégrer dans la formation commune de base durant les études de pharmacie.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 7 Novembre 2008



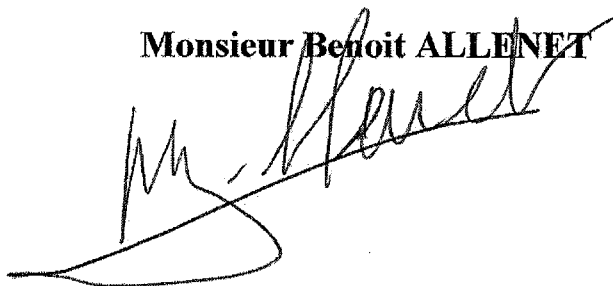
LE DOYEN

Professeur Renée GRILLOT



LE PRESIDENT DE LA THESE

Monsieur Benoit ALLENET



BIBLIOGRAPHIE

- 1 ANAES - Evaluation de la prévention des escarres - Juin 98
- 2 Conférence de Consensus Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé – Texte des recommandations – 15 et 16 Novembre 2001
- 3 Dossier du CNHIM, Escarre, ulcère, pied diabétique : pansements et biomatériaux. Aide à la cicatrisation, Décembre 2003
- 4 Site de la NPUAP : http://www.npuap.org/documents/PU_Definition_Stages.pdf - Consulté en Février 2008
- 5 FONTROUBADE D., Epidémiologie de l'escarre chez la personne âgée - Etude de la littérature des dix dernières années, 2000, 133-135
- 6 Le Nouveau Petit Robert 2008
- 7 JACQUOT J. M., PELISSIER J., FINELS H., STRUBEL D. Epidémiologie et coût des escarres en gériatrie, *La Presse Médicale*, 1999/28, 33, 1854-1860
- 8 PAUCHET-TRAVERSAT AF., Coût des plaies chroniques – Conséquences Socio-économiques, In L. TEOT, S. MEAUME, O. DEREURE, Plaies et Cicatrisations au quotidien, *Sauramps Médical*, Montpellier, 2001 : 217-223.
- 9 VERNET MA., La cicatrisation au prix fort, *Profession Pharmacien*, 2005, 4, 30-31.
- 10 Actualisation de la prise en charge des escarres : application dans un hôpital gériatrique, Marie-Jeanne KOEFFER, 2004
- 11 Site Escarre.fr - <http://www.escarre.fr> – Consulté en Mars 2008
- 12 BARROIS B., HEITLER L., RIBINIK P. Supports, In BARROIS B., HEITLER L., RIBINIK P. L'escarre les basiques, *Asymptote*, Dommartin, 1999 : 21-23

- 13 DAVENNE B., RIBINIK P., COLIN D., Les différents supports d'aide à la prévention des escarres, *In* : COLIN D., BARROIS B., PELISSIER J., L'Escarre, *Masson*, Paris, 1998 : 129-140.
- 14 Arrêté du 28 Décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la prestation de compensation mentionnés aux 2°, 3°, 4°, 5° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles. (JO 30 Décembre 2005)
- 15 Références juridiques – Secteur de la pharmacie, l'Assurance Maladie des salariés – Sécurité Sociale – Caisse Nationale, Octobre 2005
- 16 Prise en charge et accompagnement à l'officine de la personne blessée médullaire, VILLAIN H., 2004, 74-100
- 17 DONDELINGER R., HAMON MEKKI F., MEAUME S. Prise en charge des escarres, *In* Plaies et cicatrisations, MEAUME S., TEOT L., DEREURE O., *Masson*, Paris, 2005 : 172-180.
- 18 Site Anapath Web :
www.anapath.necker.fr/enseign/glossaireap/D/Detersion.html - Consulté en Mars 2008
- 19 DEREURE O., GUILLOT B., Physiologie et physiopathologie de la cicatrisation, *In* : COLIN D., BARROIS B., PELISSIER J., L'Escarre, *Masson*, Paris, 1998 : 81-86.
- 20 DEREURE O., Dynamique de la cicatrisation, *In* : TEOT L., MEAUME S., DEREURE O., Plaies et cicatrisations au quotidien, *Sauramps médical*, 2001 : 15-21.
- 21 Larousse médical
- 22 Commission d'évaluation des produits et prestations – Avis de la commission – 7 Mars 2007

- 23 Les différentes classes de pansements – Global Wound Academy
- 24 SCHMITT D. Les pansements et leurs indications - DU plaies et cicatrisation – Novembre 2005
- 25 Site Sideral Santé : <http://www.sideralsante.fr/> Consulté en Mai 2008
- 26 JACQUOIT J.M., FARDJAD S., KOTZKI N., PELISSIER J., Nutrition et escarres, *In* : COLIN D., BARROIS B., PELISSIER J., L'Escarre, *Masson*, Paris, 1998 : 230-234.
- 27 Synthèse des recommandations professionnelles – Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée – HAS – Avril 2007
- 28 BARROIS B., HEITLER L., RIBINIK P. Douleur, *In* BARROIS B., HEITLER L., RIBINIK P. L'escarre les basiques, *Asymptote*, Dommartin, 1999 : 25-26
- 29 Approche clinique interdisciplinaire de la personne âgée porteuse d'escarre en fin de vie - Journée Gériatrie Congrès National de la SFAP - Besançon 09 Juin 2004

