

Quelles sont les connaissances et les pratiques des médecins généralistes pour la prise en charge des escarres en ville dans le département de Seine-Saint-Denis ?

Houssene Mahamadaly

▶ **To cite this version:**

Houssene Mahamadaly. Quelles sont les connaissances et les pratiques des médecins généralistes pour la prise en charge des escarres en ville dans le département de Seine-Saint-Denis ?. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03472410

HAL Id: dumas-03472410

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03472410

Submitted on 9 Dec 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

MÉDECINE
Santé
Université de Paris

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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 toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

MÉDECINE
Santé
Université de Paris

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2020 **N° 3**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 20 janvier 2020

Par

Houssene MAHAMADALY

Quelles sont les connaissances et les pratiques des médecins généralistes pour la prise en charge des escarres en ville dans le département de Seine-Saint-Denis ?

Dirigée par M. le Professeur Eric Pautas

JURY

M. le Professeur Jacques Boddaert	Président
M. le Professeur Eric Pautas	Directeur
M. le Professeur Marc Verny	Membre du jury
M. le Docteur Jean-Louis Lethiec	Membre du jury

TITRE :

Quelles sont les connaissances et les pratiques des médecins généralistes pour la prise en charge des escarres en ville dans le département de Seine-Saint-Denis ?

Dédicaces :

A Dieu tout puissant,
A mes grands-parents et à mon père qui ne sont plus de ce monde,
A ma mère, que je ne remercierai jamais assez,
A mon oncle et ma tante qui ont toujours fait le meilleur,
A mes frères et mon unique cousine pour les joies de la famille,
A mes nièces et mon neveu que j'aime beaucoup,
A toi, qui et partie.

Remerciements :

Au directeur de thèse :
-Monsieur le Professeur Eric PAUTAS,
Je vous remercie de votre bienveillance d'avoir accepté ma demande, de votre disponibilité et de me faire honneur de diriger cette thèse, veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude.

Aux membres du jury :
-Monsieur le Professeur Jacques BODDAERT, vous me faite l'honneur de présider ce jury de thèse, veuillez trouver l'expression de toute ma reconnaissance.
-Monsieur le Professeur Marc VERNY, vous me faite l'honneur de siéger parmi les membres du jury, veuillez accepter mon profond respect.
-Monsieur le Docteur Jean-Louis LETHIEC, vous me faite la faveur d'accepter de participer à ce jury, veuillez accepter mes remerciements.

A tous les médecins qui m'ont formé pendant mes études,

Aux nombreux médecins généralistes du département de Seine-Saint-Denis qui ont participé à ma thèse.

Table des matières :

Introduction.....9

La peau ….....12

Anatomie de la peau. ….....12
Les grandes fonctions de la peau.....13
Physiologie de la cicatrisation.....14
Facteur influençant la cicatrisation.....16

L'escarre.....17

Définition.....17
Épidémiologie de l'escarre.....17
Coût de l'escarre.....20
Physiopathologie de la cicatrisation.....22
Les facteurs de risque des escarres.....22
Complications des escarres.....25
Échelles de risque.....26
Évaluation, classification et suivi des escarres.....28
Localisations des escarres.....32
Prévention des escarres.....33
Mobilisation et positionnement du patient.....35
Supports médico-technique.....36
Utilisation des pansements pour la prévention des escarres.....40
Éducation du patient et de son entourage.....42
Traitement local de l'escarre.....42
Situations particulières de l'escarre.....45
-Escarre infectée.....45
-Escarre malodorante.....46
-Escarre hémorragique et hyper-bourgeonnante.....47
Traitement général de l'escarre.....47
-Suppression du point d'appui.....47
-Traitement de la douleur.....47
-Prise en charge de la souffrance psychologique.....49
-Traitement chirurgical de l'escarre.....49
-Indication et principe de la thérapie par pression négative.....49

L'enquête.....51

Question.....52
Matériel et méthodes.....52
-Population cible.....52
-L'offre de soin.....52
-Recueil des données.....52

-Objectif de l'étude.....53
-Méthode d'observation.....53
-Analyses des données.....54
Résultats.....54
-Données épidémiologiques des praticiens.....54
-Diagnostic et prévention des escarres.....56
-Traitement des escarres.....59
-Coordination des soins.....64

Discussion.....69

Analyse des résultats.....70
-Profils des médecins généralistes.....70
-Diagnostic et prévention des escarres.....70
-Traitement des escarres.....72
-Coordination et suivi des plaies.....74
Limites de l'étude.....78

Conclusion.....80

Bibliographie.....82

Annexes.....93

Liste des Abréviations :

NPUAP : National Pressure Ulcer Advisory Panel.
HAS : Haute autorité de santé.
IDE : Infirmière diplômée d'État.
UV : Ultra-violet.
PERSE : Prévention, Education, Recherche, Soins, Escarres.(Association)
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personne âgé dépendante.
IRDE : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la santé.
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile.
HAD : Hospitalisation à domicile.
CPFSI : Communauté de Pratique de la Faculté des sciences infirmière .
JCI : Jugement clinique infirmier.
EPUAP : European Pressure Ulcer Advisory Panel
CNO : Complément nutritionnel oraux.
PPPIA : Pan Pacific Pressure Injury Alliance.
SFFPC : Société française et francophone des plaies et cicatrisations.
LPPR : Liste des produits et prestations remboursable.
CEPP : Commission d'Evaluation des Produits et Prestations .
AFSOS : Association francophone de soins oncologiques de supports.
AOMI : Artériopathie oblitérante des membres inférieures .
IPS : Index de pression systolique.
EVA : Échelle visuelle analogique.
IRM : Imagerie par résonnance magnétique.
IMC : Indice de masse corporelle.
OMS : Organisation mondiale de la santé.
AMM : Autorisation de mise sur le marché.
VAC® : Vacuum Assisted Closure®
TPN : Thérapie par pression négative.
IDF : Île-de-France.
ARS : Agence Régional de santé.
MSP : Maison de santé pluridisciplinaire.
MG : Médecin généraliste.
FMC : Formation médicale continue.
CCAS : Centre communaux d'action sociale.
CLIC : Centres locaux d'information et de coordination.
APA : Allocation personnalisée d'autonomie.
EMG : Équipe mobile de gériatrie.
MDR : Maison de retraite.

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Indications du type de matelas et sur-matelas.
Tableau 2 : Indication du matériel des matelas et sur-matelas.
Tableau 3 : Indication des coussins selon l'HAS.
Tableau 4 : Choix du pansement en fonction de la phase de cicatrisation et du type de quantité d'exsudat.
Tableau 5 : Indication du pansement à l'argent dans le continuum du processus infectieux

Liste des figures :

Généralités sur les escarres.

Figure 1 : Architecture de la peau.
Figure 2 : Phase de la guérison normale des plaies.
Figure 3 : Distribution des escarres en 2014 lors de l'étude PERSE.
Figure 4 : Évolution de la prévalence au Pays-Bas de 2001 à 2008.
Figure 5 : Incidence des escarres en 2013 dans les pays cités.
Figure 6 : Répartition des remboursements par jour et par patient atteint d'escarre.
Figure 7 : Coût prévention et traitement en Belgique en 2015.
Figure 8 : Mécanisme de l'hypoxie tissulaire.
Figure 9 : La pression et le danger de l'escarre.
Figure 10 : Effet du cisaillement sur les capillaires.
Figure 11 : Exemple factice de suivi de plaie à l'aide de l'échelle colorielle.
Figure 12 : Escarre stade I.
Figure 13 : Escarre stade II.
Figure 14 : Escarre stade III.
Figure 15 : Escarre stade IV.
Figure 16 : Escarre inclassable.
Figure 17 : Localisation à risque en décubitus dorsal.
Figure 18 : Localisation à risque en décubitus latéral.
Figure 19 : Localisation à risque en position assise.

Liste de figures :

Enquête du département.

Figure 1 : Répartition des sexes en pourcentage.
Figure 2 : Années d'installation.
Figure 3 : Réponses sur la formation sur les escarres en pourcentage.
Figure 4 : Nombre de MG ayant +/- 20aine de patients suivi pour les escarres en pourcentage.
Figure 5 : Réponse à la question pour la rougeur persistante considérée comme une escarre en pourcentage.
Figure 6 : Réponses à la question si l'incontinence urinaire et fécale sont-ils des facteurs de risque en pourcentage.
Figure 7 : Réponses à la question sur la prescription des supports de prévention en pourcentage.
Figure 8 : Réponses à la question sur l'évaluation de l'état nutritionnel en pourcentage.
Figure 9 : Réponses à la question sur le suivi nutritionnel en pourcentage.
Figure 10 : Réponses à la question sur l'attitude en cas de dénutrition en pourcentage.
Figure 11 : Réponses à la prescription de massage sur une rougeur persistante en pourcentage.
Figure 12 :Réponses à la question, «Devant une escarre nécrotique au niveau du pied, vous semble-il utile de faire autre chose que l'inspection de la lésion avant de faire vos prescriptions de traitements ?» en pourcentage.
Figure 13 : Réponses sur les examens complémentaires en cas d'escarre nécrotique du talon en pourcentage.
Figure 14 : Réponses à la question sur la douleur restant un problème pour l'escarre en pourcentage.
Figure 15 : Réponses sur le type de prémédication utilisée en pourcentage.
Figure 16 : Réponse sur les difficultés rencontrées en pourcentage.
Figure 17 : Réponses pour les coordonnées d'infirmiers en pourcentage.
Figure 18 : Réponses à la question sur les coordonnées de SSIAD en pourcentage.
Figure 19 : Répartition pour ceux qui adressent à une service hospitalier en pourcentage.
Figure 20 : Réponses sur l'aisance de la prise en charge des escarres en pourcentage.
Figure 21 : Réponses sur le besoin d'une journée de formation en pourcentage.
Figure 22 : Réponses sur la nécessité d'une EMGA en pourcentage.

INTRODUCTION :

L'escarre, selon la National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) est une lésion ischémique localisée au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents, située en général sur une saillie osseuse. Elle est le résultat d'un phénomène de pression, ou de pression associée à du cisaillement. Un certain nombre de facteurs favorisants ou impliqués dans la survenue d'escarre y sont associés. (1)

Une étude menée en 2004, montrait une prévalence des escarres dans les hôpitaux français de 8,9%. (2)
La prévalence a diminué entre 2004 et 2014 (8,1%) et surtout la part des escarres graves s'est beaucoup réduite : 50% en 2004 et 39% en 2014. (3)
En ambulatoire, d'après la Commission économique des produits et prestations, les estimations font état d'une fourchette de 70.000 à 110.000 patients soignées à domicile pour les escarres, avec une tendance à l'augmentation. (4)
L'analyse des données de 2014 de l'Assurance Maladie, à partir de remboursements des produits spécifiques de la prise en charge des escarres identifie 130 000 patients souffrant d'escarres. L'âge moyen est de 78 ans, 60 % ont plus de 80 ans et 80 % plus de 70 ans. Un quart des patients ont été hospitalisés dans le mois précédant le début de la prise en charge, et 21 % sont décédés dans les deux mois qui ont suivi la dernière délivrance de pansements. (5)
Ainsi, il s'agit d'un problème fréquent en structure hospitalière mais aussi en soins primaires. L'escarre a de nombreuses complications : douleurs, perte d'autonomie, infections... Elle peut générer chez certains patients un sentiment d'humiliation. Elle entraîne une consommation accrue de soins et de ressources : le coût des soins d'escarres est estimé à près de 700 millions d'Euros en 2011, les pansements représentant le poste de dépense le plus important. (6)
Quel qu'en soit le type, la cicatrisation est un processus long et la fermeture complète de certaines escarres, véritables plaies chroniques, peut demander plusieurs semaines ou mois. Si les premiers soins sont parfois faits à l'hôpital, il est indispensable de pourvoir organiser à domicile une prise en charge pluridisciplinaire associant le médecin traitant, pivot de la prise en charge et les autres professionnels de santé. (7)
Les conséquences de cette pathologie sont graves mais l'escarre peut-être prévenue dans la grande majorité des cas.

Les recommandations pour la prise en charge et la prévention des escarres existent depuis 2001 et ont été actualisées en France en 2012. (8,9)
Quelques rares travaux ont souligné une insuffisance de formation des médecins dans ce domaine. (10) Mais très peu d'études ont été réalisées sur l'évaluation de la prise en charge des escarres en ambulatoire, la plupart des études portant sur des structures hospitalières ou sur l'efficacité d'une thérapeutique spécifique.
L'objectif de ce travail est d'évaluer en ville, dans le département de Seine-Saint-Denis (93), les connaissances et les pratiques professionnelles des médecins généralistes sur les escarres, basées sur les recommandations officielles actualisées en 2012. Cette évaluation pourrait permettre d'identifier les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes, ce qui pourrait guider les efforts de formation.

Nous allons voir dans une première partie le revue de la littérature sur la peau et l'escarre puis dans la deuxième partie les méthodes et résultats de l'étude et enfin la troisième partie sera consacrée à la discussion et la conclusion.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR LES ESCARRES.

LA PEAU

Anatomie de la peau.

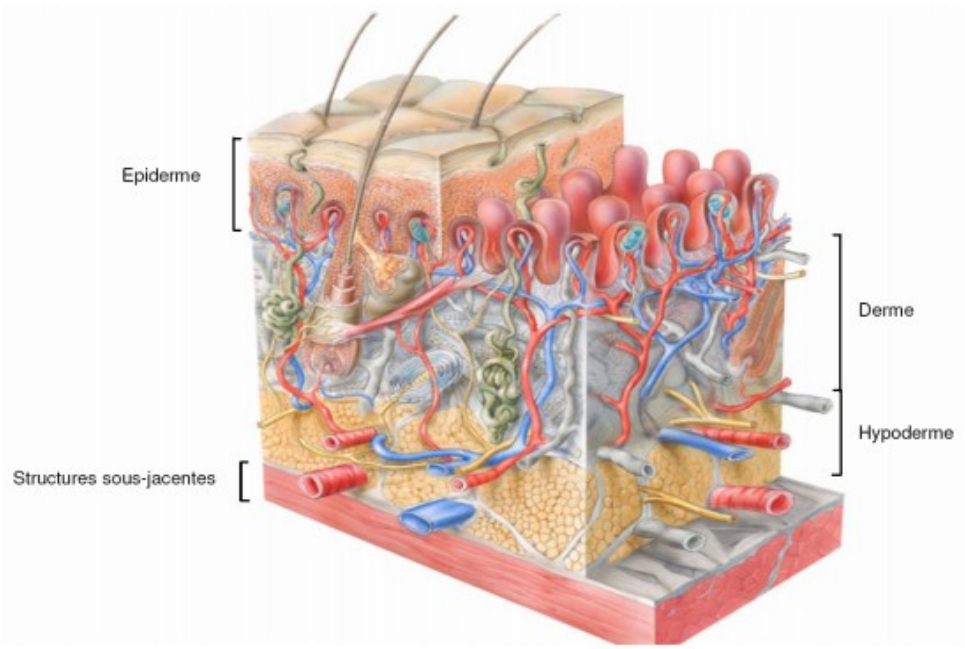


Figure 1 : Architecture de la peau.

La peau est un organe en renouvellement permanent. Elle a la caractéristique d'être à la fois imperméable et perméable. Sur le plan structural, la peau comprend trois couches superposées de tissus qui sont l'épiderme, le derme, et l'hypoderme puis viennent les structures sous-jacentes. Elle a une épaisseur de 0.5 à 5 mm selon les localisations du corps, sa surface est d'environ 2 m², son poids 3.5-4 kilogrammes. (11)

L'épiderme :
C'est la couche la plus superficielle de la peau. Son épaisseur varie selon la localisation, entre 0.1 et 4 millimètres. (12) Il est en constant renouvellement. Il est constitué de quatre couches de cellules empilées les unes sur les autres. Elles sont de bas en haut, la couche basale, épineuse, granuleuse puis tout en haut la couche cornée. Le temps nécessaire pour le renouvellement est de 39 jours et il n'est pas vascularisé. Il est constitué de kératinocytes à 80% et le reste de sa composition est formé de mélanocytes (responsables de la couleur de la peau) et les cellules de Langerhans (rôle de protection immunitaire).

Le derme :
Situé en dessous de l'épiderme, il forme la couche la plus épaisse de la peau. Séparé de l'épiderme par une membrane basale, son tissu conjonctif contient des fibroblastes. Ils sont entourés par les vaisseaux sanguins et les terminaisons nerveuses. Le derme assure la grande majorité des fonctions de la peau et contient également les annexes de la peau.

L'hypoderme :
C'est la couche la plus profonde constituée de cellules graisseuses, organisées en lobules. Il est en continuité avec le tissu graisseux sous-jacent. L'hypoderme, dans sa totalité est composé de trois couches superposées. En premier, le pannicule adipeux, tissu graisseux qui s'insère à la face profonde du derme, puis le fascia superficiel ou toile sous-cutanée et enfin le tissus celluleux sous-cutanée qui représente un plan de glissement de la peau sur l'aponévrose superficielle sous-jacente.

Annexes de la peau : (13)

Les phanères :

-Les poils :
Formés de deux parties, la racine, implantée dans le follicule, et la tige, partie extérieure visible. Chaque poil évolue pour son propre compte et passe par 3 phases de maturation. Ils sont plus abondants où la peau est en contact direct avec l'os sans interposition musculaire.
-Les ongles :
Formés de kératine, ils protègent les extrémités des mains et des pieds, leur croissance se fait à partir de la matrice, elle est ininterrompue mais lente.

Les glandes cutanées :

-Les glandes sudoripares :
Très développées chez l'homme, elles permettent d'évacuer la chaleur et de maintenir la température corporelle constante autour de 37 degrés Celsius.
-Les glandes sébacées :
Elle sécrètent le sébum, qui forme un film imperméable à la surface de l'épiderme. Elles siègent en majorité sur le partie haute du corps.

Les grandes fonctions de la peau :

Elles sont multiples et toute lésion de la peau retentit sur une ou plusieurs de ses fonctions. (12) (14)

-Maintien de la température corporelle :
Sécrétion de la sueur par augmentation de la température corporelle, ce qui permet un rafraîchissement par son évaporation.

-Barrière cutanée et d'absorption percutanée :
Elle forme une barrière physique qui protège les tissus et les organes. Elle protège contre les traumatismes physique, toxines chimique, UV, et les agents infectieux. Cette barrière n'est pas absolue, elle laisse cependant passer des éléments par le passage trans épidermique.

-Rôle sensoriel :
Les terminaisons nerveuses permettent d'explorer l'environnement par le toucher. La peau est ainsi sensible à la pression, la chaleur, la douleur.

-Fonction de défense immunitaire :
Les cellules de Langerhans sont des cellules présentatrices d'antigène et sont susceptibles d'activer les lymphocytes. Par ailleurs les kératinocytes sont capables de présenter des antigènes extérieurs aux lymphocytes et d'induire leur activation. Ils secrètent des cytokines pro-inflammatoires qui interviennent dans la réaction inflammatoire cutanée.

-Organe de vascularisation :
Les vaisseaux sanguins du derme représentant 10% du sang chez l'adulte. On notera que l'épiderme n'est pas vascularisé. La vascularisation est formée d'anastomoses artério-veineuses qui jouent un rôle fondamental dans la thermorégulation.

-Organe de fabrication :
Les kératinocytes soumis aux UV participent à la synthèse de la vitamine D et à celle de l'endorphine qui intervient dans la régulation de la thymie.

-Organe de relation sociale et de la communication :
La peau à travers la couleur, la texture transmets des messages socio-culturels.

Physiologie de la cicatrisation :

La peau isole et protège l'organisme contre le milieu extérieur. Lorsqu'elle subit une brèche (plaie aiguë) ou une altération (plaie chronique), le processus de cicatrisation met en jeu un grand nombre de variétés cellulaires. (14)
La recherche sur les plaies aiguës dans les modèles animaux démontre qu'elles guérissent en quatre phases. (15) Certains auteurs associent les deux premières phases.

Phase initiale vasculaire et inflammatoire :

Lors d'une plaie, le clou plaquettaire arrête le saignement, rapidement consolidée par la formation du caillot. La lésion met à nu l'endothélium vasculaire qui par l'extravasation sanguine apporte de nombreuses protéines et des facteurs de croissance. Ils sont responsables de la migration et des activations des polynucléaires et des macrophages qui vont contribuer à lutter contre les infections, à déterger la plaie et jouer un rôle nutritionnel local.
A cette phase de vasoconstriction rapide, indispensable à l'hémostase, succède une vasodilatation permettant aux cellules d'affluer sur le site de la plaie. Ces polynucléaires et macrophages produisent des cytokines pro-inflammatoires participant au recrutement et à la prolifération des fibroblastes, des kératinocytes, des facteurs de croissance. Ces protéines stimulent la réponse inflammatoire et stimulent la formation du tissu de granulation.