ANNEXES

Annexe 1

A – Etat général		B – Etat mental		C - Activité		D - Mobilité		E - Incontinence	
☐ Bon	4	☐ Alert	4	☐ Ambulant	4	☐ Totale	4	☐ Aucune	4
☐ Moyen	3	☐ Apathique	3	☐ Marche avec aides	3	☐ Diminuée	3	☐ Occasionnelle	3
☐ Pauvre	2	☐ Confus	2	☐ Assis au fauteuil	2	☐ Très limitée	2	☐ Urinaire	2
☐ Mauvaise	1	☐ Inconscient	1	☐ Allité	1	☐ Immobile	1	☐ Urinaire et fécale	1
Total A		Total B		Total C		Total D		Total E	
Un total A+B+C+D+E < 14 indique un patient à risque. Plus le score obtenu est faible (14 ou moins), plus le risque est grand. Score élevé (de 14 à 20) : risque minimum									

Evaluation des facteurs de risque d'escarre avec l'échelle de Norton

Lexique de l'échelle de Norton

Adapté de Lincoln et al., 1986

A/ Etat général : état clinique et santé physique (considérer le statut nutritionnel, l'intégrité des tissus, la masse musculaire, l'état de la peau)

- Bon : état clinique stable, parait en bonne santé et bien nourri ;
- Moyen : état clinique généralement stable, parait en bonne santé ;
- Pauvre : état clinique instable, en mauvaise santé ;
- Très mauvais : état clinique critique ou précaire.

B/ Etat mental : niveau de conscience et d'orientation

- Alerte : patient orienté, a conscience de son environnement ;
- Apathique : orienté deux fois sur trois, passif ;
- Confus : orienté une fois sur deux, conversation quelques fois inappropriée ;
- Inconscient : généralement difficile à stimuler, léthargique.

C/ Activité : degré de capacité à se déplacer

- Ambulant : capable de marcher de manière indépendante (inclus la marche avec une canne) ;
- Marche avec aide : incapable de marcher sans aide humaine ;
- Assis au fauteuil : marche seulement pour aller au fauteuil, confiné au fauteuil à cause de son état et/ou sur prescription médicale ;
- Alité : confiné au lit en raison de son état et/ou sur prescription médicale.

D/ Mobilité : degré de contrôle et de mobilisation des membres

- Totale : bouge et contrôle tous ses membres volontairement, indépendant pour se mobiliser ;
- Diminuée : capable de bouger et de contrôler ses membres, mais avec quelques degrés de limitation, a besoin d'aide pour changer de position ;
- Très limitée : incapable de changer de position sans aide, offre peu d'aide pour bouger, paralysie, contractures ;
- Immobile : incapable de bouger, incapable de changer de position.

E/ Incontinence : degré de capacité à contrôler intestins et vessie

- Aucune : contrôle total des intestins et de la vessie, a une sonde urinaire, sans incontinence ;
- Occasionnelle : a de une à deux incontinence(s) d'urine ou de selles par 24 heures, a une sonde urinaire ou un pénilex mais a une incontinence fécale ;
- Urinaire : a eu de trois à quatre incontinenances urinaires ou diarrhéiques dans les dernières 24 heures ;
- Urinaire et fécale : ne contrôle jamais intestins et vessie, a de sept à dix incontinenances par 24 heures.

Annexe 2

Echelle de Waterlow

BASE CORPORELLE (poids par rapport à la taille)		ASPECT VISUEL DE LA PEAU		SEXE ET AGE		RISQUES SUPPLEMENTAIRES	
Moyenne Au dessus/moyenne Obèse Dessous/moyenne	0 1 2 3	Saine	0	Masculin	1	Malnutrition des Tissus	
		Fine	1	Féminin	2	Cachexie terminale	8
		Sèche/Déshydratée	1	14-49	1	Déficience cardiaque	5
		Oedémateuse	1	50-64	2	Insuffisance vasculaire	5
		Etat inflammatoire	1	65-74	3	périphérique	2
Dessous/moyenne	3	Décolorée	2	75-80	4	Anémie	2
		Irritation Cutanée	3	81 et +	5	Tabagisme	1
CONTINENCE		MOBILITE		APPETIT		Déficience neurologique	
Totale/Sonde Occasionnellement incontinént Incontinence fécale/sonde Incontinence double	0 1 2 3	Complète	0	Moyen	0	Diabète, sclérose en plaque, avec déficit sensoriel, paraplégies	4- 6
		Agité	1	Faible	1		
		Apathique	2	Alimentation par		Chirurgie/traumatisme	
		Restreinte	2	sonde gastrique	2	Orthopédie, partie inférieure	5
		Immobile (traction)	4	uniquement		Colonne	
Patient mis au fauteuil	5	A jeun, anorexique	3	Intervention + 2 heures			
Score :						Médicaments	
+ 10 : A risque		+ 15 : Haut risque		+ 20 : Très haut risque		Cytotoxiques, corticoïdes à haute dose, anti-inflammatoires	4

Annexe 3

Echelle de Braden

PERCEPTION SENSORIELLE Capacité à répondre de manière adaptée à l'inconfort provoquée par la pression	1. Complètement limitée 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 limitée : 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 diminuée 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	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
HUMIDITE Degré d'humidité auquel est exposée la peau	1. Constamment mouillé : la peau est presque continuellement en contact avec la transpiration, l'urine... 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.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
ACTIVITE Degré d'activité physique	1. Ailé : 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.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
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 d'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.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
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 laitiers). 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, adapté 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.	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
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 et 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.		☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Annexe 4

Mini Nutritional Assessment (MNA)

Nom-Prénom :

Poids (kg) :

Age:

Taille (cm) :

Sexe:

Hauteur du Genou (cm) :

INDICES ANTHROPOMETRIQUES		
1- Indice de masse corporelle : $IMC = P / T^2$ (en Kg/m ²)	- IMC inf. à 19 - IMC compris entre 19 (inclus) et 21 - IMC compris entre 21 (inclus) et 23 - IMC sup. ou égal à 23	0 1 2 3
2- Circonférence brachiale (en cm)	- CB inf. à 21 - CB comprise entre 21 (inclus) et 22 (inclus) - CB sup. à 22	0 0.5 1
3- Circonférence du mollet (en cm)	- CM inf. à 31 - CM sup. ou égal à 31	0 1
4- Perte récente de poids (< 3 mois)	- Perte de poids sup. à 3 kg - Ne sait pas - Perte de poids de 1 à 3 kg - Pas de perte de poids	0 1 2 3
EVALUATION GLOBALE		
5- Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?	- Non - Oui	0 1
6- Prend-il plus de trois médicaments ?	- Oui - Non	0 1
7- Maladie aiguë ou stress psychologique lors des trois derniers mois ?	- Oui - Non	0 1
8- Motricité	- Du lit au fauteuil - Autonome à l'intérieur - Sort du domicile	0 1 2
9- Problèmes neuropsychologiques	- Démence ou dépression sévère - Démence ou dépression modérée - Pas de problème psychologique	0 1 2
10- Escarres ou plaies cutanées ?	- Oui - Non	0 1
INDICES DIETETIQUES		
11- Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? (petit-déjeuner, déjeuner, dîner > à 2 plats)	- 1 repas - 2 repas - 3 repas	0 1 2
12 a- Consomme-t-il au moins une fois par jour des produits laitiers ?	0 point si 0 ou 1 Oui	0
12 b- Consomme-t-il une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses ?	0.5 si 2 Oui	0.5
12 c- Consomme-t-il chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille ?	1 point si 3 Oui	1
13- Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes ?	- Non - Oui	0 1

14 – Présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces trois derniers mois par manque d'appétit, problème digestif ou difficulté de mastication ou de déglutition ?	- Anorexie sévère - Anorexie modérée - Pas d'anorexie	0 1 2
15 – Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière,...)	- Moins de 3 verres - De 3 à 5 verres - Plus de 5 verres	0 1 2
16 – Manière de se nourrir	- Nécessite une assistance - Se nourrit seul avec difficulté - Se nourrit seul sans difficulté	0 1 2
EVALUATION SUBJECTIVE		
17 – Le patient se considère-t-il bien nourri ? (problèmes nutritionnels)	- Malnutrition sévère - Ne sait pas ou malnutrition modérée - Pas de problème de nutrition	0 1 2
18 – Le patient se sent-il en meilleure santé ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?	- Moins bonne - Ne sait pas - Aussi bonne - Meilleure	0 0.5 1 2
DATE : SCORE : / 30		
DATE : SCORE : / 30		
DATE : SCORE : / 30		
DATE : SCORE : / 30		
DATE : SCORE : / 30		
DATE : SCORE : / 30		
DATE : SCORE : / 30		
Sup. ou égal à 24 points : Etat nutritionnel satisfaisant De 17 à 23.5 points : Risque de malnutrition Inf. à 17 points : Mauvais état nutritionnel		

Annexe 5

Questionnaire sur les escarres

Ce questionnaire a été rédigé dans le cadre d'une thèse d'exercice en pharmacie sur les escarres. Il vise à évaluer les besoins des officines en matière de formation sur les escarres. Vous pouvez remplir ce questionnaire seul, avec une partie de l'équipe officinale ou toute l'équipe.

Vous pouvez me renvoyer les réponses par mail : charline.dherin@hotmail.fr ou par fax au 04 75 22 25 47 avant le 20 juin.

Je vous remercie de votre réponse qui vous prendra quelques minutes.

1/ Avez-vous déjà eu une formation spécifique sur la prise en charge des escarres ?

- ☐ Par un laboratoire (lequel ?).....
- ☐ Par un support d'informations (préciser).....
- ☐ Lors de vos études (préciser).....
- ☐ Autre (préciser).....
- ☐ Non

2/ Etes-vous intéressés par une formation sur la prise en charge des escarres ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si non, pourquoi :

Si vous avez répondu OUI, merci de remplir les questions suivantes, sinon merci de passer directement à la question 6.

3/Quel temps seriez-vous prêt à consacrer à une formation sur ce thème ?

- ☐ Moins de 30 minutes
 - ☐ De 30 minutes à 1h
 - ☐ De 1h à 2h
 - ☐ Plus de 2h
-
- ☐ En un module
 - ☐ En plusieurs modules

4/ Quel type de formation préféreriez-vous ? (1 seule réponse possible)

- ☐ Mise à disposition d'un CD de formation
- ☐ Formation interactive avec un formateur
- ☐ Autre :

5/ Que souhaiteriez-vous trouver dans cette formation ? (3 réponses maximum)

- ☐ Des rappels sur les différents stades d'escarre
- ☐ Des rappels sur les différentes classes de pansements
- ☐ Des rappels sur la cicatrisation
- ☐ Des commentaires d'ordonnance
- ☐ Une présentation des supports d'aide à la prévention des escarres
- ☐ Une présentation des pansements avec manipulation
- ☐ Des conseils à donner au patient et à son entourage
- ☐ Des conseils à donner à l'équipe soignante
- ☐ Autre (préciser).....