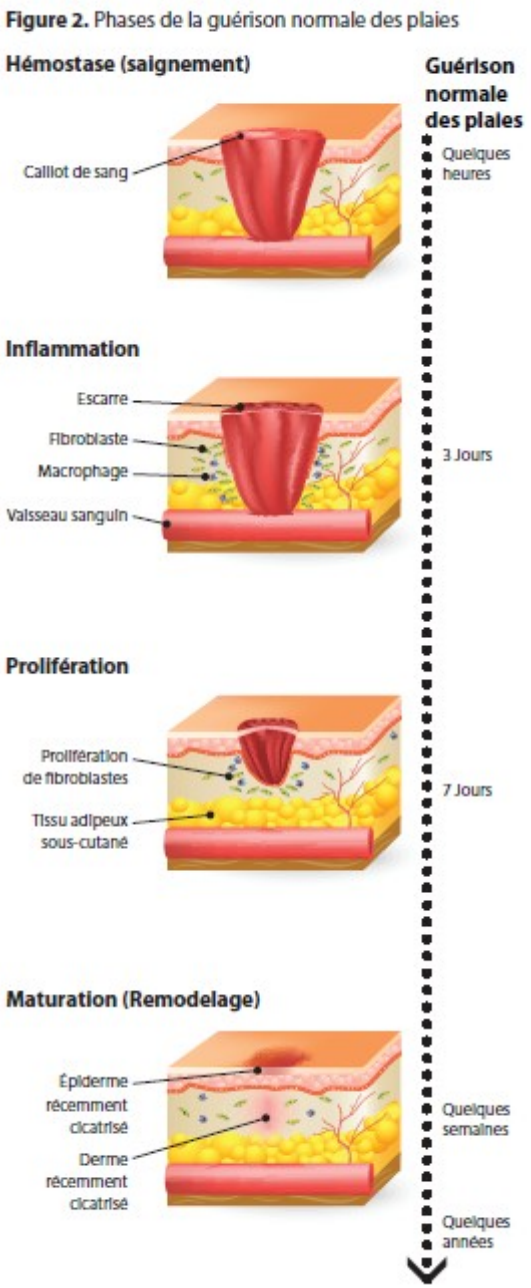


Figure 2: Phase de la guérison normale des plaies.

Phase de granulation :

Elle commence environ quatre jours près l'apparition de la plaie et se poursuit habituellement jusqu'au 21ème jour. Elle se caractérise par l'angiogenèse, la formation du tissu de granulation, la contraction de la plaie et l'épithélialisation. Cliniquement la prolifération est marquée par la présence de tissu rouge perlé ou de collagène sur la base de plaie.
Dans une plaie en voie de cicatrisation, les facteurs de croissance provoquent la division des cellules pour produire de nouvelles cellules et les cytokines provoquent la migration de ces cellules vers l'endroit où elles sont nécessaires. En revanche, dans les plaies chroniques qui

stagnent suite a la suppression de la division et de la migration cellulaires, des niveaux élevés de cytokines inflammatoires ainsi que des niveaux faibles de facteurs de croissance inhibent le développement de nouvelles cellules. Dans un tel environnement, les cellules sont souvent sénescentes et ne répondent pas aux facteurs de croissance. Cet état inflammatoire chronique peut être causé par une augmentation du fardeau bactérien, la présence de tissu dévitalisé, une ischémie chronique ou un traumatisme répétitif. Cela doit être prise en charge pour que la plaie progresse vers la cicatrisation.

Phase de maturation et de remodelage :

Le processus de cicatrisation implique le remodelage et la transformation du collagène. Un sous-groupe de fibroblastes appelés les myofibroblastes contribue à la contraction de la plaie. Dans la phase aiguë d'épithélialisation, des fines couches de tissu se forment et épaississent avec le temps. Initialement le tissu cicatriciel est de couleur rose foncé et devient rose claire quelle que soit la pigmentation de la peau.

Les plaies aiguës cicatrisent selon une séquence ordonnée alors que dans les plaies chroniques, elles ne réussissent pas à progresser selon cette séquence en raison des facteurs non résolus qui entravent la cicatrisation.

Facteurs influençant la cicatrisation :

Plusieurs facteurs intrinsèques ou extrinsèques jouent sur la cicatrisation et peuvent être responsables de la chronicisation d'une plaie. (16)

Facteurs intrinsèques :

-Type et localisation :
Les plaies étendues mettent plus de temps à cicatriser. Dans certaines régions anatomiques, comme le visage, la bonne vascularisation accélère la cicatrisation.
-Propreté :
Une plaie colonisée ou très nécrotique cicatrise moins bien. L'inflammation et l'afflux de polynucléaires gênent le travail des acteurs de la cicatrisation.
-Présence de corps étrangers.

Facteurs extrinsèques :

-L'âge et l'état général, les patients âgés sont plus sujets à des retards de cicatrisation.
-Le terrain génétique, les pathologies congénitales du tissu conjonctif entraînent des défauts de cicatrisation.
-La malnutrition.
-Le tabac qui joue un rôle vasoconstricteur périphérique et diminue l'apport en oxygène.
-Les éléments iatrogènes (médicaments, radiothérapies).
-Les pathologies chroniques, processus néoplasique, syndrome inflammatoire chronique.

L'ESCARRE

DEFINITION :

L'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses (définition établies en 1989 par le NPUAP). Elle est 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 est prédominant. Cette notion souligne que l'escarre vient de l'intérieur et qu'une partie n'est pas visible, à la différence des abrasions cutanées qui ne sont pas des escarres.

L'HAS différencie trois type d'escarres selon la situation : (8)
-l'escarre « accidentelle » due à une perte transitoire de la mobilité ou de la conscience.
-l'escarre « neurologique » due à une perte de la sensibilité ou de la motricité.
-l'escarre « multifactorielle » due à une personne confinée au lit en raison de sa polypathologie.

EPIDEMIOLOGIE DE L'ESCARRE :

En France :

Un étude (3) menée en 2014 à travers la France sur 21538 patients par les médecins du centre hospitalier de Gonesse montre que la prévalence moyenne, c'est à dire le nombre de patients porteurs d'escarres chez les patients hospitalisés, était de 8.1 %. En comparant les études, on s’aperçoit que la sévérité des escarres diminue. Il y avait plus d'escarres de stade 1 et 2 en 2014 par rapport à la même enquête menée en 1994 et 2004. L'incidence, la proportion de patients développant une escarre au cours de leur séjour est estimée à 4.3%. (17)

La prévalence varie entre différentes unités de séjours avec un pourcentage de 13.1% en soin ambulatoire et le pic de prévalence atteint dans les services de médecine à 40%.

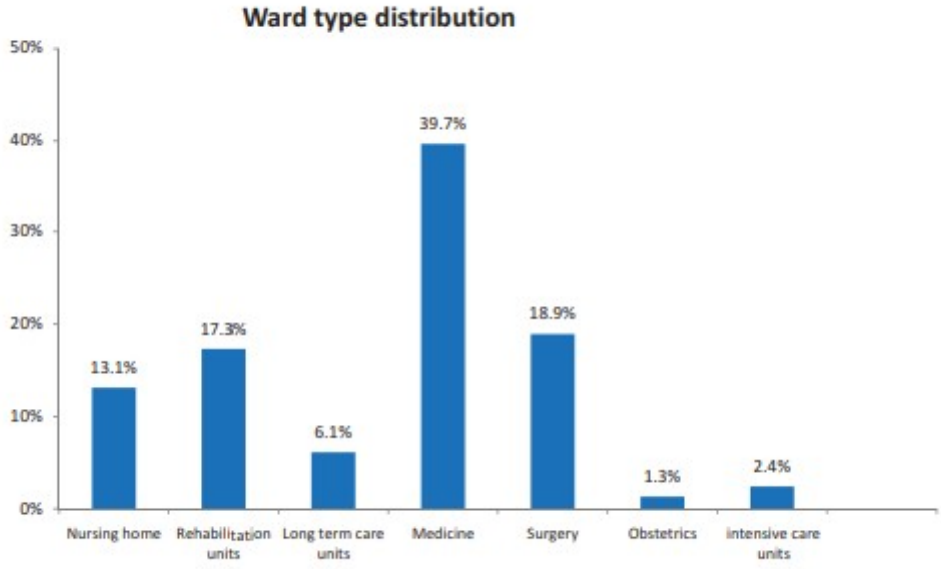


Figure 3 : Distribution des escarres en 2014 lors de l'étude PERSE.

Focus sur les Ehpad :

En France, fin 2015, d'après la DREES, (18) 728.000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées dont 80% un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Il n'existe pas d'étude nationale sur la prévalence des escarres en EHPAD mais des travaux isolées montrent une prévalence variant entre 4.6 à 6.5%.

L'étude menée en Bretagne en 2013 sur 174 EHPAD regroupant 14.560 résidents rapportent une prévalence à 5.73%. (19)

Une enquête de prévalence de l'escarre réalisée en 2007 chez les résidents hébergés dans les EHPAD gérés par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris en 2007 évalue la prévalence à 6.5%. (20)

L'enquête PRIAM menée en 2005, sur 599 EHPAD regroupant 44.895 résidents évaluait la prévalence à 4.6%. (21)

A l'International :

Une étude internationale menée en 2007 à travers les 25 hôpitaux des 5 pays que sont la Belgique, l'Italie, le Portugal, le Royaume-Uni et la Suède montre une prévalence globale tous stades confondus à 18.1%. Si le stade 1 n'est pas pris en compte, la prévalence est alors évaluée à 10.5%. (22)

Cependant ce taux varie du simple au double selon le pays de l'Union Européenne comme en témoignent cette étude rétrospective menée au Pays-Bas depuis 2001 jusqu'à 2008. La prévalence passe de 8.1% à 3.4% en 2008 chez les patients hospitalisés avec un déclic vers 2004 expliqué par une meilleur prise en charge de la prévention des escarres.(23)

En 2017, en Norvège, une étude menée parmi les patients hospitalisés dans un hôpital général incluant 255 patients montrait une prévalence à 14.9%.
Parmi les patients atteints d'escarre, 80% avaient une escarre de stade 1 et 2 . (24)

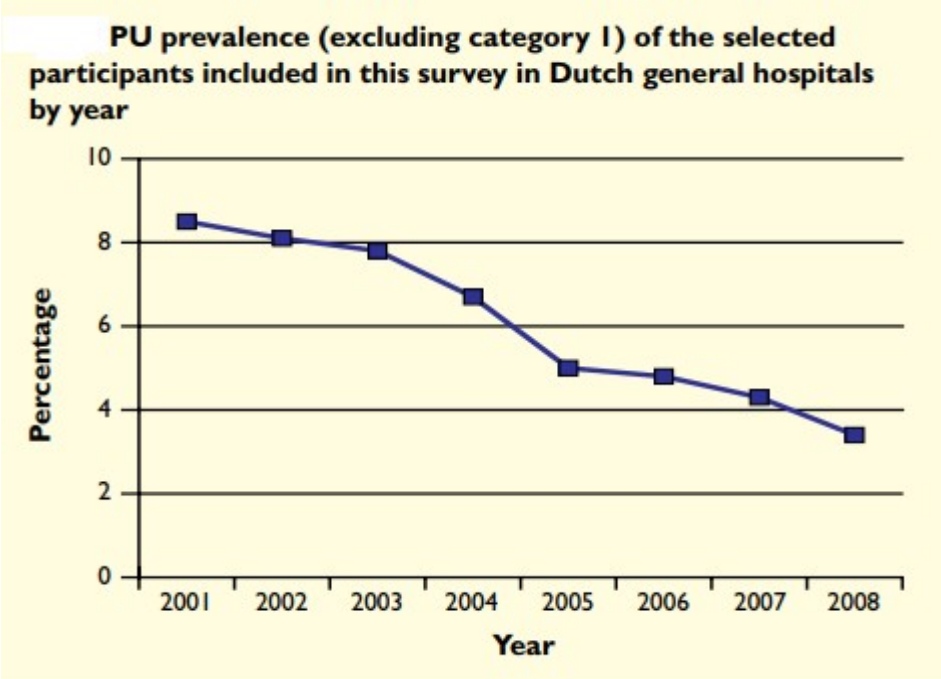


Figure 4 : Évolution de la prévalence au Pays-Bas de 2001 à 2008.

Quand à l'incidence, les chiffres sont également variés dans les pays de l'Union Européenne. Elle est évaluée à 1.8% au Danemark contre 20% en Suède d'après l'étude publiée en 2013. (25) Alors que celle ci est évaluée à 4.7% en France en 2014.

Pressure ulcer incidence

Country (no. of studies)	Mean incidence rate (range)
Norway (n=1)	16.4%
Ireland (n=4)	11% (8–14.4%)
Iceland (n=0)	No studies
Denmark (n=2)	1.8% (1.4–2.7%)
Sweden (n=12)	20% (3.1–49%)

Figure 5 : Incidence des escarres en 2013 dans les pays cités.

COUT DE L'ESCARRE :

Les professionnels impliqués dans la prévention et le traitement des escarres savent que celles-ci entraînent une consommation importante de ressources en terme de matériels, de pansements et de moyens humains. (26) Cette appréciation se base sur les données épidémiologiques : bien qu'imprécises, elles mettent en avant un allongement de la durée des séjours hospitaliers, une consommation accrue des prestations et une augmentation sensible de la charge de travail du soignant. Les aspects économiques ne constituent que l'un des éléments de réflexion de la prise en charge, on ne doit pas perdre de vue la dimension humaine, la souffrance que ces plaies engendrent. Cependant la connaissance des coûts est importante pour la préservation du système de santé.

Le coût global du traitement des escarres à l'hôpital et au domicile en 2011 était estimé à 3,35 milliards € (euros), soit environ 2% de la consommation de soins et de biens médicaux d'après le Rapport sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie de 2014. Toujours en 2011, le coût de la prise en charge des escarres en soins de ville s'élevait à 693 millions €. (5) (27) Les dépenses les plus élevées sont liées aux soins infirmiers et aux pansements comme le montre la répartition suivante. Le coût par jour est estimé à 45 euros / jour et 10.000 euros par an uniquement pour les escarres.

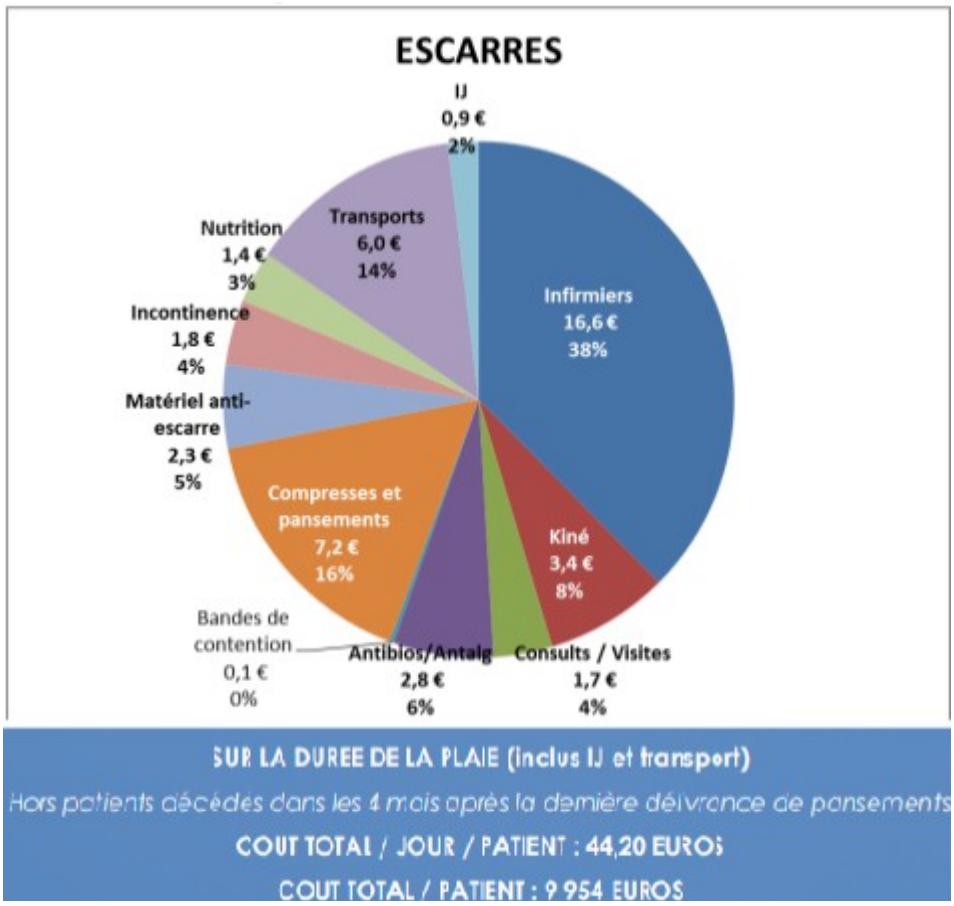


Figure 6 : Répartition des remboursements par jour et par patient atteint d'escarre.

En 2012, l'IRDE estime que les escarres prolongent les séjours de manière significatives avec une augmentation de la durée moyenne de séjour de 11.1 jours soit une estimation du surcoût de 125 millions €. (28)
Selon les projections établies par le cabinet Alcimed, il devrait atteindre 894 millions d'euros en 2030 (+29%) et 1.323 Milliards € (+48%) en 2060. (29)

A l'international, deux études plus récentes évaluent les coûts en fonction de la prévention et du traitement.

La première, une revue systématique de la littérature menée en 2015 (30), a recensé 2542 articles dont 17 ont été retenus et publiés entre 2001 et 2013. Elle évalue entre 2.65 et 87.57 € le coût de la prévention/jour/patient et entre 1.71 et 470.49 €, le coût lié au traitement. Pour la prévention, elle évalue le coût pour les patients hospitalisés entre 15.70 et 87.57 €, en soin long séjour entre 2.65 et 19.69 €, en soins à domicile entre 7.75 et 13.78 € par jour et par patient.

La deuxième étude menée en Belgique en 2015 est encore plus précise. Elle évalue le coût de la prévention et du traitement chez les patients à risque ou non, en ville et à l'hôpital et selon le stade de l'escarre affiché dans la figure suivante. (31)

The cost of pressure ulcer prevention per patient per day in hospitals and nursing homes in Flanders

Cost per patient/day	Total €/day (SD)
Hospitals	
Patient at risk	7.88 (8.21)
Patient not at risk	1.44 (4.26)
Nursing homes	
Residents at risk	2.15 (3.10)
Resident not at risk	0.50 (1.61)

The cost of pressure ulcer treatment per day in hospitals and nursing homes in Flanders.

Cost per patient/resident	Treatment
	Mean cost (€)/day (SD)
Hospitals	
Category I	2.34 (1.14)
Category II	10.81 (4.25)
Category III	17.15 (7.33)
Category IV	77.36 (35.95)
Nursing homes	
Category I	2.42 (1.15)
Category II	3.92 (1.33)
Category III	10.05 (2.81)
Category IV	16.18 (4.93)

Figure 7: Coût prévention et traitement en Belgique en 2015.

PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ESCARRE :

Du mot anglais, «Pressure Ulcer», l'escarre est provoquée par une compression forte et/ou longue des parties molles sur le plan osseux sous-jacent. La compression forte et prolongée des tissus mous, entraîne une souffrance des tissus superficiels et profonds qui peut-être rapidement irréversible. Des forces de cisaillement peuvent s'associer lors de la position assise instable. (32) Les frottements, la macération et l'humidité rendent la peau plus sensible. (33) La compression forte peut se définir comme la pression qui ferme les vaisseaux sanguins cutanés voire sous-cutanés provoquant une hypoxie tissulaire. Il est difficile de définir la valeur de la pression limite qui provoque cette fermeture mais elle varie selon les individus et les parties du corps. (34) L'hypoxie tissulaire est une carence d'apport en oxygène qui ne se voit pas directement mais dont on constate les conséquences lorsque l'escarre apparaît. C'est une lésion qui se développe en profondeur avant de s'ouvrir vers l'extérieur, c'est pourquoi sa gravité est importante dès son apparition.

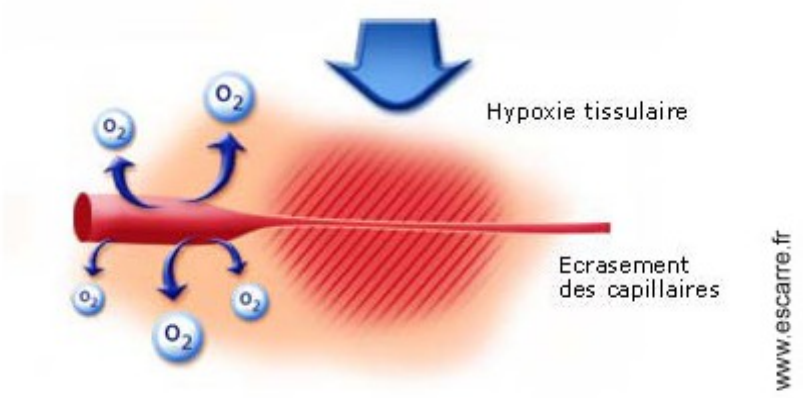


Figure 8 : Mécanisme de l'hypoxie tissulaire.

LES FACTEURS DE RISQUE DES ESCARRES :

Les facteurs de risque sont nombreux. Plusieurs classifications sont proposées dans la littérature pour définir les facteurs de risque. Ceux-ci sont dits tantôt intrinsèques et extrinsèques, tantôt primaires et secondaires. Ces classifications n'étant pas totalement validées et admises, on citera les principaux facteurs de risque. (35) (36)

A/ Les facteurs extrinsèques : (37)

Deux facteurs majeurs rentrent en ligne de compte. (38)
La pression :

C’est une force perpendiculaire s’exerçant entre un plan d’une certaine rigidité et une proéminence osseuse entraînant une ischémie tissulaire de la zone concernée. A cela s’ajoute un phénomène de micro thrombose et inflammatoire important. Si cette pression est très prolongée et/ou très forte, les lésions vont devenir irréversibles et conduire à une nécrose. On considère qu’une pression de plus de 30 mmHg appliquée pendant plus de deux heures résultera en une escarre. Il faut cependant être conscient qu’en fonction de l’état général de la personne et des pressions exercées, des temps moindres suffisent pour créer une escarre.

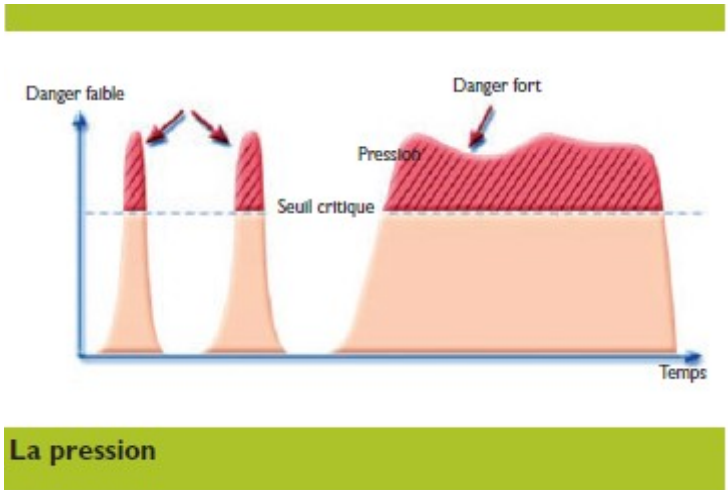


Figure 9 : La pression et le danger de l'escarre.