6/ Pour mieux vous connaître ainsi que votre officine :

Fonction (Plusieurs réponses possibles) :

- ☐ Pharmacien
- ☐ Etudiant
- ☐ Préparateur
- ☐ Autre :

NOM de la pharmacie :

Ville :

Merci d'avoir pris le temps de répondre au questionnaire.

Annexe 6

EVALUATION FORMATION PRISE EN CHARGE DES ESCARRES Lundi 20 Octobre 2008

OBJECTIFS / ATTENTES

1/ Globalement cette formation a-t-elle répondu à vos attentes ?

- ☐ Oui
☐ Partiellement
☐ Non

2/ Quelle est votre satisfaction globale concernant cette formation sur la prise en charge des escarres ?

- ☐ Tout à fait satisfait
☐ Assez satisfait
☐ Peu satisfait
☐ Pas du tout satisfait

3/ Quelle est votre satisfaction concernant chaque point abordé ?

	Tout à fait satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Rappels sur les stades des escarres				
Rappels sur les classes de pansements				
Présentation des pansements et manipulation				
Conseils au patient et à son entourage				

4/ Quelles seraient les parties à développer davantage ?

- ☐ Les stades des escarres
☐ Les classes de pansements
☐ Manipulation des pansements
☐ Conseils au patient et à son entourage
☐ Aucune

METHODE DE PRESENTATION

5/ Que pensez-vous de la méthode de présentation ?

	Tout à fait satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait
Power Point				
Manipulation des pansements				

6/ Préférez-vous manipuler les supports :

- ☐ au fur et à mesure pendant la formation,
☐ tous en même temps à la fin ?

UTILITE DE LA FORMATION

7/ Cette formation vous a-t-elle été utile ?

- ☐ Oui
☐ Partiellement
☐ Non

8/ Souhaitez-vous recevoir par mail le power point de formation ?

- ☐ Non
☐ Oui

Si oui, indiquez votre adresse mail :

Si vous avez répondu OUI, merci de remplir la question 9, sinon merci de passer directement à la question 10.

9/ Pensez-vous utilisez le power point de formation au sein de votre officine ?

- ☐ Non
☐ Oui

SUGGESTIONS / REMARQUES

10/ Avez-vous des suggestions, remarques concernant cette formation sur la prise en charge des escarres ?

.....

.....

.....

.....

Merci d'avoir pris le temps de participer à l'évaluation de cette formation.

Annexe 7

Prise en charge des escarres à l'officine

Formation destinée
aux équipes officinales

BRUNO BOUTIN
© PHARMACIA 2008

Plan

- Introduction
- Définition de l'escarre selon la NPUAP (1989)
- Prise en charge globale
- Classification selon la NPUAP (1998)
- Les pansements
- Conseils généraux

BRUNO BOUTIN
© PHARMACIA 2008

Introduction

- Un questionnaire pour connaître les attentes des équipes en matière de formation sur la prise en charge des escarres.
- 254 personnes interrogées entre le 13 Juin 2008 et 2 Juillet 2008.
- 95% étaient demandeurs d'une telle formation.
- La formation a été construite en fonction de la demande des personnes ayant répondu au questionnaire.

BRUNO BOUTIN
© PHARMACIA 2008



Définition de l'escarre par la NPUAP (1989)

- Lésion cutanée d'origine **ischémique** liée à une **compression** des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses.
- Décrite comme une "plaie" de dedans, en dehors de forme conique à base profonde d'origine **multifactorielle**.

BRUNO BOUTIN
© PHARMACIA 2008

Prise en charge globale (1)

- Mesures **préventives** indispensables :
 - Identifier les facteurs de risque
 - Diminuer la pression
 - Utiliser des supports adaptés
 - Observer l'état cutané
 - Maintenir l'hygiène de la peau
 - Assurer l'équilibre nutritionnel

BRUNO BOUTIN
© PHARMACIA 2008

Prise en charge globale (2)

- **Surveillance** des escarres très régulière, au moins deux fois par jour.
- Massage proscrit et **effleurage** préféré.
- Favoriser la **participation** du patient et de son entourage.

BRUNO BOUTIN
© PHARMACIA 2008

Les pansements

- Pas d'AMM mais doivent porter le **marquage CE**.
- **Définition :**
 - Matériau utilisé pour protéger et soigner une plaie.
- Pansement remboursable s'il appartient à une catégorie générique inscrite sur la **LPPR**.
- Remboursement des pansements d'une même classe : identique et basé sur la nomenclature du pansement à la LPPR et sur sa surface.

Marcelle Kuntz - 9 septembre 2009

Classification selon la NPUAP (1998)

- **Stade I : Erythème**
- **Stade II : Phlyctène**
- **Stade III : Nécrose**
- **Stade IV : Ulcère**

- profond

- profond

Marcelle Kuntz - 9 septembre 2009



Stade I : Erythème

- Altération observable d'une peau intacte, liée à la pression.
- Avec modification d'une ou de plusieurs des caractéristiques de la peau :
 - **température de la peau** (chaleur ou froidur),
 - **consistance du tissu** (ferme ou molle),
 - **sensibilité** (douleur, démangeaisons).
- Stade réversible.

Marcelle Kuntz - 9 septembre 2009



Stade I : Erythème

- Personnes à peau **claire** :
 - **rougeur persistante localisée.**
- Personnes à la peau **pigmentée** :
 - **teinte rouge, bleue ou violacée persistante.**

Marcelle Kuntz - 9 septembre 2009



Stade I : Erythème Prise en charge

- Prévention + surveillance + Effleurage + Participation.
- Réduire la durée et l'intensité de l'**appui**.
- Supprimer les **facteurs favorisants** : macération, cisaillement.