Le cisaillement :

C’est une force qui s’exerce de façon tangentielle entre les tissus superficiels et les tissus profonds, provoquant un rétrécissement, voire une occlusion des capillaires entraînant une ischémie. Le sacrum est typiquement l’endroit le plus touché avec un patient en position semi-assise, tronc relevé à plus de 30° et qu’il glisse dans son lit ou au fauteuil. Il se passe également en interne, dans les couches tissulaires sous-jacentes notamment musculaires. (39)

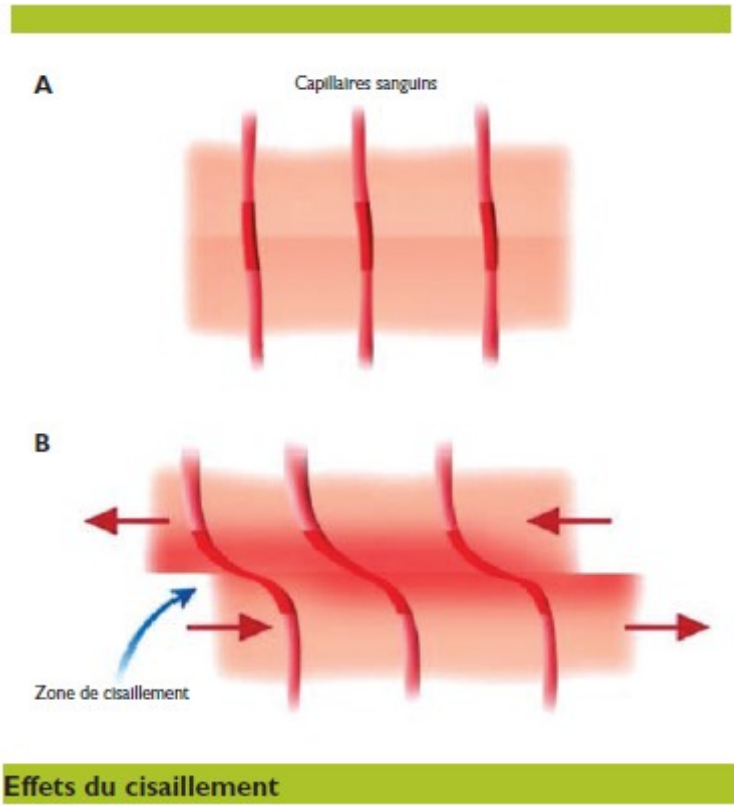


Figure 10 : Effet du cisaillement sur les capillaires.

La macération: C'est un cofacteur souvent présent lors d'incontinence et de port de couches. Ce qui va rendre la peau plus fragile et susceptible aux agressions.

Le frottement : C'est un autre cofacteur. Il représente l'abrasion directe de la peau sur le plan du lit ou une protection d'incontinence et va concourir à la fragilisation cutanée.

B/ Les facteurs intrinsèques :

Ils sont nombreux et dépendent de l'état de santé du patient. (39) Nous n'évoquerons ici que les plus fréquents et ceux les plus présents en ambulatoire.

-L 'immobilité due à une atteinte neurologique.
-La dénutrition. Elle provoque une perte de masse grasse et de masse maigre qui protègent les vaisseaux. Elle est également un facteur de retard de la cicatrisation car l'escarre entraîne un état hyper catabolique qui accentue la dénutrition protéino-énergétique. (40)
-L'état de la peau.
-Une circulation insuffisante. Si le sang circule mal dans l'organisme, une pression moindre pourra interrompre cette circulation dans une partie du corps et y provoquer une escarre. Les pathologies en jeu sont l'hypotension, l'insuffisance cardiaque (et plus généralement tous les troubles cardiaques), les troubles artériels, l'obésité. Leur traitement amène un bénéfice immédiat en terme de risque d'escarre. (41)
-Le diabète est un facteur de risque. La relation diabète-cicatrisation n'est pas complètement établie, en particulier au niveau des escarres de la zone périnéale. Sur les pieds, c'est un peu

plus facile à déterminer. Le diabète entraîne une hypovascularisation qui aggrave le risque d'escarre. Les patients diabétiques doivent de toute manière être corrigés le plus possible sur le diabète dès qu'il y a des problèmes de cicatrisation. (42)
-L'état psychologique, la baisse du moral peut retarder la guérison. Il peut entraîner un manque de coopération et favoriser ainsi l'aggravation des lésions existantes.
-L'âge du patient. La peau du patient âgé s'abîme en 2 heures alors que celle du patient jeune met 4h à s'abîmer dû à une différence de collagène. (43) En gériatrie, toute pathologie aiguë augmente le risque d'escarre.
-L'incontinence urinaire et fécale. L'incontinence urinaire entretient une humidité permanente qui provoque une macération des tissus cutanés. Cette macération fragilise les tissus et va accélérer l'aggravation d'une lésion naissante. L'incontinence fécale est plus dangereuse car aux phénomènes de macération s'ajoute l'acidité des matières fécales qui agresse les tissus cutanés. (44)
-L'antécédent d'escarre.

Ces facteurs sont souvent intriqués les uns avec les autres. Ils entraînent une réaction en chaîne responsable de l'apparition rapide et pouvant expliquer la guérison rapide ou non des lésions.

COMPLICATIONS DES ESCARRES : (45) (46)

-L'infection :
Elle est la complication la plus fréquente, due à l'escarre qui est le siège d'une flore polymorphe. Les signes cliniques qui font suspecter une infection (47) sont une inflammation autour de la plaie, une douleur, une traînée de lymphangite, une adénopathie satellite douloureuse, de la fièvre. D'autres signes, comme un retard de cicatrisation, une plaie atone doivent donner l'alerte. Le prélèvement microbiologique d'une plaie ne doit s'envisager qu'en présence d'arguments en faveur d'un processus infectieux .

-L'ostéite :
L'extension à l'os sous-jacent d'un processus infectieux cutané est une complication fréquente et grave. Son diagnostic est difficile. (48) Les anomalies radiographiques apparaissent après la clinique. La scintigraphie osseuse est peu spécifique. L'IRM a une sensibilité et une spécificité satisfaisantes, permettant d'évaluer l'ostéite. Le scanner est moins sensible que l'IRM mais il permet de visualiser les abcès intra-osseux. Le diagnostic de certitude repose sur une biopsie osseuse, avec examen anatomopathologie et bactériologique.

-L'exposition articulaire :
Elle est fréquente au stade IV, et entraîne une exposition du matériel orthopédique (prothèse de hanche ou de genou). Il existe alors des douleurs locales spontanées ou provoquées par la palpation, les mouvements, ainsi qu'un gonflement de l'articulation. Dans certains cas, la prothèse est vue dans la plaie ou perçue au bout de la pince.

-L'exposition tendineuse.

-L’hémorragie :
Elle est rare, survenant lors de la phase de détersion.

-L’invagination des bords de la plaie.

-L’hyper-bourgeonnement :
Il peut être localisé ou diffus, à l’origine d’une cicatrisation bloquée.

-L’altération de la peau périphérique :
Elle peut être secondaire à des problèmes de macération ou à l’utilisation de pansements adhésifs.

-La cicatrice d’escarre :
Elle peut être immature et fragile ou hyperkératosique et se comporter comme un corps étranger qui altère la cicatrisation.

-La dénutrition :
Elle est à la fois un facteur intrinsèque, un facteur causal mais aussi une complication. Il y a là un véritable cercle vicieux qu’il faut, si possible, prévenir vite et efficacement. Il est donc indispensable de réaliser une évaluation de l’état nutritionnel des patients porteurs d’escarres et d’instaurer précocement une stratégie de prise en charge nutritionnelle.

-Les rétractions :
Elles favorisent l’apparition de nouvelles lésions ou aggraver celles préexistantes.

-La douleur :
Elle est présente dans tout type de lésions, même chez les patients blessés médullaires para- ou tétraplégiques. Il est important d’évaluer cette dernière, qu’elle survienne au moment du soin ou qu’il existe un fond douloureux permanent. La prise en compte de la douleur et son traitement sont essentiels tant pour le confort du patient que pour le traitement de la plaie elle-même.

ECHELLES DE RISQUE :

La prévention est le maître mot en médecine ambulatoire. L'objectif des échelles est d'évaluer le risque et d'envisager la mise en place des mesures préventives le plus précocement possible. L’utilisation d’un outil chiffré, reproductible et validé, est nécessaire à l’instauration de bonnes pratiques de prévention. (8) Le principe repose sur la sélection de plusieurs items avec annotation qui permet d'obtenir un score global, ce qui permet d'établir un seuil de risque. Il existe une cinquantaine d'échelles mais nous n'aborderons ici que les échelles anglo-saxonnes les plus fréquentes et qui sont validées.

L’échelle de Norton : (cf Annexe I)

C’est la plus connue. Décrite comme surtout adaptée aux plus de 65 ans et simple à utiliser. Elle explore cinq domaines principaux, avec un choix entre quatre possibilités pour chacun de ces domaines. 4 points sont attribués au premier choix, 3 au second, 2 au troisième, et 1 au dernier. Le score total est donc compris entre 5 et 20. Sa sensibilité et sa spécificité sont respectivement de 75% et de 67% en soins de longue durée, d’après la HAS.

L’échelle de Waterloo : (cf Annexe II)

Cette échelle est très utilisée au niveau européen. Nettement plus complète, elle ajoute la comorbidité, la prise de médicaments, l’IMC, le sexe et l’âge, qui sont affectés d’un indice de pondération élevé. Sa sensibilité est bonne, allant jusqu’à 100% au domicile. Sa spécificité est très moyenne, variant de 10 à 44% et il existe une très faible reproductibilité entre les évaluateurs. (49) Quant à sa valeur prédictive négative, elle est proche de 100%, permettant ainsi de prédire l’absence d’escarre lorsque le score est inférieur à 10.

L’échelle de Braden : (50) (cf Annexe III)

L’un des intérêts principaux de l’échelle de Braden est qu’elle s’intéresse également à l’aspect nutritionnel ainsi qu’aux frictions et frottements constatés. Sa sensibilité va jusqu’à 100% au domicile, mais sa spécificité n’y serait que de 34%, d’après la HAS.
L’Échelle de Braden est un outil développé par Nancy Braden et Barbara Bergstrom et qui se base sur des données factuelles pour prédire les risques de développement d'une plaie. Elle fonctionne selon un système de points allant de 9 à 23, comme suit :

19-23 = aucun risque
15-18 = risque léger
3-14 = risque modéré
moins de 9 = risque très élevé

Elle est subdivisée en six catégories : sensibilité, humidité, activité, mobilité, nutrition et facteur frottement/friction.

L’utilisation de l’échelle de Braden ainsi que des études de sa validité en France sont recommandées. Elle est la plus pertinente selon l'association Perse. (8) (36) Elle est aussi la plus utilisée comme dans cette étude réalisée chez les médecins généralistes dans laquelle 94% l'ont utilisée sur 66 patients inclus dans l'étude avec une prévalence du risque à 44% (29 patients) et 6% de patients atteints (4 patients) d'après la campagne «Sauve ma peau» de l'ARS de 2015. (51)

Quels avantages et limites de l'utilisation de l’échelle de Braden pour l'évaluation et la prévision des risques d'escarres en SSIAD/HAD ? (52)

Dans une publication de 2014 citée par les auteurs de la CPFSI de Québec, aucune donnée scientifique ne démontre que l’utilisation d’une échelle de mesure est supérieure à l’opinion

clinique de l'infirmière. Toutefois, l'utilisation de l'Échelle de Braden combinée avec le JCI semble entraîner une meilleure prise en charge des interventions. (53)

Selon 2 études, l'utilisation de l'échelle de Braden ne réduit en rien l'incidence des plaies sauf peut-être pour l'échelle de Waterloo. (54) Il existe des preuves que le jugement clinique est aussi efficace pour évaluer le risque que les échelles d'évaluation du risque. (55)

Quelle fréquence d'utilisation en soin ambulatoire ?

Il n'y a pas de consensus quant à la fréquence des évaluations, mais il est recommandé de procéder à une nouvelle évaluation à chaque changement d'état du patient selon l'HAS. (8)
A cette question la CPFSI (53) répond que son utilisation ne doit pas être systématique mais doit être laissée au libre choix de l'infirmière. Cette dernière recommandation de la CPFSI est soutenue par le fait qu'aujourd'hui les pratiques de soin ont évolué et que bon nombre de mesures préventives inscrites dans l'échelle de Braden font partie des soins de base courants.

Augmenter la sensibilité de l'échelle de Braden ?

Une étude menée en 2017, parue dans le journal de Clinical Nursing évalue la contribution des symptômes auto-rapportés par le patient et le résultat des test de laboratoire à l'échelle de Braden.
L'étude indique que l'utilisation des symptômes et la biologie peut améliorer l'identification des patients vulnérables, mais que la faisabilité de ces résultats dans d'autres échantillons est nécessaire. (56)

EVALUATION, CLASSIFICATION ET SUIVI DES ESCARRES :

EVALUATION INITIALE :

La description et l'évaluation de l'escarre sont indispensables dès le début et au cours du suivi. Elles doivent être réalisées conjointement par l'infirmier et le médecin et sont essentielles au choix d'une stratégie de traitement et de soins. Elles constituent une référence pour les évaluations ultérieures. (35)

Cette évaluation en début de prise en charge inclus :

1/ D'une part une évaluation globale du patient :

-Anamnèse médicale complète et un historique social.
-Examen clinique qui inclut :
*facteurs pouvant influencer la cicatrisation (une altération sensitive, une infection systémique,...)

*évaluation vasculaire (historique d'une claudication, un index de pression systolique bras/cheville).
*résultats biologiques, radiologiques.
*nutrition.
*douleur relative aux escarres.
*santé psychologique, le comportement et les facultés cognitives.
*systèmes de soutien social et financier.
*capacité fonctionnelle, en particulier par rapport au positionnement, à la posture et au besoin d'assistance en équipements et en personnel.
*utilisation de manœuvres de soulagement de pression.
*connaissances et croyances individuelles et familiales sur le développement et le traitement des escarres.

2/ D'autre part, une évaluation de l'escarre :

*la localisation.
*le stade
*la taille
*la coloration
*l'état de la zone péri lésionnelle
*les berges de la plaie
*les trajets fistuleux
*l'exsudat
*l'odeur.

3/ Pour les escarres de Stade III, IV et l'escarre inclassable chez les personnes à peau foncée, prioriser l'évaluation des caractéristiques suivantes :
*la chaleur de la peau
*la consistance de la peau
*le changement de consistance
*la douleur.

SUIVI DE L'ESCARRE :

-Évaluer l'escarre en début de prise en charge et la réévaluer au moins une fois par semaine.
-Une période de deux semaines est recommandée pour l'évaluation lors de la guérison. Cependant, des évaluations hebdomadaires donnent au professionnel l'opportunité d'évaluer l'escarre plus régulièrement, de détecter des complications aussi tôt que possible et d'ajuster le plan de traitement en conséquence.
-Ajuster les attentes en présence de facteurs multiples qui nuisent à la cicatrisation.
-S'il n'y a pas de progression vers la guérison après deux semaines, la personne, l'escarre et le plan de soins devraient être réévalués.
-Enseigner aux personnes et leurs proches aidants, le processus normal de la cicatrisation et l'identification des signes de guérison ou détérioration, qui devraient être portés à l'attention du professionnel.

EVALUATION DU PROGRES :

Elle peut se faire à l'aide du jugement clinique (amélioration ou non de la plaie, exsudats, infection ou autres complications) aidée d'une échelle colorielle. (57) Elle repose sur l'appréciation subjective de la plaie avec quatre couleurs: noir pour la nécrose, jaune pour la fibrine, rouge pour le bourgeonnement, rose pour l'épidermisation. L'évaluation de la plaie se fait sur une plaie nettoyée. Le soignant évalue le pourcentage de chaque couleur présente dans la plaie et la somme de ces pourcentages de couleur doit faire 100%.

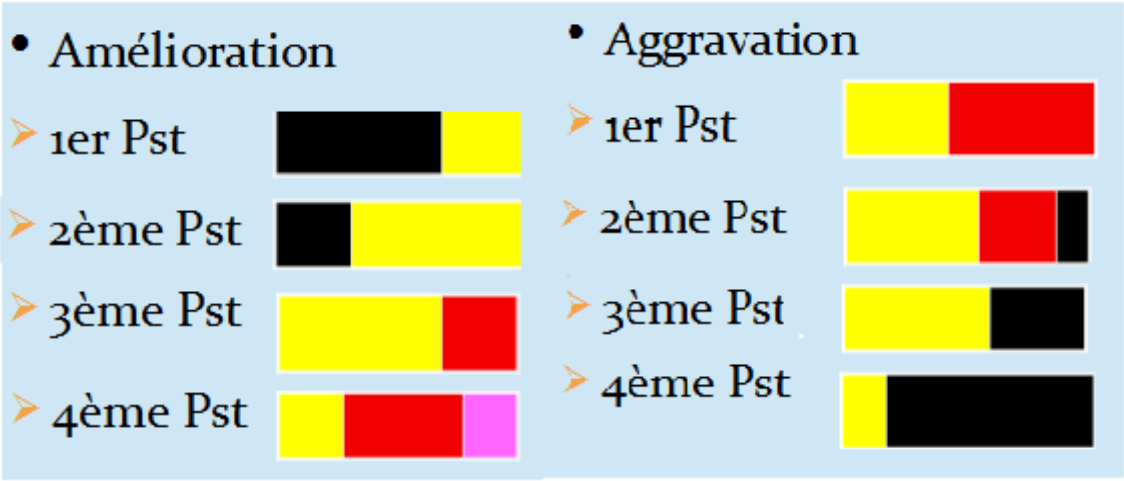


Figure 11 : Exemple factice de suivi de plaie à l'aide de l'échelle colorielle. (58)

CLASSIFICATION DE L'ESCARRE:

De nombreuses classifications existent dans le domaine de l'escarre. (59)
Néanmoins la classification de NPUAP en 4 stades est celle qui est retenue, elle est enrichie par la HAS de : (8)
-Stade 0 (peau intacte mais risque d'escarre).
-Précision sur la présence de nécrose sèche ou humide, au stade III.
-Ajout de facteurs péjoratifs au stade IV (décollement, contact osseux, fistule et infection).

Classification NPUAP des escarres : (60)

Stade I :
Peau intacte avec un érythème qui ne blanchit pas à la pression, généralement situé au niveau d'une proéminence osseuse. Pour les peaux foncées, le blanchiment pourrait ne pas être visible. Cette zone peut être douloureuse, dure, molle, plus chaude ou froide par rapport aux tissus adjacents. Il est possible que chez les sujets à peau foncée, la stade I soit difficile à détecter.

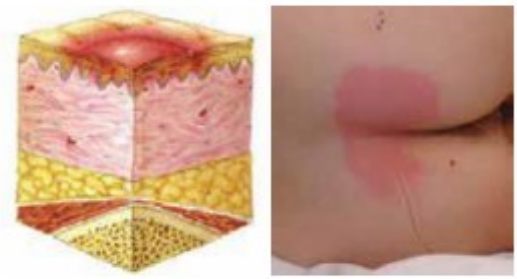


Figure 12 : Escarre stade I.

Stade II :

Perte tissulaire partielle du derme qui se présente sous la forme d'une ulcération ouverte peu profonde avec un lit de plaie rouge ou rose, sans fibrine. Elle peut également se présenter comme une phlyctène fermée ou ouverte, remplie d'un liquide séreux.



Figure 13 : Escarre stade II.

Stade III :

Perte complète de tissu cutané. Le tissu adipeux de l'hypoderme peut être visible, mais l'os, les tendons ou les muscles ne sont pas exposés. Il peut y avoir la présence de fibrine. Elle peut inclure des tunnélisations. La profondeur de l'escarre de stade III dépend de sa localisation anatomique.

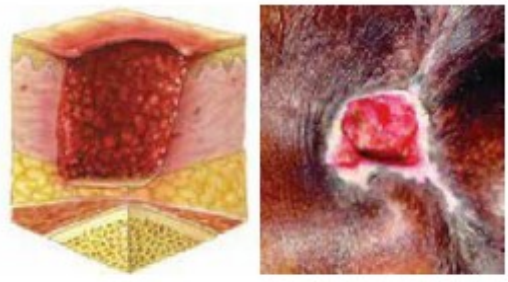


Figure 14 : Escarre stade III.

Stade IV :

Perte tissulaire complète avec exposition osseuse, tendineuse ou musculaire. De la fibrine ou de la nécrose peuvent être présentes. Souvent, elle présente des tunnélisations. L'escarre de stade IV peut s'étendre au muscle et aux structures de soutien comme le fascia, les tendons ou les capsules articulaires ce qui rend possible la survenue d'une ostéite.



Figure 15 : Escarre stade IV.

Stade Inclassable :

Perte tissulaire complète dans laquelle la profondeur de l'escarre est complètement masquée par de la fibrine et de la nécrose au niveau du lit de la plaie. Tant que la fibrine et la nécrose ne sont pas enlevées pour voir le lit de la plaie, la profondeur ne peut être déterminée, l'escarre sera considérée de stade III ou IV.

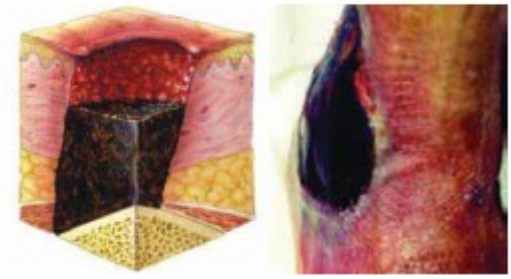


Figure 16 : Escarre inclassable.

LOCALISATION DES ESCARRES :

Suivant la position, les zones les plus touchées sont les zones saillantes: l'occiput (voire l'oreille ou le nez), l'acromion, les omoplates, les coudes, le gril dorsal, le sacrum, le grand trochanter, le coccyx, les ischions, les genoux et les talons. (61) Cependant 80 % des escarres siègent au talon et au sacrum. (62)

En position allongée,il existe un hyper appui sur le sacrum et sur les talons.

En position assise, cet hyper appui est en regard des ischions.

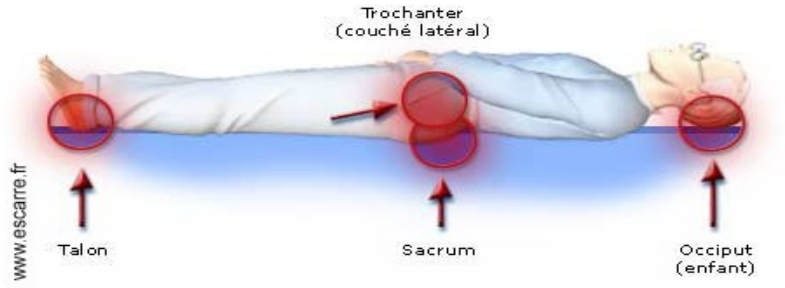


Figure 17 : Localisation à risque en décubitus dorsal.



Figure 18 : Localisation à risque en décubitus latéral.

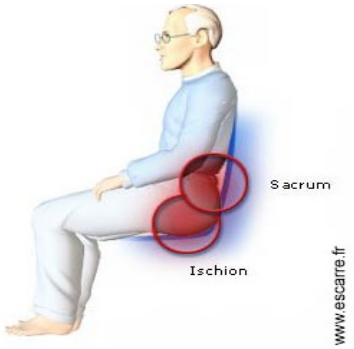


Figure 19 : Localisation à risque en position assise.

PREVENTION DES ESCARRES :

La prévention repose sur des actes impliquant les aidants et sur l'utilisation de supports médicotechniques. (63) Les recommandations pour la prévention des escarres, élaborées en 2001 et actualisées en 2012 reposent sur plusieurs éléments codifiés. C'est une maladie onéreuse, un ulcère de stade 4 coûte 10 fois plus cher qu'un ulcère de stade 1. (64) (65) Les actions à mener sont multiples et nécessitent une organisation des soins appropriées, du matériel adapté, la formation des soignants, et des actions d'éducation thérapeutique pour le patient et ses aidants.

Identification des patients à risques :

Les mesures de prévention incluent, en premier lieu, l'utilisation d'une échelle d'évaluation

du risque d’escarre, à l’aide d’une échelle de référence : Norton, Braden, Waterloo. Il convient d’en choisir une et une seule, afin que l’ensemble des équipes soignantes se l'approprie. Chez les patients identifiés comme à risque d’escarre, ces échelles, vont permettre aux soignants d’établir un plan de soins pour éviter la survenue d’escarres.

Règles d'hygiènes :

Vérification de l’hygiène de la peau :

La surveillance de la peau des zones à risques s’effectue au moment du changement de position et vise à détecter toute rougeur cutanée. Une hygiène satisfaisante et quotidienne est indispensable. Elle se réalise avec des produits doux et non irritants. La peau doit être séchée délicatement en tapotant, sans friction. Bien que le massage et la friction sont interdits, l’effleurage est un geste recommandé, il s'agit d'un acte léger qui doit s’exécuter sur une peau propre, à mains nues, en utilisant les doigts à plat et la paume de la main, sans appuyer. Il permet de faciliter l’observation des points d’appui. La massothérapie n'a montré aucune preuve dans la prévention des escarres. (66) Il ne faut jamais masser une escarre ni utiliser un sèche-cheveux sur ces lésions.

Maintien de la propreté périnéale :

On sait que 40 % des escarres sont localisées au sacrum. En effet, l''’incontinence urinaire et fécale entraîne macération et frottements. Elle aggrave donc le risque d’escarre. Il est important de respecter une hygiène optimale et d’utiliser des protections adaptées.

Il s’avère primordial d’intégrer les aides-soignantes aux formations et leur expliquer le rôle barrière, joué par la peau contre les agressions. En effet, la réalisation d’un soin de qualité (laver la peau avec un savon doux, sans frotter, rincer et sécher de manière minutieuse en tamponnant, etc.) est essentielle pour prévenir le risque d’escarre. L’équipe d'aide-soignante doit pouvoir aborder avec les infirmières la protection de la peau des patients souffrant d’incontinence urinaire ou fécale et participer au choix de crèmes dites “barrières” ou de films protecteurs. De même, les équipes doivent appréhender tous les risques aggravant la survenue d’escarre notamment le rôle du méat urinaire. Elles doivent ainsi, par exemple, connaître les moyens de fixer les sondes vésicales, sur l’abdomen chez les hommes, sur la cuisse chez les femmes.

Maintien d'un environnement propre:

Une attention particulière doit être apportée aux choix des vêtements afin de prévenir les phénomènes de compression, de frottement ou de striction (coutures, vêtements trop serrés, plis…). La literie doit être propre, sèche et sans plis ni corps étrangers. (67)

Règles diététiques :

La surveillance de l’état nutritionnel est une action clé pour éviter la survenue d’escarres . Un sujet dénutri possède une peau très fine et peu ferme. Sa masse musculaire et graisseuse

est insuffisante pour résister aux pressions subies par le corps.
Un risque élevé d'escarre évalué selon l'échelle de Norton provoque également une perte d'appétit. (68)

La dénutrition se définit par un IMC inférieur à 21, une perte de poids récente et importante, c'est-à-dire supérieure ou égale à 5 % en un mois ou 10 % en six mois et l'albuminémie inférieure à 35g/l. (69)

L'objectif chez ces personnes dénutries est d'assurer un apport hypercalorique de 30 à 40 kcal/kg/j et hyper-protidique de 1,2 à 1,5g/kg/j ainsi qu'une hydratation correcte et satisfaisante.
Ainsi la prévention de la dénutrition se fait par la surveillance du poids, des apports alimentaires et hydriques, notation des goûts du patient, aide à l'hygiène bucco-dentaire, détection d'éventuelles fausses routes, nécessité d'aide à la prise des repas.

Toutes ces actions sont essentielles et font intégralement partie des mesures thérapeutiques pour augmenter les apports caloriques du patient à risque, ce qui permettra de mettre en place des mesures optimales pour la cicatrisation. Dans ce cadre, les CNO riches en protéines peuvent être prescrits et remboursés. Ce sont des mélanges nutritifs complets administrables par voie orale, hyper énergétiques et hyper-protidiques, de goûts et de textures variés. Ils doivent être consommés lors de collations, à distance d'au moins 2 h d'un repas ou pendant les repas, en plus des repas.

L'objectif est d'atteindre un apport alimentaire supplémentaire de 400 kcal/jour et de 30 g/jour de protéines (le plus souvent avec 2 unités par jour). Les CNO doivent être adaptés aux goûts du malade, à ses éventuels handicaps.

Ainsi la plupart des études mettent en avant l'importance de la prise en charge nutritionnelle des patients (70–72) sachant que la dénutrition associée à l'immobilité sont les 2 facteurs les plus à risque d'escarre. Cependant une méta-analyse dans la revue Cochrane (73), de huit essais (6062 participants) ayant comparé les effets d'un mélange de suppléments nutritionnels avec le régime alimentaire standard de l'hôpital n'a trouvé aucune preuve claire d'un effet de la supplémentation sur le développement des escarres. Ce résultat est à risque incertain ou élevé de biais.

MOBILISATION ET POSITIONNEMENT DU PATIENT :

Le changement régulier de position d'une personne à risque d'escarre est indispensable, qu'elle soit assise ou allongée. Cette mobilisation permet d'alterner les zones d'appui et de soulager la pression.
Bien qu'il n'existe pas d'étude sur la fréquence de changement de positionnement, la plupart des auteurs s'accordent sur un changement entre 2h et 4h. Cela dépend du stade d'escarre, de la capacité du patient à se mobiliser lui-même, du type de support utilisé. Il n'existe pas de référentiels et la mobilisation se fait en fonction de l'évaluation quotidienne du patient.

Cependant il existe des positions favorables et défavorables au risque de survenue d'escarre qu'il faudra respecter même si là aussi, il n'existe pas de position idéale.

La position allongée sur le côté à 30° atténue la pression sur les différents points d'appui (talons, hanches et sacrum) grâce à des supports placés aux endroits appropriés. (63) Ainsi la position allongée sur le côté à 90° est à éviter en raison d'une pression importante concentrées sur les trochanters.

La position semi-assise avec le buste à 30° maximum consiste à relever les pieds avec un coussin pour éviter le glissement. Elle expose le sacrum à un risque faible d'escarre contrairement au relève-buste incliné à plus de 30°.

La position assise au lit doit être limitée au temps des repas car la pression est d'avantage exercée au sacrum et au talon qui subissent aussi un cisaillement.

La position assise au fauteuil est autorisée si le dossier est incliné vers l'arrière pour limiter les pressions. Elle est optimisée en plaçant un coussin carré à la base du dos et un coussin rectangulaire sous la plante des pieds et les cuisses pour prévenir tout glissement vers l'avant.

SUPPORT MEDICO-TECHNIQUE :

La mobilisation et le positionnement des patients peuvent être aidés, comme la HAS le recommande, par l'utilisation de supports d'aide à la prévention. (67) (35)

La prévention et le traitement des escarres passe par l'utilisation de supports de redistribution des pressions pour décharger ou augmenter la surface d'appui. Des recommandations existent pour aider au choix, mais les études cliniques manquent pour appuyer scientifiquement l'utilisation d'un support plutôt qu'un autre. (74)
Les recommandations sur le choix de support émises par NPUAP, EPUAP, PPPIA, sont majoritairement basées sur l'avis d'experts. (75) Les études cliniques randomisées sont éparses et leur méthodologie ne permet pas toujours de préconiser l'utilisation d'un support plutôt qu'un autre, ce qui rend le choix difficile face au large portfolio proposé.

Deux méthodes de redistribution de pression peuvent être utilisées :

• la décharge totale de la zone d'appui en adaptant la position du patient ou en utilisant des supports.
• la répartition des pressions qui augmente la surface d'appui afin de diminuer les intensités de pression, qu'elle soit globale ou locale.

Les supports sont classés selon leur mode de fonctionnement:
• statique.
• dynamique.

Les supports statiques conservent leurs caractéristiques physiques alors que les supports dynamiques les modifient. Ils sont motorisés et nécessitent une source d'alimentation.

Aujourd'hui, aucun support "miracle" n'assure une prévention parfaite pour les patients.

Les principaux supports statiques sont faits de :

• supports en mousse standard.
• supports en mousse polyuréthane. Ils peuvent être composés de mousses de différentes densités en fonction des zones anatomiques pour optimiser l'enveloppement et l'immersion. Les blocs de mousse peuvent être découpés en forme de gaufrier, en mono-bloc ou multi-bloc.
• supports en gel, silicone ou hydrogel.
• support viscoélastique.
• supports en fibres siliconées.
• supports à air à pression constante sans motorisation.
• supports à eau.
• supports en peau de moutons australiens.
• supports de composition mixte.

Les supports dynamiques sont faits de :

• de surface à air continu : chaque élément se gonfle ou se dégonfle en fonction des mouvements du patient afin d'éviter les surpressions.
• des surfaces à pression alternée : ces supports sont constitués de cellules d'air qui gonflent et dégonflent en alternance. Cette technologie permet le changement régulier des points d'appuis.
• les lits à perte d'air : support permettant un flux d'air sur la face où repose le patient. Ce flux est produit par une perte d'air au travers des coutures ou à partir de la housse de protection dans laquelle est insufflé de l'air provenant du compresseur.

Le microclimat pris en charge par les supports :

Une meilleure compréhension du rôle de la macération dans le développement des escarres a permis d'introduire la gestion du microclimat dans le design des supports. Ils facilitent l'évaporation de la transpiration grâce à des matériaux imperméables aux liquides, mais perméables à la vapeur d'eau. (76)

Le lit prise en compte dans la prévention :

Le lit participe à la redistribution des pressions en maintenant le patient dans une position donnée grâce à des articulations motorisées. Lors d'une commande de remontée du buste, après une certaine inclinaison, l'articulation au niveau des genoux se déclenche automatiquement pour sécuriser le patient. Dans cette position,la surface portante au niveau des cuisses est augmentée et les contraintes au niveau du sacrum et des ischions sont

réduites.
Les modèles de lit permettent le repositionnement partiel ou totale du patient. Cette mobilité facilite le nursing et modifie les points d'appui du patient.

Indication des supports selon plusieurs sources :

Matelas et sur-matelas :

La HAS pose l'indication des critères de choix selon le niveau de risque, nombre d'heures passées au lit, et le degré de mobilité du patient. (8)

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

Tableau 1 : Indications du type de matelas et sur-matelas.

L'HAS ne précise pas le type de matériel préconisé. Leur indication est apportée par la LPPR, le CEPP, dont une synthèse est faite sur le site escarre.fr et le site afsos.fr. (77) (78)

	Classe Ia *	Classe Ib	Classe II	Classe III
Indications	Risque faible			Risque faible + antécédent d'escarres
Remboursement	Un par an (matelas ou surmatelas)	Un tous les deux ans (matelas ou surmatelas)	Un tous les trois ans (matelas ou surmatelas)	Un tous les cinq ans (matelas ou surmatelas)
Prévention	- Alité <15h Mousse gaufrier - Alité <12h Eau (surmatelas) - Alité >15h Mousse + eau/air	- Alité <15h Air statique ou fibres siliconées - A forte viscosité (gel) - Alité >15h Mousse à modules amovibles	- Alité >15h Mousse viscoélastique - Alité = 24h Pneumatique à cellules télescopiques (surmatelas)	- Alité >15h Multistrates (trois couches de mousse)
Risque faible	- Alité <15h : Mousse gaufrier	- Alité <15h Air statique ou fibres siliconées - A forte viscosité (gel)		
Risque moyen	- Alité <15h : Mousse gaufrier - Alité >15h Mousse + eau/air	- Alité <15h Air statique ou fibres siliconées - Alité >15h Mousse à modules amovibles	- Alité >15h Mousse viscoélastique	- Alité >15h Multistrates (trois couches de mousse)
Risque élevé			- Alité = 24h Pneumatique à cellules télescopiques	

* En ville, dans les **matelas à air de classe Ia** : seuls ceux à pression alternée sont pris en charge par la tarification LPPR. Les matelas à air de type : pression constante ou motorisés à perte d'air ne sont pas pris en charge.

Tableau 2: Indication du matériel des matelas et sur-matelas.

Coussin de siège :
Tableau récapitulatif prenant en compte, les recommandations de l'HAS, et la LPPR :

	Classe Ia	Classe Ib	Classe II
Indications	Risque faible	Risque modéré	Risque élevé
Fabrication	Matériel de série		
Remboursement*	un tous les ans	un tous les deux ans	un tous les trois ans
Matériaux	- Mousse polyuréthane - Air statique - Eau - Mixte : mousse et eau	- Gel - Mousse et gel - Mousse structurée en plots amovibles de densité variable - Fibres siliconées	- Pneumatiques à cellules télescopiques - Structure élastomère en nid d'abeille - Mousse viscoélastique thermoréactive

* Le remboursement se fait sur la base du tarif LPPR pour l'achat d'un coussin avec 2 housses

Tableau 3 : Indication des coussins selon l'HAS.

Les recommandations Perse de 2012 (36) préconisent l'utilisation des supports sans mentionner un arbre décisionnel de façon générale.

-Il est recommandé (Grade A) d'utiliser des supports pour aider à la prévention des escarres chez les patients à risque.
-Il n'existe pas d'algorithme décisionnel validé pour choisir un support.
-Les matelas en mousse structurée ont une efficacité supérieure au matelas hospitalier standard.
-Un matelas à air alterné réduit l'incidence des escarres talonnières par rapport à un support viscoélastique.
-Un matelas à perte d'air est plus efficace qu'un matelas à air pulsé mixte sur l'incidence des escarres talonnières.
-Certains types de peau de mouton réduisent l'incidence des escarres sacrées des patients souffrant de pathologies de l'appareil locomoteur à faible risque d'escarre.

Ces recommandations vont dans le même sens que les revues Cochrane. (79,80) En 2015, les méta-analyses effectuées sur plus de 60 études peuvent être résumées de la manière suivante :

• l'utilisation de mousse en polyuréthane à mémoire de forme à la place des mousses standards réduit l'incidence des escarres chez les personnes à risque ;
• l'incidence des escarres postopératoires diminue si des sur-matelas anti-escarres sont utilisés pendant la chirurgie ;
• la peau de mouton australien prévient efficacement les escarres.

Cependant d'après cette récente étude publié en 2018, les matelas à air sont inconfortables par rapport au matelas standard. (81)

Ainsi, pour étayer les indications et démontrer la supériorité d'un modèle de support par rapport à un autre, des études cliniques randomisées avec une méthodologie solide et une large cohorte sont nécessaires. Plusieurs sociétés scientifiques travaillent actuellement sur une harmonisation des critères de jugement. (74,82)

UTILISATION DES PANSEMENTS POUR LA PREVENTION DES ESCARRES :

Les premières recherches sur l'utilisation de pansements en prévention remontent aux années 2000. (83) De nombreuses études ont depuis été publiées sur le sujet. Les principaux pansements étudiés sont les hydrocolloïdes, les hydrocellulaires et les film semi-perméable. L'application sur la peau intacte d'un pansement conçu pour traiter des plaies afin de prévenir l'apparition d'escarres peut sembler illogique, mais se fonde sur des arguments rationnels. (84)
Huang *et al.* rapportent que l'utilisation d'hydrocolloïdes, d'hydrocellulaire ou de film semi-permébale en association avec des soins standards versus des soins standards seuls diminuait le risque de survenue d'escarres. Cette diminution était plus importante avec les hydrocellulaires qu'avec les hydrocolloïdes. (85) Une autre étude souligne la supériorité des

films de polyuréthane par rapport aux hydrocolloïdes (86) et que celui-ci coûte moins cher. (87)

Les différentes études ont montré l'intérêt des pansements en prévention chez les patients à haut risque notamment au service d'accueil des urgences, en gériatrie. (88) (89) L'utilisation de pansements pour prévenir les escarres n'a pas été évaluée dans tous les groupes de patients. Une immobilité totale ou relative, une perte de sensations, une réduction des mouvements, la pose d'un dispositif médical et des cicatrices dues à des escarres antérieures sont des indications pour l'utilisation de pansements pour la prévention des escarres.

Recommandations à l'international :

La NPUAP suggère, en 2014, que l'application d'un film de polyuréthane peut aider à protéger la peau des effets indésirables de la friction et que l'application d'un hydrocellulaire peut protéger les zones du corps soumises aux forces de cisaillement. (90)

Le Canadian Agency for Drugs and Technology in Health (CADTH) évoquait, en 2017, le bénéfice d'un pansement hydrocellulaire prophylactique chez les adultes à haut risque d'escarres. (91)

Enfin, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) retenait que le Mepilex® Border en association avec les soins usuels de prévention était plus efficace que les soins standards seuls dans la prévention des escarres.

En France, les seules recommandations disponibles sont celles du consensus formalisé d'experts Perse élaborées en partenariat avec la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG), la Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER) et la Société française et francophone des plaies et cicatrisations (SFFPC). Elles préconisent l'utilisation d'un pansement prophylactique sur les proéminences osseuses pour réduire les forces de cisaillement, mais sans en préciser le type. (36) Certaines équipes mettent en prévention sur les zones à risque des hydrocolloïdes minces ou des films de polyuréthane. Quelques soignants utilisent déjà de façon instinctive, en prévention, des hydrocellulaires chez des patients très fragiles.