Marcelle Kuntz - 9 septembre 2009

Stade I : Erythème Pansements utilisés



- Protéger la peau par un **film transparent** ou un **film hydro colloïde transparent**.

Marcelle Kuntz - 9 septembre 2009

Film transparent

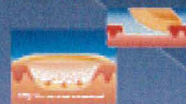
- Dermofilm® (Vygon).
- Adhina Derm® (Braun).
- Hydrofilm®, Visulin® (Hartmann).
- Opasite flexifix®, Opasite flexigels® (Smith & Nephew).
- En polyuréthane.
- Adhésif, transparent, non étirable.
- Perméable à l'O₂.
- Imperméable à l'eau et aux bactéries.
- Renouveler au moins tous les 14 jours.
- Quadrillage.



BRUNO KURTZ - 9 JANVIER 2009

Hydro colloïde

- Pansement constitué essentiellement de carbocyméthylcellulose (CMC).
- Maintien un milieu humide et draine les exsudats.
- Transformation en gel par absorption des exsudats.



- Changement du pansement à saturation, ou moins tous les 7 jours.

BRUNO KURTZ - 9 JANVIER 2009

Film hydro colloïde Hydro colloïde extra mince

- Adhina Biofilm Transparent® (Braun).
- Algoplaque Film® (Urgo).
- Comifast Plus Transparent® (Coloplast).
- Duoform Extra-mince® (Convatec).



- Transparent.
- Absorbe les exsudats résiduels (en petites quantités).



- Imperméable à l'eau et aux bactéries.

BRUNO KURTZ - 9 JANVIER 2009

Film hydro colloïde Hydro colloïde extra mince

Indications :

- Plaies très peu exsudatives.
- Brûlures.
- Radiothérapie, en protection.
- Pansement secondaire pour recouvrir les hydrogels.

Contre-Indications :

- Plaies profondes.
- Plaies infectées.

BRUNO KURTZ - 9 JANVIER 2009

Stade II : Phlyctène

- Perte d'une partie de l'épaisseur de la peau.
- Touche l'épiderme et/ou le derme.
- Superficielle.
- Se présente cliniquement comme une abrasion, une phlyctène ou une ulcération peu profonde.

BRUNO KURTZ - 9 JANVIER 2009

Stade II : Phlyctène Prise en charge

- Prévention + Surveillance + Effleurage + Participation.
- Evacuer le contenu de la phlyctène tout en maintenant le toit de la phlyctène comme protection.

BRUNO KURTZ - 9 JANVIER 2009

Stade II : Phlyctène Pansements utilisés



- Pansement de recouvrement de type **hydro colloïde** ou **pansement gras**.

MEYER & SUTTY 15 JANVIER 1999

Pansement hydro colloïde

- Algoplaque Pans HP[®], Sacrum[®] (Urgo),
- Asidna Hydro[®] (Braun),
- Comfeel Pâte[®] (Coloplast),
- Duoderm Pâte[®] (Convatec),
- Hydrocoll[®] (Hartmann).



- Pour les plaies profondes ou à contours irréguliers : tapisser le fond de la plaie avec la pâte.
- Si changements trop fréquents, préférer un pansement plus absorbant.

MEYER & SUTTY 15 JANVIER 1999



Pansement hydro colloïde

- Indications :
 - Plaies modérément exsudatives.
- Contre-indications :
 - Nécroses sèches,
 - Plaies infectées.

MEYER & SUTTY 15 JANVIER 1999



Pansements gras : Tulles / Interlacs

- Malle enduite de substance grasse non adhérente (paraffine, vaseline ou silicone).
- Maintenir avec un pansement secondaire.
- Indications :
 - Protection des stries superficielles en face d'épidermisation.

MEYER & SUTTY 15 JANVIER 1999



Pansements gras : Tulles / Interlacs

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● <u>Tulles</u> ● Corps gras uniquement. ● Renouvellement fréquent (collé à la plaie). ● Grassollin[®] (Hartmann), Neutrol[®] (Lohmann & Rauscher), Adaplic[®] (Johnson & Johnson). | <ul style="list-style-type: none"> ● <u>Interlacs</u> ● Corps gras + CMC. ● Peut rester en place 4 à 5 jours. ● Maintien environnement chaud et humide. ● Hydratut[®] (Hartmann), Urgotul[®] (Urgo), Altraet[®] (Coloplast). |
|---|--|



MEYER & SUTTY 15 JANVIER 1999



Stade III : Nécrose

- Perte de toute l'épaisseur de la peau avec altération ou nécrose du tissu sous-cutané.
- Peut s'étendre jusqu'au fascia mais pas au-delà.
- Se présente cliniquement comme une ulcération profonde avec ou sans envahissement des tissus environnants.

MEYER & SUTTY 15 JANVIER 1999

Stade III : Nécrose Prise en charge



- Prévention + Surveillance + Effleurage + Participation.
- Ramollir la plaque de nécrose avec un Hydrogel.
- Recouvrir avec un film de polyuréthane transparent.
- Éliminer les tissus nécrosés.
- Contrôle des exsudats et de l'infection.
- Détection précoce, répétée et soigneuse.

MARCO EUTHY - 9 JANVIER 2008

Stade III : Nécrose Pansements utilisés



- Hydrogel pour ramollir la plaque de nécrose.
- Film transparent pour recouvrir.

MARCO EUTHY - 9 JANVIER 2008

Hydrogel

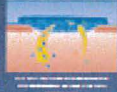
- Hydrosorb[®], Hydrosorb Confort[®] (Hartmann) : plaques.
- Intrasite Gel[®] (plaques), Intrasite Conformable[®] (compresse) (Smith & Nephew).
- Asidna Gel[®] (Braun).
- Hypogel[®] (Clément-Théron).
- Namigel[®] (Clément-Théron).
- Duoderm hydrogel[®] (ConvaTec).
- Mugal[®] (Johnson & Johnson).
- Pullon[®] (Coloplast).
- Ungo hydrogel[®] (Unigo).



MARCO EUTHY - 9 JANVIER 2008

Hydrogel

- Gel composé en majeure partie d'eau (77 à 99%) et gélifié.
- Capables de relarguer de grandes quantités d'eau dans la plaie pour ramollir et hydrater.



- Présenté généralement en plaques et parfois en plaques.
- Appliquer en quantité suffisante.
- Recouvrir d'un pansement secondaire non adhésif et transparent.
- Renouveler entre 48 et 72h.

MARCO EUTHY - 9 JANVIER 2008

Hydrogel

- Indications :
 - Détection des plaies sèches, fibrotiques ou nécrotiques.
 - Ex : En cas de nécrose sèche, nécessité de scarifications avant.
 - Aide à la détection des plaies non nécrotiques.
 - Ramollissement des plaques de nécrose.
- Contre-Indications :
 - Plaies infectées.
 - Plaies à forte exsudation.

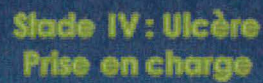
MARCO EUTHY - 9 JANVIER 2008

Stade IV : Ulcère

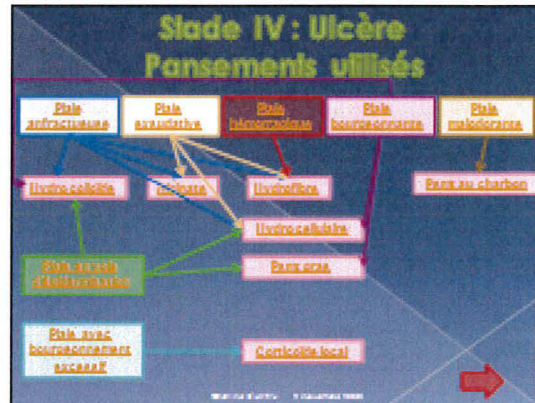


- Perte de toute l'épaisseur de la peau avec destruction importante de tissus, ou atteinte des muscles, des os, ou des structures de soutien (tendons, articulations).
- Envahissement et fièvres possible.

MARCO EUTHY - 9 JANVIER 2008



- Prévention + Surveillance + Effleurage + Participation.
- Le choix du pansement dépend de l'état de la plaie.



Placé contractiveuse

- Plaie présentant des **anfractuosités** (cavités creuses, profondes et irrégulières) à la surface de certains os.

Plaque exsudative

- Plaie contenant un liquide séreux d'origine pathologique.

Plaque hémorragique

- Plaie présentant un écoulement de sang.

Plaie bourgeonnante

- Plaque en voie de cicatrisation recouverte de granulations rougeâtres et coniques.

Plaie malodorante

- Plaie à odeur nauséabonde en raison de la présence et de la prolifération de bactéries.

BRUNO LUTZ - 15 JANVIER 2008

Plaie en voie d'épidermisation

- Plaie à un stade bien avancé de cicatrisation.
- Recouvrement final de la plaie.

BRUNO LUTZ - 15 JANVIER 2008

Plaie avec bourgeonnement excessif

- Apparition de bourgeons charnus en périphérie et à la surface de l'escarre.
- La plaie peut être légèrement suintante.

BRUNO LUTZ - 15 JANVIER 2008

Pansement hydro colloïde

- Algoplaque Pans HP® (Urgo),
- Asidna Hydro® (Braun),
- Duoform Pads® (Convatec),
- Hydrocol® (Hartmann).



- Pour les plaies profondes ou à contours irréguliers : tapisser le fond de la plaie avec la pâte.
- Si changements trop fréquents, préférer un pansement plus absorbant.

BRUNO LUTZ - 15 JANVIER 2008

Pansement hydro colloïde

- Indications :
 - Plaies modérément exsudatives.
- Contre-indications :
 - Mousse sèches,
 - Plaies infectées.

BRUNO LUTZ - 15 JANVIER 2008

Alginate

- Algostat® (Böhrler) : compresses et mèches,
- Sabalgon® (Hartmann) : compresses et mèches,
- Supasorb A® (Lehmann & Rauscher),
- AsidnaSorb® (Braun) : ruban,
- Melgisorb® (Melnlycke) : compresses et mèches,
- Urgosorb® (Urgo).



BRUNO LUTZ - 15 JANVIER 2008

Alginate

- Compresses ou mèches constituées de **fibres d'alginate de sodium** (extraits d'algues marines), éventuellement associées à de la CMC.
- Se transforme en gel au contact des exsudats.
- Forte capacité d'absorption** (15x son poids) :
 - Hydro colloïdes et hydro colloïdes.



1. Dressing in its dry form → 2. Absorption of exudates → 3. Formation of a gel

Alginate

- Recouvrir d'un **pansement secondaire** non absorbant et transparent.
- Renouveler en fonction de l'abondance des exsudats.
- Se présentent en **mèches** (gazes creuses) ou **compresses**.
- Indications :**
 - Plaies très **exsudatives** superficielles ou profondes.
- Contre-indication :**
 - Plaies **sèches**.