La HAS, quant à elle, recommande l'utilisation de film de polyuréthane en protection cutanée en cas d'incontinence urinaire ou fécale et l'utilisation des hydrocolloïdes sur les escarres de stade 1. Ainsi le Mepilex Border, pansement très fréquemment utilisé n'a pas de place en prévention d'après la HAS malgré les recommandations des sociétés savantes internationales. Son indication reste maintenue uniquement en traitement d'escarre. (92)

EDUCATION DU PATIENT ET SON ENTOURAGE :

La participation du patient et de son entourage à la prévention des escarres doit être favorisée par une information et des actions éducatives ciblées en fonction du caractère temporaire ou permanent du risque d'escarre. (93)

Pour pouvoir agir avec l'équipe soignante et s'investir dans les gestes de prévention, le patient et son entourage doivent comprendre les mécanismes d'apparition et les grands principes de prise en charge.
Les changements de position, les auto-soulèvements (quelques secondes toutes les demi-heures), le positionnement optimal du patient, l'intérêt d'une nutrition adaptée, d'une hygiène rigoureuse ainsi que du change régulier de la literie doivent être expliqués.
Le patient et son entourage doivent également savoir reconnaître les premiers signes annonciateurs d'une escarre telle qu'une rougeur persistante, afin d'alerter l'équipe soignante.
L'équipe soignante en particulier l'auxiliaire de vie doit donner des conseils au patient, qui favorise sa participation aux soins, le motive, l'encourage, et en fait un partenaire de soins.
L'éducation du patient et de son entourage est réalisée en groupe ou en séances individuelles. (36)

Les gestes de prévention, les observations concernant l'état cutané, les problèmes rencontrés, tout changement en lien avec le risque d'escarre doivent être consignés dans un carnet. Celui-ci permet d'optimiser la communication avec l'équipe soignante qui pourra ainsi mieux évaluer et réajuster si besoin, avec le patient, les actions mises en place. Il permet aussi de contrôler les connaissances et la motivation du patient à se prendre en charge.
Le rôle des transmissions entre l'ensemble des membres de l'équipe (médecin, infirmier, aide-soignant/ auxiliaire de vie) est donc crucial. Toutes les recommandations internationales insiste sur l'enregistrement et la documentation des interventions. (8)

TRAITEMENT LOCAL DE L'ESCARRE :

Chaque escarre est différente (stade, localisation, douleur,...), le traitement est difficile et nécessite un personnel formé à la prise en charge des escarres. Il consiste en une mise en décharge totale de la zone touchée, accompagnée de soins locaux.
La prévention doit être accentuée pour éviter la formation de nouveaux escarres. Il faut tout faire avant que n'apparaisse l'escarre. (94)
Lorsque la plaie d'escarre est formée, les pansements sont le traitement le plus utilisé.
Il existe plusieurs types de pansements en fonction de la phase de cicatrisation dans laquelle se trouve l'escarre. (95)

Traitement local de l'escarre :

1/ Nettoyage :

Le sérum physiologique est le produit de référence à utiliser pour le nettoyage des escarres à tous les stades d'après la HAS. (8) Cependant certaines équipes mettent en avant l'intérêt de l'eau du robinet pour son effet tensioactif et quand la plaie est souillé, l'utilisation du savon doux avec rinçage à la douchette pour ne pas léser les tissus de granulation. Mais le sérum physiologique est souvent préféré en soin ambulatoire car les IDE interviennent dans des endroits où l'eau et le savon ne sont pas accessibles. Il existe un consensus fort pour limiter voire supprimer l'utilisation des antiseptiques en raison du peu de bénéfice qu'ils apportent, comparé à leurs effets négatifs (sélection de souches résistantes, pénétration systémique, toxicité, sensibilisation). Il faut noter que leur utilisation est contre-indiquée avec certains pansements.

2/Détersion de la plaie :

Pour toute plaie, l'existence de fibrine ou de nécrose est un obstacle à la formation du tissu de granulation et crée un environnement propice à la prolifération bactérienne. La détersion est une phase "active" qui doit se dérouler de manière rapide. Elle peut-être effectuée au lit du malade par un médecin ou un infirmier et peut-être complétée par une détersion auto lytique faisant appel à des pansements techniques. Le changement de pansement doit être réalisée tous les jours, voire tous les deux jours à ce stade à haut risque infectieux. Il est important de noter que l'utilisation des pansements d'aide à la détersion ne dispense pas d'une détersion mécanique. Pour cela, il existe des sets, permettant à l'infirmière de disposer du matériel nécessaire à la réalisation d'un soin dans de bonnes conditions. (96)

3/ Choix du pansement de recouvrement :

Il n'existe pas de pansement spécifique pour les escarres et encore moins pour chaque stade de l'escarre. Il est utilisé à la fois pour d'autres plaies chroniques et même aiguës.
Il n'y a pas de pansement idéal.
Son choix doit être adapté à l'état de la plaie et selon ses propriétés (cf Annexe IV) qu'il faut connaître.

Il doit être renouvelé en fonction de l'évolution de la plaie. Son changement doit être quotidien tant qu'existent des zones nécrotiques ou fibrineuses, des signes d'infection ou un bourgeonnement excessif. Il doit être plus espacé lors de la cicatrisation.

Toutes les recommandations de l'HAS , celle de 2001 sur le traitement de l'escarre (cf Annexe V), et de 2010 sur l'indication des pansements (cf Anexxe VI) **s**ont basées sur des études de faible niveau de preuve ou des avis d'experts, de même que les recommandations de Perse 2012.

En fonction de ces sources, ceci permets d'établir le type de pansement à utiliser selon la phase de cicatrisation évaluée grâce à l'échelle colorielle et de la quantité d'exsudat.

Tableau 4 : Choix du pansement en fonction de la phase de cicatrisation et du type de

quantité d'exsudat.

Pansements primaire	Nécrose	Fibrine	Bourgeonnement	Epithelialisation	Renouvellement
Hydrocolloide		X exsudat:+	XX exsudat:+	XXX exsudat:+	3 à 5 jours
Hydrocellulaire		X	XXX exsudat:++	XX exsudat:++	3 à 5 jours
Alginate	X	XX exsudat:++			1 à 3 jours
Hydrofibre		XXX exsudat:+++			1 à 3 jours
Hygrodel +/- irrigo-absorbant	XXX exsudat:0/+	X			1 à 3 jours
Interface ou pansement gras			XX exsudat:0	XX exsudat:0	1 à 4 jours
Film semi-perméable				XX exsudat:0	Maximum 5 à 7 jours

Échelle :
Indication de préférence par ordre croissant : X à XXX.
Quantité d'exsudat par ordre croissant : + à +++.
Case grisée : recommandation de Perse 2012 (Grade B et C).

Ainsi à partir des éléments ci-dessus, on peut pour

- Une escarre de stade 1 : appliquer un hydrocolloide, un hydrocellulaire, un film semi-perméable ou une interface.
- Une escarre de stade 2 : réaliser une brèche de taille suffisante avec un bistouri pour évacuer le contenu avec maintien du toit de la phlyctène si possible et recouvrir d'un pansement adapté à l'épithélialisation. Le cas particulier de la phlyctène hémorragique peut être envisagé de deux manières : attendre sa dessiccation si elle est de petit volume, ou exciser le toit de la phlyctène en raison du risque infectieux et évaluer l'atteinte.

- Les escarres de stade 3 et 4 : après détersion et nettoyage, le choix du pansement se fera en fonction de l'état de la plaie.
- En cas d'escarre talonnière évoluée, il est impératif de rechercher une AOMI sous-jacente à l'aide d'écho-Doppler artériel des membres inférieurs. La mesure de l'IPS à l'aide d'un Doppler de poche oriente le clinicien. Un IPS inférieur à 0,9 est en faveur d'une AOMI. Dans ce cas, il est interdit de déterger la lésion au risque d'aggraver celle-ci.

SITUATIONS PARTICULIERES DE L'ESCARRE :

Escarre infectée : (97)

Diagnostic : (98)

L'escarre infectée correspond le plus souvent à une escarre de stade III et IV. Toutes les localisations peuvent être concernées. Le diagnostic de l'infection est différent de la colonisation bactérienne, elle-même nécessaire à la détersion et au bourgeonnement physiologiques de l'escarre. L'infection se définit essentiellement par des critères cliniques auxquels s'ajoutent des arguments biologiques. L'examen clinique retrouve des berges inflammatoires, œdémateuses, érythémateuses, indurées et souvent une zone nécrotique. A cela peuvent s'associer l'apparition ou la majoration d'une douleur, une odeur nauséabonde, une augmentation du volume des exsudats et un abcès.

Ces recommandations sont identiques à celle de l'HAS (8) qui publie en 2001 que l'infection est à distinguer de la colonisation bactérienne, habituelle dans toute escarre. Le diagnostic d'escarre infectée ne peut être porté que sur des signes cliniques et justifie le prélèvement bactériologique pour guider la thérapeutique. L'infection, suspectée sur les signes locaux, est affirmée au-delà de 100.000 germes/ml sur les prélèvements (ponction, biopsie, hémoculture).
En l'absence de signe infectieux, un prélèvement n'est pas justifié sauf pour une étude d'écologie bactérienne.

En effet, d'après une étude portant sur les signes les plus pertinents d'infection des plaies chroniques, la douleur est de loin le signe le plus fiable devant les autres symptômes. (99)

Traitement local :

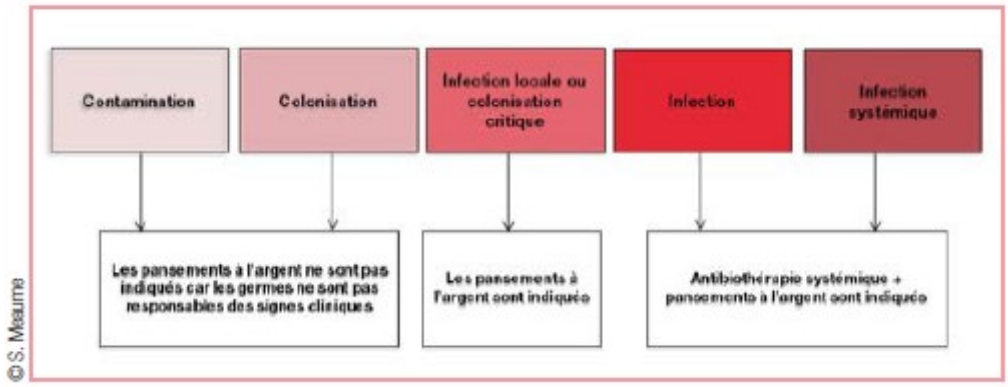
Selon l'HAS, l'intérêt des antibiotiques et des antiseptiques locaux en l'absence de diagnostic d'infection d'escarre n'a pas été démontré.
Le traitement local comporte la détersion quotidienne voire biquotidienne.
Le traitement antibiotique par voie générale, ajusté en fonction de l'antibiogramme, doit être intégré dans le cadre d'une stratégie globale médico-chirurgicale (cf indication traitement chirurgicale), lorsque l'infection d'escarre est avérée.
Il n'existe pas de recommandations pour l'utilisation d'un pansement spécifique selon l'HAS (100)

Mais certaines équipes ont tendance à utiliser de l'alginate. (101)

L'antibiothérapie par voie générale est recommandée en cas de signes francs d'infection (abcès, pus, décollement infecté, nécrose extensive) et d'extension locorégionale (dermohypodermite, ostéite confirmée), voire d'atteinte systémique. L'antibiothérapie doit être active sur les cocci à Gram positif, les bacilles à Gram négatif et les anaérobies. Elle sera adaptée à l'antibiogramme s'il y a eu un prélèvement effectué dans de bonnes conditions. Le choix de l'antibiothérapie et de sa durée sera au mieux décidé de façon pluridisciplinaire avec les infectiologues. En général, l'antibiothérapie est débutée le jour de la détersion. (98)

Selon les recommandations PERSE de 2012 (36) le traitement local antibactérien à l'exclusion des antibiotiques locaux peut être envisagé en présence de signes locaux d'infection de l'escarre (Grade C). Les pansements à l'argent, les dérivés iodés et la TPN auraient un intérêt (Grade C). Leur durée d'utilisation est limitée de 2 à 4 semaines et doit être réévaluée à chaque réfection. Le pansement doit être renouvelé tous les jours (à dire d'experts).
Le but du pansement à l'argent est de réduire la charge microbienne de la plaie, d'enrayer l'infection locale et éviter sa propagation systémique ainsi son objectif n'est pas forcément de favoriser la cicatrisation de la plaie. (102)

Tableau 5 : Indication du pansement à l'argent dans le continuum du processus infectieux. (103)



Escarre malodorante :

Elle correspond
-le plus souvent à un hydrocolloïde qui se modifie au contact de l'exsudat donnant un aspect de substance «pus-like». Ce n'est pas la plaie qui a une odeur mais les restes du pansement et cette odeur n'est pas un signe d'infection.

- mais peut être lié à une infection de la plaie. Elle évoque fréquemment pour le patient une

odeur de " pourriture, gangrène, mort ". Elle provoque chez lui une souffrance, un dégoût, un rejet de sa propre plaie. Afin d'éviter une telle situation, on peut appliquer un pansement au charbon qui piège les odeurs. (104)

Escarre hémorragique et hyper-bourgeonnante :

Comme dans tous les plaies, l'alginate a un fort pouvoir hémostatique et peut-être utilisé dans les escarres en cas d'hémorragie. En cas d'hyper bourgeonnement, un corticoïde en crème est appliqué selon les modalités définies par le prescripteur, sans dépasser huit jours d'utilisation (risque de sélection des germes). Un hydrocolloïde mince et transparent changé tous les deux à trois jours est utilisé pour le recouvrir.

TRAITEMENT GENERAL DE L 'ESCARRE :

Suppression du point d'appui :

La levée de l'appui sur la zone de l'escarre est l'élément essentiel permettant la cicatrisation. L'utilisation systématique de matelas est nécessaire mais elle ne suffit pas. Un nursing soigneux par le personnel soignant avec changements de position est indispensable. L'utilisation de matériel de positionnement, est parfois plus qu'utile.

Au niveau du talon, on peut utiliser (105)

-une talonnière ou un dispositif anti-équin: ils sont évidés au niveau de talon et au niveau du tendon d'Achille, ce qui permet de supprimer la pression.
-un dispositif de fond de lit: il est modulable et peut-être utilisé en décharge totale ou partielle au niveau du talon.

Au niveau du sacrum et du talon, on peut utiliser:

-Bloc de rétraction semi-fowler: il assure la stabilité du patient et le «glisser-avant». Il décharge les talons et le sacrum par transfert d'appui au niveau des mollets et des cuisses.
-Cal de positionnement semi-latérale: il garde la position à 30°, avec une forme épousant les formes corporelles. Cette position permet une décharge totale du sacrum et empêche tout contact des genoux. Ce dispositif est symétrique, ce qui permet une utilisation droite/gauche.

Traitement de la douleur :

La douleur chez les patients porteurs d'escarres est encore souvent insuffisamment traitée**.** Certaines études ont montré que plus de la moitié des patients décrivent des douleurs lors des pansements.

Lors d'une étude menée en 2007 sur les douleurs provoquées lors des réfections des pansements sur ulcère de jambes, 70% des soignants rencontrent une plainte de la part d'au moins 50% de leurs patients. (106)

En 2017, une étude menée au centre hospitalier d'Argenteuil sur la douleur lors des pansements sur les ulcères de jambes montrait que la majorité des patients n'avaient pas de prescription d'antalgiques en prévention des douleurs liées au soins. Lorsqu'un antalgique était prescrit, il s'agissait majoritairement d'un antalgique de palier I, II et anesthésiques locaux. Malgré la prémédication, 54,5 % des patients prémédiqués ont eu une douleur supérieure ou égale à 4/10. Une bonne collaboration entre le médecin traitant et l'IDE est nécessaire afin de transmettre les données cliniques permettant au médecin de réajuster la prescription d'antalgiques. (107)

Ainsi, les pansements restent un moment douloureux et un « cap difficile à passer » selon soignés et soignants. Cette douleur peut engendrer un vécu émotionnel négatif et une insatisfaction face au corps médical. Elle interfère avec le soin qui ne pourra pas être réalisé de manière efficace, ce qui peut ainsi être responsable d'un retard de cicatrisation.

La douleur des malades porteurs d'escarres peut relever de plusieurs mécanismes : (108)
-douleurs par excès de nociception (substances chimiques libérées par la nécrose des tissus, infection et inflammation locale).
-douleurs de désafférentation.
-douleurs mixtes.

De façon schématique, l'évaluation de la douleur chez les malades doit tenir compte des trois composantes :

-la douleur aiguë, non cyclique, lors d'une détersion manuelle par exemple.
-la douleur aiguë cyclique, lors des changements de position.
-le fond douloureux chronique.

Pour évaluer l'intensité de la douleur, on pourra utiliser une EVA. En cas de troubles des fonctions supérieures, on observera les réactions du malade lors des soins et des mobilisations.
L'analyse des mécanismes douloureux et l'évaluation de l'intensité de la douleur permettront une meilleure utilisation des thérapeutiques à notre disposition : produits antalgiques par palier, utilisés selon les recommandations de l'OMS, voire antidépresseur.

Ainsi en fonction de l'évaluation, on utilisera un antalgique de palier I,II ou III.
Prescrire avant l'apparition de l'accès douloureux et être rapidement et longtemps efficace est une priorité. On anticipera toujours les douleurs induites par les soins (mobilisation, détersion, réalisation du pansement) à l'aide de prescriptions anticipées. On peut utiliser bien qu'ils n'ont pas l'AMM, l'emla 5%, 45mn avant la détersion ou le débridement, il est efficace une heure ou la xylocaine en spray qui agit au bout de 3 à 5mn assurant également une anesthésie de surface pendant plus d'une heure. En dernier recours, on pourras utiliser si

besoin des opioïdes dont la morphine est la référence à libération immédiate 30-45 min avant les soins, par exemple Actiskenan ou Oramorph.

Mais en pratique, le problème est encore compliqué par le retentissement psychologique de la maladie, mêlant de façon intime la douleur physique à la souffrance morale.

Prise en charge de la souffrance psychologique :

L'escarre est souvent la cause d'une souffrance psychologique liée à plusieurs facteurs:
-une image dégradante de soi.
-un handicap social dû tant à la plaie et la fatigue.
-une dépendance vis-à-vis des soignants, voire dans la vie quotidienne.
-une image encore péjorative de l'escarre dans la population générale.
-la confrontation à la mort à travers le dépérissement d'une partie de ses propres chairs.

Pour soulager, en partie cette souffrance, les soignants et l'entourage doivent développer
-des qualités pour les soins en s'assurant de l'absence de la douleur.
-des qualités des positionnements du patient afin que les soins soit pratiqués dans la dignité du malade sans exposer ses parties intimes, sans que le patient puisse voir ses lésions s'il le souhaite.
-du temps d'écoute et d'information du patient et de la famille.

Traitement chirurgical de l'escarre :

Le recours à la chirurgie est indiscutable dans les situations suivantes :

-devant une nécrose tissulaire importante afin de prévenir l'infection.
-lorsque les structures nobles sont exposées (axes vasculo-nerveux, les capsules articulaires ou les tendons).
-lorsque l'os est à nu.
-dans l'escarre infectée, avec ou sans signes généraux.

En ambulatoire, il faut reconnaître le moment où le recours à un avis chirurgical devient nécessaire sans forcement une implication immédiate:

-la plaie chronique qui se creuse sous traitement.
-les plaies dont l'étendue dépasse les possibilités de soins locaux qui mobilisent et épuisent patients et soignants.
-sur certains terrains particuliers : patient diabétique, artéritique, porteur de prothèse articulaire dont l'exposition compromet sérieusement le devenir.

Indication et principe de la TPN:

Elle est indiquée dans les escarres de stade 3 ou 4 en cas de résistance au traitement bien

conduit, en vue d'un geste de couverture chirurgicale (greffe ou lambeau). (109)

La TPN est un procédé non invasif de soin des plaies chroniques et aiguës par application locale d'une pression négative continue ou discontinue de 100 mmHg en moyenne 24 heures sur 24. Ce système favorise la formation du tissu de granulation, la détersion, la circulation vasculaire et lymphatique ainsi que l'oxygénation locale.
La TPN type VAC®1 est utilisée sur une plaie dont le contenu fibrino-nécrotique a été en partie éliminé pour stimuler le processus de cicatrisation et parfaire le débridement. La pose et la surveillance du dispositif, disponible sur prescription médicale après avis spécialisé, sont réalisées par une infirmière formée à son utilisation. L'appareil est arrêté une heure avant la réfection du pansement qui s'effectue deux à trois fois par semaine selon l'état de la plaie et le volume des exsudats. La douleur est évaluée et, si nécessaire, un antalgique peut être administré une heure avant le changement de pansement. (110)

DEUXIEME PARTIE : L'ENQUETE.

Question :

Quelles sont les connaissances et les pratiques des médecins généralistes pour la prise en charge des escarres en ville dans le département de Seine-Saint-Denis ?

Matériels et méthodes :

Population cible :

La population cible est l'ensemble des médecins généralistes exerçant en libéral dans le département du 93. Tous les médecins généralistes peuvent être inclus dans l'enquête sauf les médecins généralistes homéopathes, acupuncteurs, mésothérapeutes, esthéticiens.
Les médecins généralistes sont tirés au hasard sur la base de données des Pages-jaunes et d'Améli. (111) (112) Ils doivent avoir une adresse postale et un numéro de téléphone.

Caractéristiques géographiques et démographiques du département : (113)
- Superficie de 236 km2, soit 1,96% de la superficie régionale.
- Densité : 6 657 habitants au km2 (1 001 hab./km2 en IDF)
- Population légale au 1er janvier 2016 : 1 552 482 habitants

L'offre de soins :

- Nombre d'omnipraticiens installés : 1003 dont 874 généralistes (données ARS, Janvier 2016)
- Densité : 65/100 000 habitants (78 en IDF) et 56/100 000 habitants pour les généralistes.

Les structures d'exercices collectifs (Source ARS, octobre 2017)
- 99 centres de santé médicaux ou médico-dentaires et 35 centres dentaires.
- 6 MSP

Sexe des médecins, toutes spécialités confondues en 2016 dans le département de Seine-Saint-Denis: (114)
- 57,39 % de femmes contre 42,61 % d'hommes en 2016.

Recueil des données :

Les données sont recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme (cf Annexe VIII) qui est envoyé par voie postale avec une lettre explicative (cf Annexe VII) concernant le questionnaire.
Ils avaient le choix d'y répondre sous format papier ou sous format informatique via le lien Google-form cité dans la lettre.

Sachant que le taux de réponse est estimé à 25-30%, et dans le but d'obtenir au moins 100 réponses, le questionnaire est envoyé de façon aléatoire à 387 médecins généralistes.

Pour optimiser le taux de réponse, chaque praticien a été appelé dans les tranches horaires 9h-12h et 14h-17h.
-Dans la majorité des cas, un message est laissé au secrétariat du praticien sans qu'on sache s'il répondrait ou pas.
-Dans une minorité de cas où le secrétariat pouvait passer le praticien, il a été demandé s'il était d'accord pour répondre au questionnaire et uniquement dans ce cas, le courrier a été envoyé par voie postale.
-Dans 8 cas, les numéros donnaient accès direct au praticien et ils ont accepté de recevoir le questionnaire via leur mail privé.

Plusieurs praticiens ont été appelés au moins deux fois, car ils n'exerçaient pas le jour de l'appel et le secrétariat ne pouvait leur laisser de messages.
Les praticiens qui ont refusé de répondre évoquaient un manque de temps ou l'absence de patients porteurs d'escarres.
A noter, que le e-questionnaire a été également partagé via des connaissances (collègues internes, seniors des stages hospitaliers, tuteur de la faculté de Paris 5, réseau du médecin traitant, réseau SOS médecins) en stipulant soigneusement que seuls les praticiens exerçant dans le 93 pouvaient y répondre.