Pansement hydro fibre



- Aquacel® (ConvaTec).**
- Compresses ou mèches composées de **CMC**.
- Forte capacité d'absorption** (30x son poids).
- Transformation en gel au contact des exsudats : environnement humide.
- Recouvrir d'un **pansement secondaire** non absorbant et transparent.
- Renouveler en fonction de l'abondance des exsudats.
- Déjà** nous à abonder +++ ou retent.

Pansement hydro fibre

- Indications :**
 - Absorption** des exsudats des plaies très exsudatives.
 - Débrider** et **absorber**.
- Contre-Indications :**
 - Plaies **sèches**.
 - Plaies **infectées**.

Pansement hydro cellulaire

- Cellasorb® (Urgo).**
- Allevyn®, Allevyn adhésive®, Allevyn Sacrum®, Allevyn Cavity® (Smith & Nephew).**
- Asidna Transorbent®, Asidna Thinsite® (Braun).**
- Biatain escarre®, Biatain escarre Taton®, Biatain escarre Sacrum® (Coloplast).**
- Telle®, Telle S®, Telle Sacrum®, Telle Taton® (Johnson & Johnson).**
- Hydroclean Active® (Hartmann).**



Pansement hydro cellulaire

- Pansement **totallement synthétique** constitué essentiellement de **polyuréthane**, sous forme de matière adhésive, de billes, de films ou de fibres.
- Agit comme une **valle éponge** se gérant de liquide sous le pansement.
 - Maintien un milieu humide.
 - Absorbe 10x fois son poids.
 - Draine les exsudats.
- Ne** les **mesurer** pas d'ordre.
- Recouvrir d'un **pansement secondaire** à modèle non adhésif.
- Renouveler en fonction de l'abondance des exsudats.

Pansement hydro cellulaire

● Indications :

- Piles ulcéreuses,
- Piles modérées à peu exsudatives,
- Piles au stade de débridement, boursellement, épidermisation.

● Contre-Indications :

- Piles très exsudatives,
- Nécroses étendues,
- Piles infectées,
- Dérivé, son exiguïté, Absolu.

MEUNIER & MARTIN 15 JANVIER 2008



Pansements gras : Tulles / Interfaces

- Malle enduite de substance grasse non adhérente (paraffine, vaseline ou silicone).
- Maintien avec un pansement secondaire.

● Indications :

- Protection des piles superficielles en face d'épidermisation.

MEUNIER & MARTIN 15 JANVIER 2008



Pansements gras : Tulles / Interfaces

● Tulles

- Corps gras uniquement.
- Renouvellement fréquent (cette à la pile).
- Grasselind® (Hartmann), Neutral® (Johnson & Johnson), Adaplic® (Johnson & Johnson).



MEUNIER & MARTIN 15 JANVIER 2008

● Interfaces

- Corps gras + CMC.
- Peut rester en place 4 à 5 jours.
- Maintien environnement chaud et humide.
- Physiotulle® (Coloplast), Urgatulle® (Urgo).



Pansement au charbon

- Carboflex® (Coryvatec),
- Actisorb Plus® (Johnson & Johnson) : imprégné d'argent,
- Carbond® (Smith and Nephew),
- Astina Carbochar® (Braun),
- Vitwaktiv® (Lohmann & Rauscher),
- Allene® (Coloplast).



MEUNIER & MARTIN 15 JANVIER 2008



Pansement au charbon

- Pansement composé de charbon végétal, élément principal actif et entouré de diverses structures (acide, alginate, film).
- Panses associé à de l'argent : propriétés bactéricides.
- Le charbon :
 - absorbe les bactéries,
 - neutralise les odeurs nauséabondes.
- Recouvert d'un pansement secondaire.
- Renouveler en fonction de l'abondance des exsudats, tous les jours à plus inférieurs.
- Des lésions dévissées.

MEUNIER & MARTIN 15 JANVIER 2008



Pansement au charbon

● Indications :

- Piles exsudatives, malodorantes, infectées.

● Contre-Indications :

- Mêmes stades,
- Boursellement,
- Sanglier.

MEUNIER & MARTIN 15 JANVIER 2008



Coricoïde local

- **Diprasone® Crème** + hydro colloïde mince transparent.
- Changement tous les 2 à 3 jours.
- **Eviter Tulle Gras et Corticoïde :**
 - Bourgeons charnus se prenant dans les mailles : risque d'arrachage lors du changement.

MARTIN BOUTIN - 15 JANVIER 2009



CONSEILS GENERAUX

Prise en charge nutritionnelle
Prise en charge de la douleur
Diminuer la pression

MARTIN BOUTIN - 15 JANVIER 2009

Prise en charge nutritionnelle (1)

- **Bilan Initial :**
 - Poids et index corporel.
 - Notion de perte de poids récente.
 - Aspect clinique : atrophie musculaire, du tissu cutané.
 - Evolution des prises alimentaires.
 - Dosage de l'albumine.

MARTIN BOUTIN - 15 JANVIER 2009

Prise en charge nutritionnelle (2)

- **Besoins énergétiques :** 35 à 45 kCal/Kg/J.
- **Besoins protéiques :** 15% de l'AET.
- **Rôle des micro nutriments :** fer, zinc, cuivre, acide folique, vitamines A, B1, B12, C, E.