Tous les questionnaires ont été envoyés au cours du mois de juin 2018 au fur et à mesure que les appels ont été effectués. Les réponses postales ont été acceptées jusqu'au 30/09/2018 et les réponses au e-questionnaire jusqu'au 31/12/2018.

Objectif de l'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive des connaissances globales d'une cohorte de médecins généralistes sur la problématique de la gestion des escarres au domicile et accessoirement l'analyse des points les plus méconnus et des problématiques pratiques les plus fréquentes, en prenant les recommandations nationales comme référence, ce qui pourrait guider les efforts de formation si nécessaire.

Méthode d'observation :

Il s'agit d'une observation réalisée auprès des médecins généralistes à l'aide d'un questionnaire divisé en quatre parties :

La première partie du questionnaire correspond au données épidémiologiques du médecin généraliste. Elle comporte l'âge, le sexe, la date d'installation, la formation continue, et une estimation du nombre de patients ayant au moins une escarre.

La deuxième concerne à proprement parler le diagnostic et la prévention de l'escarre. On retrouve des questions en rapport avec le diagnostic de l'escarre de stade 1, les facteurs de risques d'escarres, les moyens de préventions, ainsi que la prise en charge nutritionnelle de ces patients.

La troisième partie concerne le traitement avec le type de pansement utilisé, la prise en charge de la douleur, l'attitude en cas d'escarre nécrotique et la dernière question relève les difficultés rencontrées dans la prise en charge.

La dernière partie concerne la coordination des soins d'escarres, notamment le degré de collaboration avec les paramédicaux en particuliers les infirmières pour assurer le suivi, l'attitude en l'absence de guérison.

Le questionnaire se termine sur le sentiment des praticiens dans cette prise en charge avec la possibilités de laisser des commentaires généraux.

Analyse des données :

L'analyse des données a été réalisée au fur et à mesure que les questionnaires ont été reçus. Elles ont été saisies sur un tableur réalisé à l'aide du programme Microsoft Excel.

Résultats :

Après avoir envoyé 387 questionnaires et diffusé le e-questionnaires, nous avons reçu au total 124 réponses de la part des praticiens.
2 praticiens ont renvoyé le questionnaire sans l'avoir rempli car ils n'avaient pas de patients porteur d'escarres.
1 courrier est revenu «Destinataire inconnu à l'adresse» malgré le soin de l'avoir vérifié.
122 réponses ont pu être analysées. Parmi les 122 réponses, 92 sont des réponses postales et 30 sont des réponses via le e-questionnaire. Parmi les réponses postales, 14 questionnaires ne sont pas remplis en entier, probablement par saut de la ou des question(s) par inattention. Cependant, le e-questionnaire a été rempli en entier du fait de l'impossibilité de valider celui-ci en cas de non-réponse à une question.

Données Épidémiologiques des praticiens :

Âges des médecins généralistes :

118 MG ont répondu à cette question.
La majorité des MG ayant répondu au questionnaire sont âgés de 50 à 65 ans. 4 MG n'ont pas indiqué leur âge.
La moyenne d'âge est de 54.6 ans. L'écart-type est de 10.43 ans.
Le plus jeune de MG ayant répondu a 32 ans et le plus âgé a 69 ans.

Sexe des MG :

Figure 1 : Répartition des sexes en pourcentage.

Homme	63

Femme	36.1
Non communiqué	0.9
Total	100

Années d'installation :

119 MG ont répondu à la question. 3 ont omis de répondre à l'année d'installation.
Au moins 2/3 des médecins ayant répondu se sont installés avant l'année 2000. La plus récente installation date de 2018 et la plus ancienne installation date de 1960. La moyenne de l'année d'installation est 1995.

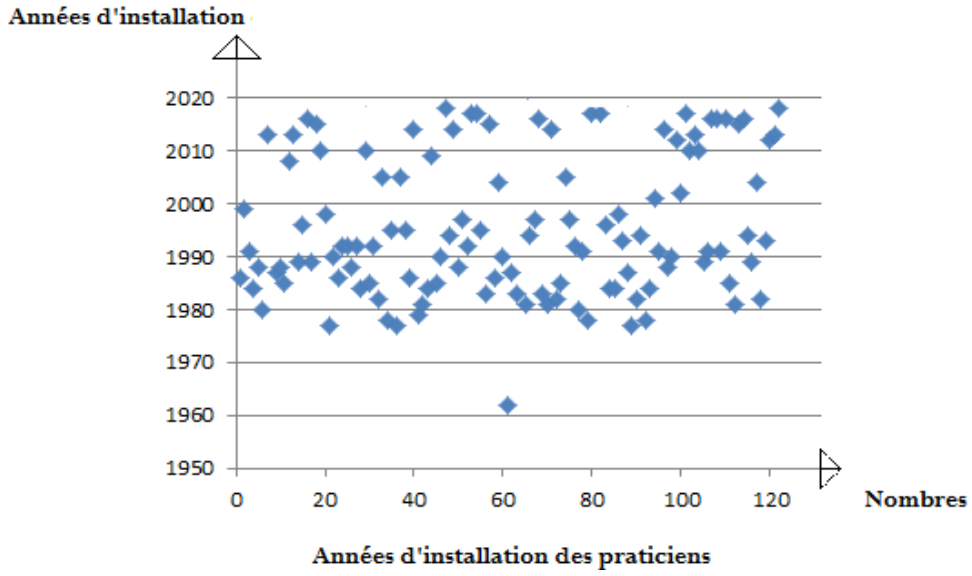


Figure 2 : Années d'installation des praticiens

Formation sur les escarres :

La majorité des médecins déclare ne pas avoir reçu de formations sur les escarres.

Figure 3 : Réponses sur la formation en pourcentage.

Non	82
Oui	16.4
Non communiqué	1.6
Total	100

Parmi les MG ayant reçu une formation, 6 ont précisé le type de formation. 1 praticien a reçu une formation provenant du Collège des Généralistes de l'Est Parisien (CGEP), 3 ont reçu une FMC en 2015 et lors de 2 journées de séminaire, 1 praticien a une expérience de ses 10 ans de pratique hospitalière, et 1 praticien a reçu une formation du Collège des hautes études en médecine (CHEM)

Nombres de patients suivis pour les escarres :

La quasi totalité des MG ont moins d'une vingtaine de patients porteurs d'escarres. Seulement 6 MG ont plus d'une vingtaine de patients et ils ont respectivement 57, 58, 62, 62, 65 et 68 ans.

Figure 4 : Réponses des MG ayant +/- une vingtaine de patients suivis pour les escarres en pourcentage.

< 20 patients suivis	91.8
> 20 patients suivis	4.9
Non communiqué	3.3
Total	100

Diagnostic et prévention des escarres :

A la question fermée : « Est-ce qu'une rougeur persistante du talon est une escarre ? », pour 79 des répondants, il s'agit d'une escarre sans pouvoir préciser le stade alors que pour 40 d'entre eux, ce n'est pas le cas.
3 praticiens n'ont pas répondu à la question.
1 praticien a précisé qu'il s'agit d'un début d'escarre et un autre l'a considéré comme un risque d'escarre.

Figure 5 : Réponses à la rougeur persistante considérée comme une escarre en pourcentage.

Oui	64.8
Non	32.7
Non communiqué	2.5
Total	100

Les facteurs de risque :

Pour la quasi-majorité des MG, l'incontinence urinaire et fécale sont des facteurs de risques.

Figure 6 : Réponses en pourcentage à la question « Les incontinences urinaire et fécale sont-elles des facteurs de risque ?

Oui	91
Non	9
Total	100

Prescription de supports de prévention :

La plupart des MG prescrivent des supports de prévention même si une minorité d'entre eux ne le font pas encore.

Figure 7 : Réponses à la question sur la prescription des supports de prévention en pourcentage.

Oui	81.2
Non	18.8
Total	100

Parmis les 23 MG ne prescrivant pas les supports, 12 ont précisés leur raison.
-8 MG ont indiqué ne pas avoir les connaissances sur l'indication et/ou les modalités de prescription.
-1 MG n'a pas de patient concerné
-3 MG indiquent qu'ils délèguent à l'infirmière et au kinésithérapeute.

Évaluation de l'état nutritionnel :

La grande majorité des MG évaluent l'état nutritionnel de leur patient.

Figure 8 : Réponses à la question sur l'évaluation de l'état nutritionnel en pourcentage.

Oui	92.6
Non	7.4
Total	100

Suivi de l'état nutritionnel :

A la question, « Comment suivez- vous l'état nutritionnel de vos patients ? », un peu plus de la moitié associent l'évolution du poids et le dosage des marqueurs biologiques.

Figure 9 : Réponses à la question sur le suivi nutritionnel en pourcentage.

Poids + marqueurs biologiques	61.4
Poids + marqueurs biologiques + état général	12.3
Marqueurs biologiques seuls	7.4
Poids + état général	4.9
Poids seul	4.1
État général seul	3.3
Poids + marqueurs biologiques + autres facteurs	2.5
Poids +/- marqueurs biologiques +/- état général +/- autres	3.3
Non communiqué	0.8
Total	100

Parmi les autres facteurs cités, apparaissent l'évaluation des ingestats, des apports protéiques, l'établissement du score de Norton, l'interrogatoire des patients et des aidants, des épisodes infectieux répétés.

Attitude en cas de dénutrition :

A la question, « Que faites-vous en cas de dénutrition ? », la grande majorité proposent l'adaptation des repas et prescrivent des CNO.

Figure 10 : Réponses à la question sur l'attitude en cas de dénutrition en pourcentage.

Adaptation du repas + compléments nutritionnels oraux	51.6
Compléments nutritionnels oraux	38.5
Compléments nutritionnels oraux + autre chose	2.5
Adaptation du repas + compléments nutritionnels oraux +appel à une nutritionniste	2.5
Adaptation du repas + appel à une nutritionniste + autre chose	2.5
Compléments nutritionnels oraux + appel à une nutritionniste	0.8
Appel à une nutritionniste + autre chose	0.8
Non communiqué	0.8
Total	100

Parmi les autres choses proposées sont cités « attirer l'attention de la famille proche », « l'hospitalisation si besoin ».
Un praticien précise que l'appel à une nutritionniste se fait pour les patients des Ehpads.
Un autre précise qu'il est MG et nutritionniste.

Traitement des escarres :

Massage devant une escarre de stade I :

2/3 des praticiens prescrivent un massage devant une rougeur persistante d'une zone d'appui.

Figure 11 : Réponses à la prescription de massage sur une rougeur persistante en pourcentage.

Oui	64.8
Non	34.4
Non communiqué	0.8
Total	100

Nettoyage de l'escarre :

Utilisation de l'eau : 80%

-60% des MG utilisent du sérum physiologique pour nettoyer l'escarre.
-11% d'entre eux utilisent l'eau du robinet associée à l'eau stérile.
-5% d'entre eux utilisent de l'eau de robinet seul ou de l'eau de robinet avec du sérum physiologique.
-3% préfèrent l'eau stérile seule
-1% d'entre eux associent l'eau du robinet avec de l'eau stérile.

Utilisation de désinfectant : 6%

-4% d'entre eux prescrivent de l'alcool.
-2% utilisent du Dakin.
-Aucun n'utilise de la biseptine seul.

Association de l'eau avec un désinfectant : 10%

3% utilisent du sérum physiologique avec du dakin.
2% utilisent l'eau du robinet avec la biseptine.
2% utilisent de l'eau stérile avec la biseptine.
1% utilisent l'eau du robinet avec du dakin.

Et 3% utilisent au moins 3 produits en même temps.

Pansements utilisés pour le bourgeonnement et la ré-épidermisation :

Utilisation des hydrocolloides et/ou hydrocellulaires :

-25% des MG utilisent des hydrocolloides seuls.
-25% des MG utilisent des hydrocellulaires seuls.
-13% utilisent des hydrocolloides et des hydrocellulaires.
-7.4% utilisent des hydrocolloides, hydrocellulaires et de l'hydrogel.
-3.3% utilisent des hydrocolloides, des hydrocellulaires, d'hydrogel, d'alginate.
-1.6% utilisent des hydrocolloides, des hydrocellulaires et de l'alginate.

Utilisation de l'alginate :

-5% utilisent de l'alginate seul.
-1.6% utilisent des hydrocolloides avec de l'alginate
-0.8% utilise de l'hydrocellulaire avec de l'alginate

Utilisation de l'hydrogel :

-3.3% utilisent de l'hydrogel seul.
-2.5% utilisent des hydrocolloides avec de l'hydrogel.
-1.6% utilisent de l'hydrocellulaire avec de l'hydrogel

Utilisation des autres méthodes :

-3.3% utilisent d'autres méthodes seules.
-0.8% utilisent de l'hydrocolloide, de l'hydrocellulaire et autres pansements
-0.8% utilisent de l'hydrocolloide, de l'hydrogel et autres pansements.
-0.8% utilisent de l'hydrocolloide, de l'alginate et autres pansements.
-0.8% utilisent de l'hydrocellulaire, de l'alginate et autres pansements.

Parmi les autres méthodes citées, il y a l'interféron, le tulle gras, la vaseline, le miel, la demande d'aide à l'IDE.

Attitude en cas d'escarre nécrotique :

Pour la majorité des MG, il y a autre chose chose à faire avant la prescription de pansements dans le cas d'une escarre nécrotique.

Figure 12 : Réponses en pourcentage à la question en pourcentage, «Devant une escarre nécrotique au niveau du pied, vous semble t-il utile de faire autre chose que l'inspection de la lésion avant de faire vos prescriptions de traitements ?»

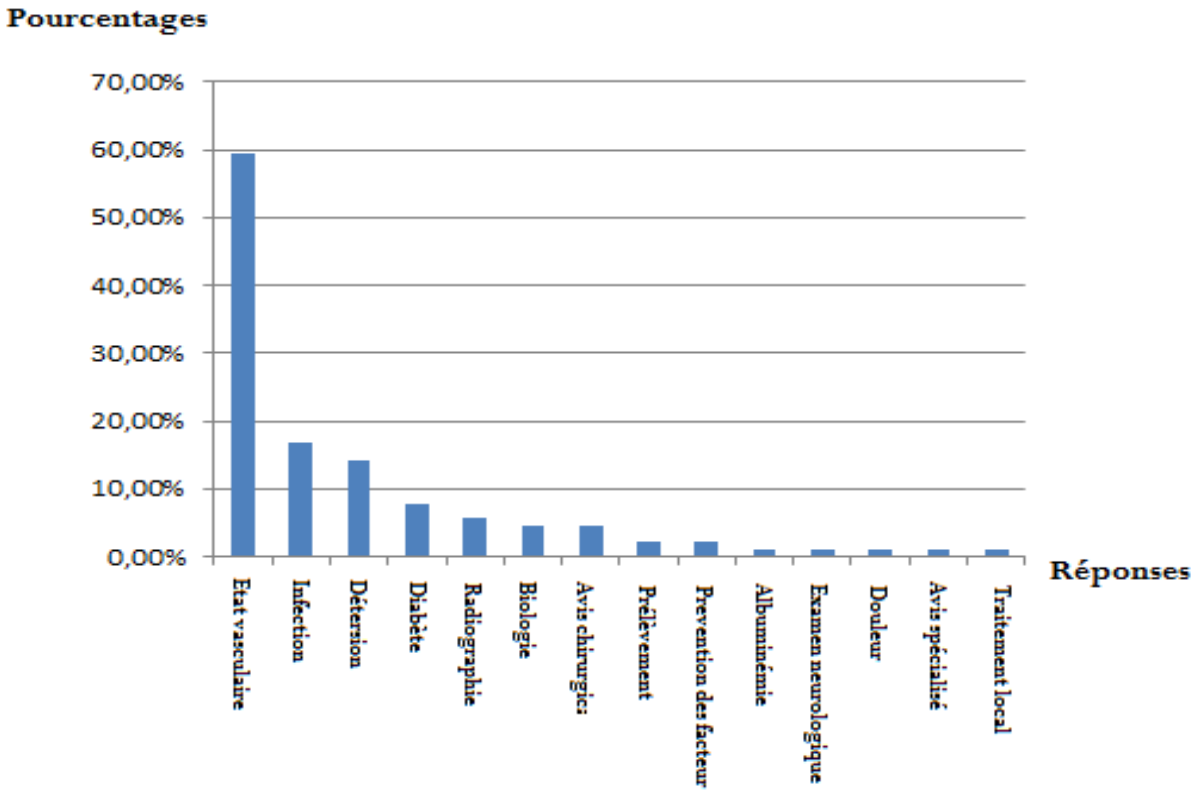
Oui	78.7
Non	18
Non communiqué	3.3

Total	100

Parmi les MG qui font autre chose que la prescription d'emblée de traitements, 85 ont précisé leur attitude. Certains associent plusieurs explorations.

50 MG font état de l'état vasculaire soit au moyen de la palpation du pouls, de la mesure de l'IPS ou de la demande d'un écho-Doppler artériel des membres inférieurs.
14 recherchent une infection (comprend la recherche d'ostéite)
12 font une détersion de l'escarre.
7 recherchent un diabète.
5 font une radiographie ou recherchent un contact osseux
4 font une biologie sans plus de précision.
4 demandent un avis chirurgical.
2 font un prélèvement bactériologique.
2 mettent en place une prévention des facteurs de risque.
1 dose l'albuminémie.
1 fait un examen neurologique.
1 évalue la douleur.
1 demande un avis spécialisé sans plus de précision.
1 fait un traitement local sans plus de précision.

Figure 13 : Réponses en pourcentages sur les examens complémentaires en cas d'escarre nécrotique du talon.



Prise en charge de la douleur :

A la question, « le contrôle de la douleur est-elle une problématique fréquente que vous rencontrez ? »,

La grande majorité, plus de 2/3 des praticiens n'arrivent pas à contrôler la douleur.

Figure 14 : Réponses en pourcentage à la question sur la douleur restant un problème pour l'escarre.

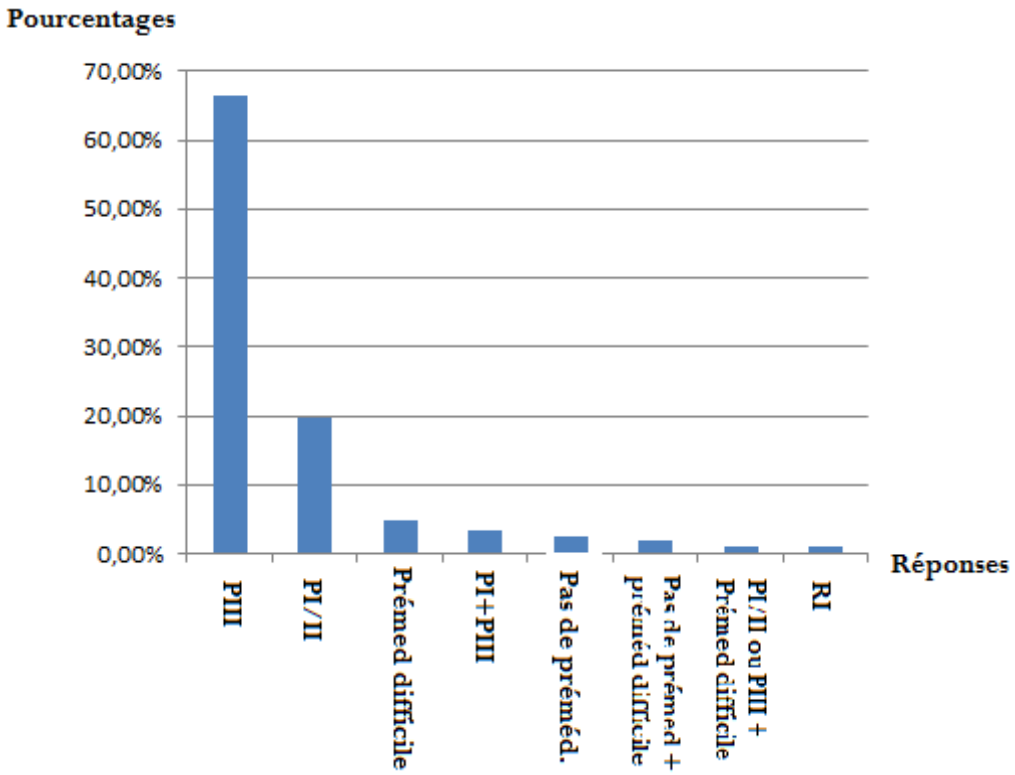
Oui	69.7
Non	27
Non communiqué	3.3
Total	100

Utilisation de la prémédication pour les soins :

A la question, « Quel type de prémédication utilisez vous pour les soins ? »,

-81 MG utilisent des antalgiques de palier III en prémédication.(PIII)
-24 utilisent des antalgiques de palier I ou II. (PI/II)
-6 d'entre eux pensent qu'il est difficile de mettre en place une prémédication avant les soins. (Prémed difficile)
-4 associent des antalgiques de palier I et III. (PI + PIII)
-3 ne prescrivent pas d'antalgique, la douleur est contrôlée par les antalgiques quotidiens du patient. (Pas de prémed)
-1 pense qu'il n'y a pas besoin, la douleur est contrôlée par les antalgiques quotidiens et que c'est difficile de mettre en place. (Pas de prémed + prémed difficile)
-2 prescrivent des antalgiques de palier I/II ou III et pensent aussi qu'il est difficile de mettre en place une prémédication.(PI/II ou PIII + prémed difficile)
-1 réponse est inexploitable. (RI)

Figure 15 : Réponses en pourcentages sur le type de prémédication utilisée.