MARTIN BOUTIN - 15 JANVIER 2009

Prise en charge nutritionnelle (3)

- **Enrichissement de l'alimentation :** lait concentré stérilisé, fromage, œufs, crème fraîche...
- **Compléments nutritionnels oraux :**
 - Hyperénergétiques et hyperprotéiques.
 - LPPR à l'ordonnance.
 - Compléments nutritionnels oraux : à 2h de repas.
 - Substituts digestifs : pendant le repas, à la place d'une alimentation classique.
 - 1 unité/Jour = 400 kCal/J ou 30g/J de gélifine.

MARTIN BOUTIN - 15 JANVIER 2009

Prise en charge de la douleur

- Importance de la douleur pas forcément corrélée à la taille de l'escarre.
- **Evolution régulière** de la douleur nécessaire.

MARTIN BOUTIN - 15 JANVIER 2009

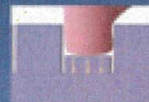
Diminuer la pression

- Éviter les appuis prolongés :
 - la mise au fauteuil, la verticalisation, la marche,
 - Changements de position toutes les 2 ou 3 heures,
 - Alterner entre la position assise au fauteuil ou couchée.
- Utiliser des supports adaptés : coussins, sur-matelas, matelas.

MARIE DUTRIE - 9 JANVIER 2009

Supports adaptés : matelas, sur-matelas, coussins (1)

- 2 types de supports :
 - statiques : if de façon passive la surface de contact entre le support et le corps ;
 - dynamiques : font varier la pression en chaque point du corps.



support statique



support dynamique

MARIE DUTRIE - 9 JANVIER 2009

Supports adaptés : matelas, sur-matelas, coussins (2)

- DM d'aide à la prévention des escarres ;
- Classés en différentes catégories déterminant leur prix et leurs modalités de prise en charge : classe IA, IB, II, III.

MARIE DUTRIE - 9 JANVIER 2009

Supports adaptés : matelas, sur-matelas, coussins (3)

- Quelques exemples pour la prise en charge :
 - Coussin de classe classe IA : mousses moulées : 1 tous les ans ;
 - Coussin de classe classe IB : mousses structurées formées de modules amovibles : 1 tous les 3 ans ;
 - Coussin de classe classe II : en mousse viscoélastique dite à mémoire de forme : 1 tous les 3 ans.



Sous classe IA



Sous classe IB



Classe II

MARIE DUTRIE - 9 JANVIER 2009

Supports adaptés : matelas, sur-matelas, coussins (3)

- Quelques exemples pour la prise en charge :
 - Sur-matelas ou matelas de sous classe IA : mousses avec découpe en forme de gouttier : 1 tous les ans ;
 - Sur-matelas ou matelas de sous classe IB : mousses structurées formées de modules amovibles : 1 tous les 3 ans ;
 - Sur-matelas ou matelas de classe II : mousse viscoélastique dite à mémoire de forme : 1 tous les 3 ans ;
 - Sur-matelas ou matelas de classe III : mousses multistrates : 1 tous les 3 ans.



Sous classe IA



Sous classe IB



Classe II



Classe III

MARIE DUTRIE - 9 JANVIER 2009

CONCLUSION

MARIE DUTRIE - 9 JANVIER 2009

Conclusion

- **Pharmacien et l'équipe officinale**
= maillon de l'équipe pluridisciplinaire intervenant dans la prise en charge des escames.
- **Rôles :**
 - Dans la dispensation des pansements,
 - Apporter des conseils à l'équipe soignante, au patient et à son entourage.

Marie-Estelle - 5 novembre 2006

BIBLIOGRAPHIE

Marie-Estelle - 5 novembre 2006

Bibliographie

- ANAES - Evaluation de la prévention des escames - Juin 95.
- Conférence de Consensus Prévention et traitement des escames de l'adulte et du sujet âgé - Texte des recommandations - 15 et 16 Novembre 2001.
- Site Smith et Nephew : <http://www.smith-nephew.com/> consulté en Juillet 2006.
- Site Hartmann : <http://www.hartmann.fr/> consulté en Juillet 2006.
- Site Vygon : <http://www.vygon.com> consulté en Juillet 2006.
- Le soin des plaies - Hygiène des plaies et des pansements - C.O.U.V.-Ouest 2004.

Marie-Estelle - 5 novembre 2006





Serment des Apothicaire



Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

D'HERIN Charline

Titre de la thèse : FORMATION CONTINUE A L'OFFICINE : PRISE EN CHARGE DES ESCARRES

Résumé de la thèse : L'escarre est une pathologie douloureuse, fréquente et coûteuse nécessitant une prise en charge spécifique par une équipe multidisciplinaire. Le décret sur la formation continue des pharmaciens est paru au Journal Officiel, il est donc intéressant d'évaluer les besoins de formation des pharmaciens et équipes officinales en matière de formation sur la prise en charge des escarres à l'officine. Une formation sur ce thème trouvera sa place au sein de la formation continue. Nombreux souhaitent cette formation interactive avec un formateur en un module d'une heure. Les aspects à traiter sont des rappels sur les différents stades des escarres et les différentes classes de pansements avec leur manipulation et des conseils à donner au patient et à son entourage. Le support de présentation comportera des photos des pansements et escarres et pourra être réutilisé à l'officine.

Mots-clés : Formation continue, officine, prise en charge des escarres

Thèse soutenue le 2 Décembre 2008 devant le jury composé par :

Monsieur le Docteur Benoît ALLENET, Président du jury

Madame le Docteur Delphine SCHMITT, Directrice de thèse

Madame le Docteur Fabienne REYMOND

Monsieur le Docteur Bruno BOULANT

Adresse parentale : D'HERIN Charline – Chemin de Chastel – 26150 DIE