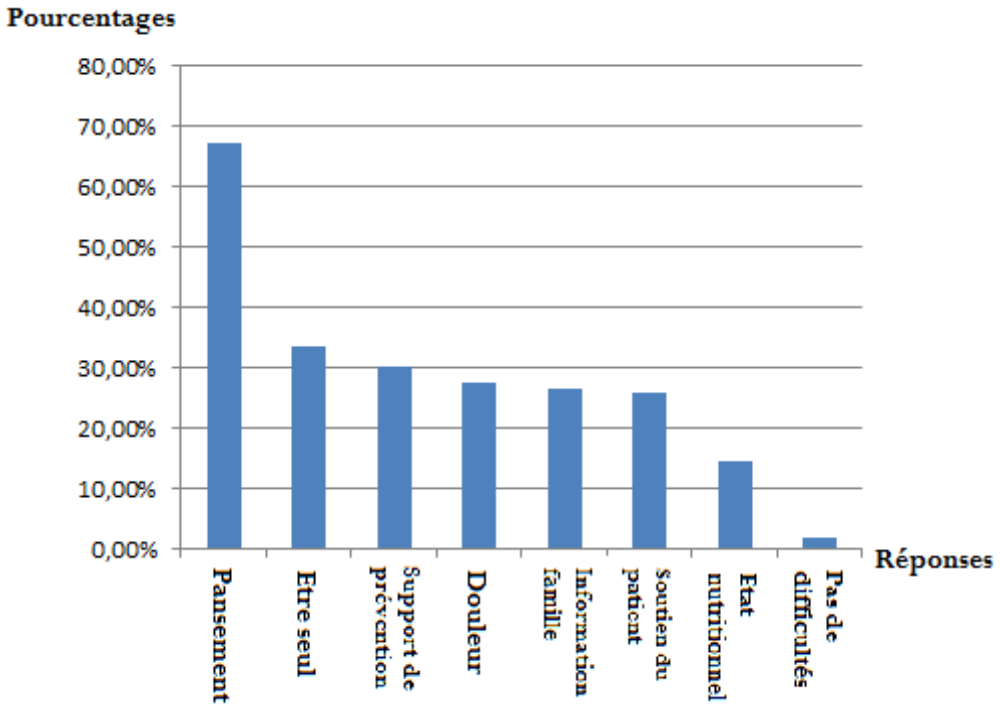


Difficultés rencontrées lors de la prise en charge de l'escarre :

La grande majorité des médecins généraliste éprouvent au moins 2 difficultés.
118 praticiens ont répondu à la question, « Concernant la prise en charge initiale de l'escarre, quelles sont vos difficultés ? »

-78 des MG ont du mal à déterminer le type de pansement en fonction de la plaie
-39 craignent être seul.
-35 ont des difficultés pour la mise en place des supports de prévention.
-32 ont du mal à évaluer la douleur.
-31 ont du mal à communiquer avec la famille.
-30 ont du mal pour le soutien psychologique du patient.
-17 ont du mal à évaluer l'état nutritionnel du patient.
-2 n'éprouvent aucune difficultés. Un praticien indique qu'il est « médecin généraliste atypique », et a travaillé plus de 10 ans en tant qu'IDE.

Figure 16: Réponse en pourcentages sur les difficultés rencontrées.



Coordination des soins :

A la question, « Avez vous des coordonnées d'infirmier ? »,

La grande majorité dispose de coordonnées d'IDE.

Figure 17 : Réponses en pourcentages pour les coordonnées d'infirmiers.

Oui	96
Non	4
Total	100

A la question, « Avez-vous des coordonnéees de Service de soins à domicile (SSIAD) ? »

La majorité dispose de ce type de coordonnées de SSIAD.

Figure 18 : Réponses en pourcentage à la question sur les coordonnées de SSIAD.

Oui	80
Non	19
Non communiqué	1
Total	100

A la question, « Pour le traitement de l'escarre, quelle responsabilité laissez-vous à l'infirmière ? »,

-75% des MG, se concertent avec l'IDE pour le choix du traitement.
-21% laissent l'IDE seule décider du protocole de soin.
-3% ne laissent aucune liberté à l'IDE, elle doit suivre leur ordonnance.
-1% se concertent avec l'IDE ou la laissent décider.

A la question, «A quelle fréquence réalisez-vous les visites pour le suivi des escarres ? »,

-59% réalisent une visite entre 10 jours et 1 mois.
-25% font une visite une fois tous les 10 jours.
-11% font une visite au-delà d'une fois par mois.
-5% n'ont pas répondu à la question.

Moyen utilisés pour le suivi de la plaie :

A la question, « Comment réalisez vous le suivi de la plaie ? »,

-28% le font via l'appel descriptif de l'IDE.
-16% via la description et un moyen de communication visuelle avec l'IDE.
-14% via un moyen de communication visuelle avec l'IDE.
-10% le font seul.
-9% utilisent au moins 3 moyens.
-7% le font seul et avec la description de l'IDE.
-7% le font via la description de l'IDE et de la famille.
-4% utilisent d'autres moyens.
-5% utilisent l'associtation de 2 moyens associés autre que cités ci-dessus.
- Aucun utilise un moyen de communication visuelle seule avec la famille.

Parmi les autres moyens cités, on retrouve la visite conjointe avec l'IDE et le suivi par l'IDE seul.

Attitude en l'absence d'évolution favorable :

-A la question, « En l'absence d'évolution favorable, que faites-vous ? »,

-59% adressent à un service hospitalier.
-18% adressent à un spécialiste de ville.
-12% adressent soit à un spécialiste en ville ou à un service hospitalier.
-4.2% utilisent d'autres moyens en l'occurrence l'appel à une IDE spécialisée.

-1.7% adressent à un confrère généraliste plus habitué.
-1% demande à une spécialiste en ville ou à un confrère plus habitué.
-1% demande à un service hospitalier ou à un confrère plus habitué .
-1% demande à un service hospitalier, à un spécialiste de ville ou demande à un confrère.
-1% a coché toutes les cases.

-Sur 121 réponses, 79 ont précisé leur orientation.

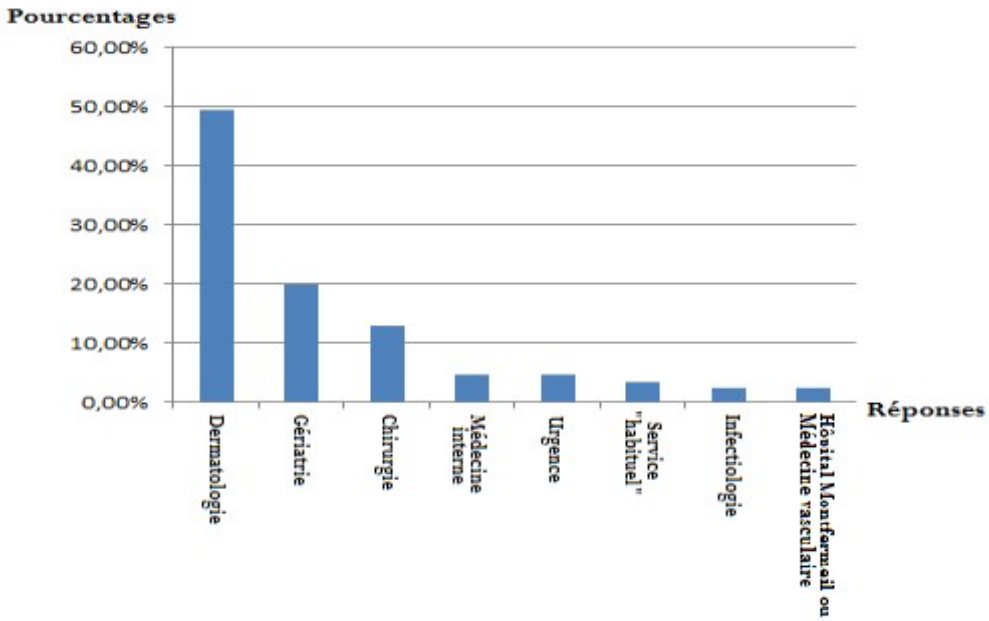
Parmi les personnes qui adressent à un spécialiste de ville, 9 ont précisé leur orientation:

-6 adressent à un dermatologue
-1 +1+1 adressent respectivement à un gériatre, un phébloloque, un orthopédiste.

Parmi les personnes qui adressent à l'hôpital, 85 réponses orientent le service hospitalier.

-42 MG orientent vers un service de dermatologie de l'hôpital. Parmi cela, 22 précisent qu'ils envoient leurs patients au service des « Plaies et cicatrisation » des hôpitaux suivants, cités par ordre décroissant, Hôpital René Muret puis Hôpital Rothschild puis Hôpital Saint-Joseph puis Hôpital Avicenne puis Hôpitaux d'Argenteuil et Henri Mondor.
-17 envoient leur patient dans un service de gériatrie
-11 envoient leur patient en chirurgie cité par ordre décroissant en chirurgie générale puis vasculaire et en dernier plastique.
-4 envoient leur patient en médecine interne.
-4 envoient leur patient aux urgences.
-3 envoient leur patient dans le service «habituel» du patient qui peut-être la diabétologie, la dermatologie ou la neurologie.
-2 envoient en infectiologie.
-2 envoient soit à l'Hôpital Montfermeil ou en médecine vasculaire.

Figure 19 : Répartition en pourcentage pour ceux qui adressent à une service hospitalier.



Difficultés rencontrées pour le suivi des escarres :

A la question, « Concernant le suivi de l'escarre, quelles sont vos difficultés ? »,

-20.5% disent être en difficulté en cas de complication et l'indication à une chirurgie.
-18% disent connaître au moins 3 difficultés.
-14% sont en difficulté en cas de complication.
-11% sont en difficulté en cas de complication et pour trouver un référent spécialiste.
-9% ont du mal à trouver un référent spécialiste.
-8% ont du mal à trouver l'indication à une chirurgie.
-3% ont du mal à trouver un infirmier.
-2.5% ont du mal à coordonner les soins avec l'IDE.
-2.5% ont du mal à trouver l'indication à une chirurgie et un référent spécialiste.
-2.5% ont d'autres difficultés.
-5% disent avoir 2 difficultés associées autres que citées ci-dessus.
-3.3% n'ont pas répondu à la question.

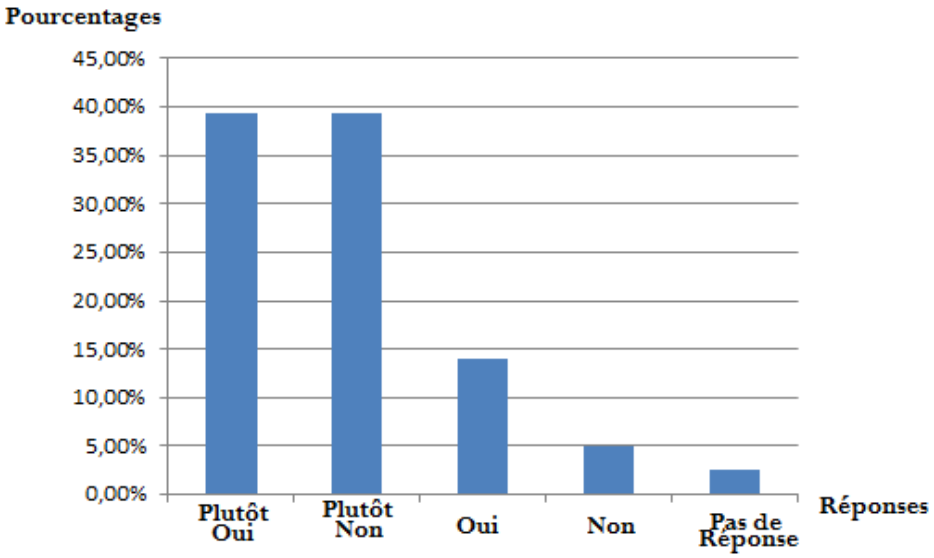
Parmi les autres difficultés citées, il y a « obtenir un RV rapide avec un spécialiste », « l'adhérence du patient au soins », le « déplacement et visite à domicile » et « aucune difficulté ».

Aisance sur la prise en charge :

A la question, « Êtes-vous à l'aise pour la prise en charge des escarres ? »,

48 praticiens ont répondu « plutôt oui » et le même nombre ont répondu « plutôt non ».

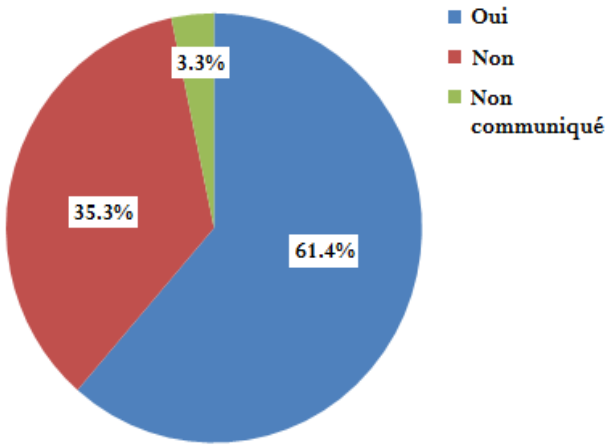
Figure 20: Réponses en pourcentage sur l'aisance de la prise en charge des escarres.



A la question, « Aimeriez-vous une journée de formation spécifique sur le sujet ? »,

Plus de la moitié des généralistes souhaiterait une formation dans ce domaine.

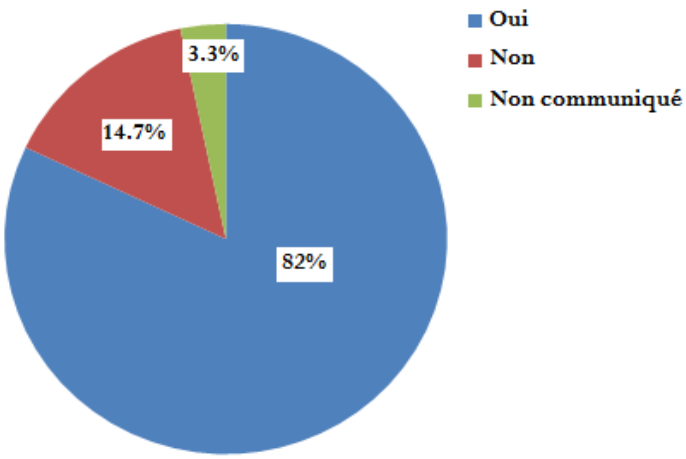
Figure 21: Réponses en pourcentage sur le besoin d'une journée de formation.



Besoin d'une équipe mobile de gériatrie ambulatoire :

A la question, « Aimeriez-vous avoir une équipe mobile de gériatrie ambulatoire (EMGA) qui se déplacerait en cas de difficulté sur la prise en charge ? »,
La grande majorité des praticiens réclament un besoin d'une équipe.

Figure 22: Réponses en pourcentage sur le nécessite d'une EMGA.



Discussion :

Analyse des résultats :

Profils des médecins généralistes :

L'âge :

La moyenne d'âge des médecins généralistes ayant répondu à l'enquête est de 54.6 ans. Ce qui correspond à la moyenne d'âge du département du 93 évaluée à 52 ans en 2016 (115) ainsi qu'à la moyenne d'âge des médecins généraliste de France sur une estimation de 2015. (116)
Une particularité est que près de 75% des médecins ayant répondu à l'enquête ont plus de 50 ans et que 41% ont même plus de 60 ans versus 33% au niveau national.
Ceci peut être expliqué par le fait que les praticiens âgés font plus de visite à domicile et ont plus de patients âgés dans leur patientèle.

Le sexe et année d'installation :

Il y a 2 fois plus d'hommes ayant répondu que de femmes. Cependant au niveau national, il existe une parité homme-femme respectivement de 53 et 47%.
L'année moyenne d'installation des participants est de 1995.

Formation sur les escarres :

Presque 80% disent ne pas avoir suivi de formation sur les escarres. Ce chiffre est extrêmement haut si on prend en compte l'âge des praticiens qui sont expérimentés et installés depuis une dizaine d'années. On s'aperçoit que ceci n'a pas tant évolué comme en témoigne le travail de F.Noaillan sur l'enquête menée en 2009. En effet 73.4% des généralistes interrogés dans la Charente n'ont jamais eu de formation. Il n' y a pas d'évolution sur cette thématique en 10 ans. Est-ce dû à un manque de temps, à une formation inappropriée, à la faible fréquence des escarres ?

Prévalence des escarres :

5% des médecins indiquent avoir plus d'une vingtaine de patients suivis pour des escarres. Il est difficile d'établir un chiffre de prévalence extrapolable à partir de ce petit échantillon.

Diagnostic et prévention des escarres :

Stade de l'escarre :

Il n'y a que 2/3 des médecins généralistes qui a priori connaissent la classification des escarres. Seulement 65% d'entre eux considèrent la rougeur persistante sur le talon comme une escarre, ce qui est le cas.
Il y a 1/3 des médecins généralistes qui n'arrive pas à reconnaître une escarre dès le stade 1;

ce qui pose la problématique du diagnostic et tout la prise en charge qui en découle afin que celle-ci ne s'aggrave.
Peut-être qu'en ayant joint une photo, la reconnaissance serait plus facile qu'une simple description de la lésion faite par une infirmière par exemple. Le fait de visualiser une rougeur doit alerter le clinicien même si celui-ci n'est pas un expert.

Une étude menée en 2009, (117) avait pour but d'évaluer la validité des photographies pour évaluer la présence d'escarres de stade 2 ou plus. Le diagnostic de référence (escarre stade 2 vs escarre stade 1) a été établi par le spécialiste sur la base d'un examen au lit du malade. Les photographies ont été ensuite examinées à l'aveugle par un autre expert en plaies. La sensibilité et la spécificité étaient toutes deux de 100% chez les patients blancs. Chez les patients noirs, la sensibilité et la spécificité étaient respectivement de 92% et de 93%. Ces résultats suggèrent que l'utilisation d'images photographiques pour évaluer la présence ou l'absence d'une escarre présente un degré de validité élevé.

Facteurs de risque d'escarre et support de prévention :

Pour la majorité des praticiens, l'incontinence est un facteur de risque. Elle favorise l'humidité mais est située loin derrière l'immobilité et la dénutrition qui restent les principaux facteurs.

Aussi 4/5 des praticiens utilisent des supports de préventions. La raison évoquée par les autres praticiens est principalement l'absence de connaissance de tels dispositifs. L'utilisation des ces supports est importante en prévention et en traitement même si leur efficacité n'est pas prouvée. Ce résultats contrastent avec le diagnostic d'escarre mais la question ne permettant de répondre que par oui ou non, les praticiens ayant une connaissance minime sans en avoir jamais prescrit peuvent être influencés de répondre à l'affirmative.

Prise en charge nutritionnelle :

La quasi-unanimité des praticiens du département évaluent l'état nutritionnel des patients atteints d'escarre. Ceci montre la grande sensibilité des praticiens à la dénutrition. Elle touche une large population des personnes âgées car liée au vieillissement, à la dépendance, à la dépression et aux troubles cognitifs entre autres en plus des escarres. Estimée à environ 4 à 10% chez les personnes âgées vivant à domicile, la prévalence de la dénutrition atteint 15 à 38% chez celles vivant en institution et même 30 à 70% chez celles qui sont hospitalisées. En France, 300.000 à 400.000 personnes âgées vivant à domicile sont dénutries. (118) Le dépistage et la prise en charge doivent être une priorité pour l'entourage familial et pour nous les professionnels de santé.

Même si seulement 62% évaluent l'état nutritionnel de façon adaptée à savoir par la surveillance du poids et le dosage des différents marqueurs biologiques, la quasi-unanimité adoptent une stratégie de prise en charge appropriée par l'adaptation des repas ainsi que la prescription des CNO. À domicile, différentes aides peuvent améliorer la prise en charge nutritionnelle. L'aide-ménagère ou l'auxiliaire de vie sociale sont qualifiées pour faire les

courses, préparer les repas, aider à la prise des repas. Certaines mairies, associations ou entreprises commerciales organisent le portage des repas à domicile. Pour l'information sur ces dispositifs aux personnes âgées, le médecin généraliste joue un rôle central en plus des réseaux gérontologiques, les centres communaux d'action sociale (CCAS), les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), et les services sociaux municipaux. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'aide sociale départementale, et éventuellement les caisses de retraite complémentaires et certaines mutuelles interviennent pour la prise en charge financière de ces aides.

Pour conclure sur cette partie concernant le diagnostic et la prévention, il existe quelques lacunes sur le diagnostic de l'escarre et les moyens de prévention ne sont pas utilisés de façon optimale, mais tous les professionnels accordent une grande importance à la dénutrition des personnes âgées.

Traitement des escarres :

Massage d'une rougeur persistante :

Il s'agit d'une escarre de stade I pour lesquels les massages sont interdits d'après la HAS et le comités d'experts alors que 65% des praticiens le réalisent. Ce chiffre élevé est également retrouvé dans d'autre études même chez les professionnels formés sur la prise en charge des escarres. Cependant il peut y avoir une confusion entre « massage » et « effleurage », l'un consistant à « appuyer » sur la peau et l'autre à « toucher » la peau, ce qui permet en même temps l'inspection des zones à risques.

Soins locaux d'escarre :

1/ Nettoyage de l'escarre :

76% des médecins utilisent l'eau du robinet et/ou du sérum physiologique, ce qui concorde avec les recommandations. 3% utilisent de l'eau stérile, ce qui n'est pas conforme mais n'est pas non plus néfaste pour les soins d'escarre.
Cependant ¼ associent des antiseptiques, contre-indiqués en raison de leur agressivité sur les lésions et de la sélection des bactéries.
A noter que même si l'escarre est infectée, il n'y a pas de consensus à utiliser des antiseptiques, ainsi leur utilisation est à abandonner.

2/ Pansements pour le bourgeonnement et la ré-épidermisation :

Ces phases de cicatrisation des plaies ne sont pas spécifiques des escarres mais correspondent à tous types de plaies chroniques. Elle correspondent toutes les deux à des plaies en voie de guérison.
Néanmoins, rapportées au escarres, la phase de bourgeonnement correspondrait dans la majorité des cas à une escarre de stade III/II et la phase de ré-épidermisation correspondrait dans la majorité des cas à une escarre de stade II/I

Pour le bourgeonnement, le pansement le plus adapté est l'hydrocellulaire puis l'hydrocolloide en fonction de l'exsudat. Pour la ré-épidermisation, le pansement le plus adapté est l'hydrocolloide en premier puis l'hydrocellulaire en seconde intention.

A cette question, 27% des praticiens choisissent l'hydrocolloide, 27% choisissent l'hydrocellulaire, 13% utilisent les deux pansements.
Une minorité associent ces premiers à de l'hydrogel et/ou de l'alginate, ce qui n'est pas inadapté (cf biais d'interprétation).
Une minorité choisissent des pansements apparentés au pansement « gras », ce qui est également indiqué dans la ré-épidermisation, deux praticiens ont évoqué l' utilisation du miel.

Il existe un biais d'interprétation à cette question, qui a posteriori peut prêter à confusion et il aurait été judicieux de la diviser en 2 parties. En effet, on aurait pu poser 2 questions différentes sur la prise en charge d'une part d'un escarre de stade III où l'utilisation de l'alginate et de l'hydrogel peut être indiquée en raison de la présence éventuelle de la fibrine et de la nécrose d'où l'association par certains praticiens de ces pansements et d'autre part la prise en charge d'une escarre de stade II.

Une technique ancienne est évoquée comme l'utilisation du miel, notamment utilisée dans les années 80 pour traiter les escarres profondes. Comme précise le Dr Albert Becker, médecin généraliste et président de l'association francophone d'apithérapie, on ne peut appliquer du miel alimentaire, il doit être stérilisé pour être utilisé en médecine. Grâce à ses 450 variétés de germes différents, il a la qualité sur le plan physique et chimique de favoriser la cicatrisation en plus de ses propriétés antibactériennes. Cependant «l e gros problème de l'apithérapie, c'est qu'il n'y a pas de travaux scientifiques sérieux ». (119)

Recherche d'artérite devant une escarre nécrotique :

Pour presque 80% des médecins, il faut autre chose que d'emblée les pansements. Parmi les 80%, seulement 60% pratiquent l'examen vasculaire regroupant soit la palpation des pouls, mesure de l'IPS et Doppler artériel des membres inférieurs à la recherche d'artérite et près de 15% pratiquent une détersion d'emblée, ce qui risque d'aggraver l'escarre et qui est strictement contre indiqué avec risque d'amputation du membre dans les escarres talonnières.

D'après une étude, menée sur 165 médecins généralistes en Ile-de-France, les praticiens utilisant l'IPS pour dépister l'AOMI sont 31% mais leur pratique reste très occasionnelle: seulement 3% l'utilisent systématiquement pour dépister l'AOMI. En effet, les praticiens privilégient la palpation des pouls dans 92% des cas et 81% ont recours à l'avis d'un confrère spécialiste. Seul 1 praticien sur 15 paraît maîtriser totalement l'échelle des valeurs de l'IPS et son interprétation et par ailleurs près de 3 praticiens sur 5 n'ont pas connaissance de la recommandation de la HAS. Ainsi, la mesure de l'IPS qui est un examen qui peut-être fait en consultation, est mal maîtrisée et peu utilisée, ce qui risque de retarder la prise en charge des plaies. (120)

Traitement de la douleur :

Un fort pourcentage, soit 70% des praticiens estiment ne pas pouvoir contrôler la douleur des patients.
Ce résultat est choquant mais il reflète bien la réalité, il est identique à l'étude de 2007 où 70% des patients étaient douloureux lors des soins d'ulcère mais supérieur à l'étude plus récente de 2017 où 55% des patients restaient douloureux malgré l'utilisation des antalgiques mais qui n'étaient pas adaptés.

Ce résultat reste incompréhensible puisque 66% des répondants utilisent tout de même des antalgiques de palier III pour soulager la douleur contre 5% indiquent qu'il est difficile de mettre en place une prémédication.
Est ce que les antalgiques ne sont pas adaptés ou ne sont-ils tout simplement pas donnés en raison des contraintes organisationnelles à domicile ou en Ehpad ?

Conclusion par rapport au traitement :

Pour conclure sur la prise en charge thérapeutique de l'escarre, on éprouve le sentiment que l'escarre reste un sujet difficile pour les médecins généralistes, en effet ils éprouvent des difficultés sur les différents maillons de la prise en charge, notamment le choix des pansements qui est évoqué par presque 70% des répondants, pourtant il est la base d'une bonne évolution de la plaie.
Ensuite viennent dans environ 30% des cas respectivement, la prescription des supports, la prise en charge de la douleur puis des problèmes relationnels avec le patient et sa famille en plus d'être seul.
La prise en charge nutritionnelle est le sujet qui reste le mieux maîtrisé par les médecins généralistes du fait qu'elle n'est pas spécifique de l'escarre et doit être prise en compte quelle que soit la pathologie du patient.

Coordination et suivi des plaies :

Coordonnées d'infirmière libérale et de SSIAD :

Presque la quasi-totalité des médecins ont les coordonnées des infirmières libérales mais seulement 80% d'entre eux possèdent les coordonnées de SSIAD. Le SSIAD permet aux personnes répondant aux critères d'admission de bénéficier de soins infirmiers adaptés ainsi que de soins d'hygiène et de confort. Il a pour but le maintien de l'autonomie, d'éviter une hospitalisation, de retarder l'entrée en institution gériatrique. Il intervient sur la prescription médicale, ce qui entraîne une prise en charge à 100% par la sécurité sociale et les patients peuvent être suivis sans limitation de durée. La demande de prise en charge peut se faire par le patient, sa famille, l'hôpital, le CCAS, mais aussi par le médecin généraliste qui est le médecin traitant. (121)

Collaboration avec l'infirmière :

75% des praticiens se concertent avec l'IDE pour le choix du traitement tandis que 21% laissent la liberté totale au IDE.
Ainsi, ces résultats peuvent être interprétés de 2 façons. Les médecins généralistes font confiance au IDE lors de la concertation du choix du pansement ou n'ont pas de compétence suffisante pour prescrire le pansement adapté. A noter que 1/5 laissent l'infirmière décider toute seule.

Des études portant sur la collaboration des médecins et des infirmières pour les plaies chroniques retrouvent des résultats comparables. Cependant, il y a une divergence dans la vision des médecins et des infirmières. Pour les médecins, le choix du traitement local se fait avec l'infirmière, alors que l'infirmière a l'impression de le faire seule dans l'étude de A Mazoyer. (10)

Évaluation continue de la plaie :

Visite à domicile :

59% des praticiens réalisent une visite à domicile à une fréquence entre 10 jours et 1 mois. Ce résultat est comparable au travail de F.Noaillan où 63% des praticiens prévoient une réévaluation pour la majorité entre 15 jours et 1 mois. Cela dépendait de l'état de la plaie, de la compétence et de la qualité de communication avec l'IDE. (122)

Cependant les recommandations recommandent une évaluation régulière, notamment à chaque changement de stade (amélioration ou aggravation).
Mais là aussi, d'après l'étude de F.Gomez, l'évaluation se fait au mieux tous les mois,voire pas du tout, lorsque la prescription est établie « jusqu'à cicatrisation ». (123)

Cela démontre de nouveau la grande confiance des praticiens pour les IDE avec 92.6% des médecins estimant le rythme de surveillance suffisant dans l'étude de F.Noaillan. Mais les sentiments divergent, les IDE se sentent isolées alors que les médecins pensent davantage à un rôle d'intervenant en cas de problème dans le traitement des plaies chroniques en général.

Moyen de suivi :

Près de 2/3 des répondants réalisent le suivi de la plaie via l'infirmière par un appel téléphonique ou par envoi d'une photographie. Neanmoins l'appel téléphonique reste le moyen le plus utilisé, ce qui est comparable à celui de l'étude menée par A.Lalorette car il est facile d'utilisation. Il permet d'appeler rapidement et de donner des directives instantanément. Seuls 14% des praticiens utilisent la photographie seule comme moyen de suivi. Ce chiffre est assez bas avec l'évolution de la technologie à notre époque. Il peut aussi être expliqué par le fait qu'une photographie ne permet pas de savoir tous les aspects de la plaie mais peut-être aussi lié à la législation du droit à l'image et le stockage de celle-ci. Le droit à l'image est réglementé par le code civil et pénal et se définit comme le droit d'une

personne, d'autoriser ou de s'opposer à la diffusion de son image. Il est représenté ici par l'accord du patient et soumis au secret médical. Ainsi il ne faut pas garder la photographie de façon indéfinie sur son smartphone et trouver un moyen d'archivage de celle-ci. Comme souligne le travail de S.Depoorter, le smartphone est bien implanté dans la population des IDE. Sa place en pratique quotidienne dans le suivi des plaies chroniques est plutôt disparate, il devenu pratiquement indispensable pour certains alors qu'il reste accessoire pour d'autres. (124)

Prise en charge en l'absence d'amélioration et évaluation de l'aide :

Une majorité des praticiens adressent les patients à l'hôpital. Dans la plupart des cas, il s'agit du service de Dermatologie et parfois du service des « Plaies et cicatrisation ». L'Hôpital le plus cité est Renet Muret qui est situé à Sevran (93270) qui est un hôpital gériatrique et qui dispense du service « Plaie et cicatrisation ». Le seul autre hôpital cité, situé dans le 93 est l'Hôpital Avicenne alors que les 3 autres sont situés à Paris pour l'Hôpital Rothschild, dans le 95 pour l'Hôpital d'Argenteuil, et dans le 94 pour l'Hôpital Mondor.

Ainsi l'offre pour gérer ces plaies dans le 93 est peu importante. Seuls 2 hôpitaux sur les 14 existants du 93 sont cités dont 9 sont publics et seul l'hôpital René Muret dispose d'un service «Plaie et cicatrisation».

Quand à la nécessité de formation sur la prise en charge des escarres, seulement 2/3 des répondants l'ont acceptée alors que 1/3 ne la souhaite pas. Il n'y a pas de raison évoquée spontanément chez les praticiens du fait de la dichotomie de la question qu'il aurait fallu élargir pour avoir les explications. Cependant la grande majorité aurait voulu une équipe mobile de gériatrie (EMG). En effet l'EMG, permet une évaluation gérontologique globale et n'est pas spécifique des plaies. A posteriori, on se rend compte que cette question est mal formulée et qu'elle est aussi mal interprétée mais dans le « bon sens ». Il aurait fallu demander si un réseau de soins ou un centre de soin spécifique était souhaitable en cas de difficultés.

A noter qu'une étude montre que le niveau de satisfaction des médecins travaillant en lien avec une EMG dans le territoire Yvelines Sud était élevé avec une cotation globale médiane de 8 sur 10. Sur le plan qualitatif, les médecins soulignaient avoir apprécié « l'avis d'expert » donné et la possibilité d'une prise en charge collégiale de type hospitalier. Mais les propositions de prise en charge concernaient l'aspect nutritionnel et les avis spécialisés les plus demandés étaient représentés par les consultations mémoires et géronto-psychiatriques. (125)

En effet, il n'y a pas vraiment de centre dédié pour les plaies chroniques dans le 93 et encore moins un réseau de soin dédié. Les seuls réseaux qui existent sont dédiés à la cancérologie, au diabète, à la gérontologie, aux soins palliatifs, aux maladies neurologiques paralysantes et à la périnatalité, d'où la nécessite pour les praticiens de se reporter sur les autres établissements de l'Ile-de-France.

L'hôpital Rothschild situé à Paris est le deuxième hôpital le plus cité en raison de son centre

de cicatrisation. C'est une structure identifiée pour recevoir les patients avec des soins adaptés à la pratique ambulatoire. Il dispose d'une équipe interprofessionnelle avec gériatre, dermatologue, généraliste, médecin vasculaire dont la coordination est assurée par un médecin compétent en cicatrisation. Comme le souligne le bilan de la clinique Pasteur à Toulouse, il permet un accès aux explorations vasculaires non invasives et à divers spécialistes. (126) Leur rôle est de conseiller les praticiens de terrain qui en font la demande, évaluer l'urgence de la prise en charge, mettre en place un plan de soin, la coordination des avis spécialisés, le suivi, l'organisation, l'éducation du patient et favoriser les soins à domicile par les soignants, tout en conservant la possibilité d'un recours à une hospitalisation traditionnelle. Cela a permis une réduction de la durée de cicatrisation et donc des dépenses et pour les escarres, une réduction de la prévalence.

Un certain nombre de praticiens ont cité l'Hôpital d'Argenteuil pour l'adressage des patients en cas de complication. Il dispose également d'un centre de cicatrisation depuis 2014 avec une équipe pluridisciplinaire organisée en filière complète de diagnostic et de soins en plaies chroniques avec la possibilité d'avoir des avis transversaux en lien avec le médecin traitant. (127)

Il est intéressant de savoir que certains praticiens préfèrent adresser les patients à l'opposé du département pour une meilleur prise en charge à défaut de telle structure dans le 93 et de la « pénurie de personnel soignant dans le 93 qui est un facteur aggravant d'escarre » comme le souligne un praticien.

Une perspective de télémédecine en Ile de France ?

L'exemple de Domoplaies, télémédecine régionale de Normandie. (128)

Domoplaies est un service de téléconsultation programmée destiné aux patients ayant des plaies complexes. Les demandes sont réalisées en mobilité via un smartphone ou une tablette, puis analysées par l'équipe spécialisée, en temps réel ou différé.
Les requérants demandant l'inclusion sont notamment les médecins traitants, les IDE libéraux.
Les experts requis sont les médecins spécialisés en plaies et les IDE qualifiés.
Le requérant accède à son smartphone, se connecte en visioconférence avec l'expert via l'application Therap-e mobile et réalise des clichés de la plaie en direct avec le patient.
Les avantages pour les patients sont le confort, l'absence de douleur, des déplacements évités, les soins appropriés et une confiance accrue.
Les autres avantages sont l'accès à l'expertise pour un plus grand nombre de patients, la réduction des inégalités d'accès aux soins, un maillage entre les professionnels de santé, la réduction des coûts dans sa globalité.

Et qu'en est-il en Ile de France ?

Note de position 2019 de la La SFFPC :
La SFFPC et CATEL, centre de ressources et d'expertises en e-santé se sont associés dès juin 2016 pour porter une première action en faveur du développement des pratiques en

plaies et cicatrisations. Ceux-ci ont conduit à la constitution d'un Collectif e-santé Plaies et Cicatrisations.
Le Collectif e-santé Plaies et Cicatrisations privilégie la mise en place d'un centre de coordination national avec un parcours de soins et une prise en charge des patients traités au niveau local, avec les acteurs et experts du territoire. Ces centres experts utilisent des techniques de télémédecine ou de coordination françaises. Plusieurs dispositifs sont en place pour optimiser la prise en charge en mobilité et ils peuvent être recensés sur une application mobile permettant de faire appel à eux par les praticiens. Une cartographie de ces centres est en cours de finalisation à l'échelle du territoire en lien avec la SFFPC. (129)

Pour conclure sur cette troisième partie du questionnaire, la principale difficulté rencontrée est la prise en charge en cas de complication avec la difficulté de trouver un référent spécialiste. Ceci s'explique par le fait que le département n'offre pas beaucoup de possibilités pour gérer une escarre compliquée par l'absence de centre de cicatrisation dans le département. Ce qui laisse les praticiens seuls dans la prise en charge. En effet, seulement 15% déclarent être à l'aise alors que 40% disent être partiellement à l'aise et 40% pas complètement à l'aise. Il est donc nécessaire de mettre en place un centre de cicatrisation dans le département du 93 avec des médecins de plusieurs spécialités qui permet d'avoir un avis transversal chez ces patients souvent polypathologiques; même si un projet de télémédecine des plaies est en cours de finalisation de procédure à l'échelle nationale.

Limites de l'étude :

Taux de réponse :

Le taux de réponse estimé à 31.5% est assez faible pour que cela soit représentatif de la population du département du 93.

Biais d'interprétation du questionnaire :

Pour le choix du pansement au stade de bourgeonnement et de ré-epidermisation, il aurait mieux fallu les séparer car cela entraîne une confusion et entraîne ainsi un biais d'interprétation des résultats. Concernant l'EMG, il aurait été mieux de poser la question sur la nécessité d'un centre de cicatrisation ou d'un réseau car celle-ci s'occupe de la gérontonlogie « classique » et n'est pas spécifique des escarres.

Biais de sélection :

On ne peut écarter l'hypothèse que seuls les médecins généralistes intéressés par le sujet aient répondu au questionnaire et que les réponses ne reflètent pas la pratique réelle des médecins généralistes du 93.
Le recrutement est aussi biaisé par la particularité de certains praticiens. Un praticien a été identifié en tant que gériatre. Un autre praticien n'a pas suivi le cursus classique des études médicales et indique avoir exercer un emploi infirmier pendant 10 ans. Un dernier praticien déclare être installé dans le 93 mais travaille dans une MDR du 95 où il indique que la « prise en charge n'a rien à voir ».

La particularité de certains médecins, avec des connaissances plus importantes et d'autres travaillant dans un autre département où leurs soins en rapport avec les escarres sont plus fréquents, entraîne un biais de localisation dans notre enquête.
De façon globale, le biais de sélection a pu entraîner la sélection des médecins qui sont les plus à l'aise dans la prise en charge et ainsi entraîner une augmentation des bonnes réponses aux questions.

Biais de randomisation :

Le questionnaire postal a été envoyé aux praticiens chez qui une adresse postale et les coordonnées téléphoniques étaient valides. Ainsi, il n'y a pas eu de tirage au sort puisque le questionnaire a été envoyé uniquement à ces praticiens dans une optique d'optimisation du taux de réponse qui est de 31.5% dans notre cas, comparable aux autres études sur le même sujet.

Conclusion :

Ce travail a permis d'établir un état des lieux des pratiques des médecins généralistes du département pour la prise en charge des escarres. D'après ces réponses, l'escarre est une pathologie qui semble être problématique dans toutes les dimensions de sa prise en charge.

Des lacunes existent concernant le diagnostic de l'escarre dès son début chez des praticiens qui n'ont pas eu de formation et représentant la grande majorité de la population étudiée.

En ce concerne la prévention, même si les généralistes n'ont que des connaissances partielles, elle est plutôt bien maîtrisée avec le risque nutritionnel qui est pris en charge ainsi que les support de prévention qui sont prescrits dans la majorité des cas.

Concernant le traitement, les connaissances sont d'une part très peu maîtrisées concernant le massage mais d'autre part bien adaptées concernant le soin local. Cependant l'utilisation du type de pansement adapté à la plaie ne semble être acquis que par la moitié des praticiens. La douleur reste une situation qu'ils ont également du mal à maîtriser.

En ce qui concerne la gestion continue et en cas d'aggravation, ce qui pose le plus problème est la complication avec un manque de référent spécialiste ambulatoire. La majorité des praticiens adressent les patients aux hôpitaux qui sont déjà surchargés.

Cette étude a mis en lumière les difficultés que rencontrent les praticiens, tant au niveau des connaissances, que pour la gestion de l'escarre compliquée. Ce qui suggère la nécessité de mettre en place une formation adaptée à la pratique ambulatoire et la nécessité de mettre en place des centres de cicatrisation au niveau départemental.

Bibliographie:

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel (U.S.), Haesler E, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers. 2014.

2. Barrois B, Labalette C, Rousseau P, Corbin A, Colin D, Allaert F, et al. A national prevalence study of pressure ulcers in French hospital inpatients. J Wound Care. Sept 2008;17(9):373-6, 378-9.

3. Barrois B, Colin D, Allaert F-A. Prevalence, characteristics and risk factors of pressure ulcers in public and private hospitals care units and nursing homes in France. Hosp Pract (1995). févr 2018;46(1):30-6.

4. Fédération Nationale des Infirmiers. Plaies chroniques : vers une petite révolution ? – [Internet]. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: https://www.fni.fr/magazine/plaies-chroniques-vers-une-petite-revolution/

5. Ameli. Rapport activite-charges-produits-assurance-maladie.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-14_assurance-maladie.pdf

6. Ameli. Ameliorer la prise en charge des plaies chroniques.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Ameliorer_la_prise_en_charge_des_plaies_chroniques.pdf

7. Bonnet D, Faucher N, Chansiaux C, Raynaud-Simon A. Escarres traitées à domicile. 2009;3.

8. HAS. Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé.pdf [Internet]. [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/escarresdef_long.pdf

9. Barrois B. Recommandations pour la prise en charge des malades à risque ou porteurs d'escarres. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. oct 2012;55(7):452-3.

10. Mazoyer A. Évaluation des connaissances et des pratiques des professionnels de santé en matière de prise en charge des escarres dans les Deux-Sèvres. 2010.

11. Tran HV. Caractérisation des propriétés mécaniques de la peau humaine in vivo via l'IRM. :174.

12. Dréno B. Anatomie et physiologie de la peau et de ses annexes. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. oct 2009;136:S247-51.

13. Mélissopoulos A, Levacher C, Robert L, Ballotti R. La peau structure et physiologie. Paris: Lavoisier; 2012.

14.Crickc B. Comprendre la peau.pdf [Internet]. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. 2005;132:8S3

15. Plaies Canada. La peau: anatomie, physiologie et cicatrisation des plaies.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2019]. Disponible sur: https://www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/1168-pratiques-exemplaires-la-peau-anatomie-physiologie-et-cicatrisation-des-plaies/file

16. Chaput B, Courtade-Saïdi M, de Bonnecaze G, Eburdery H, Crouzet C, Chavoin J-P, et al. Anomalies de la cicatrisation. EMC - Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique. mai 2012;7(2):1-12.

17. Escarre.fr : Physio-pathologie - Prévalence, incidence [Internet]. [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: http://www.escarre.fr/plaie/physio-pathologie/prevalence.php

18. Drees. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015.pdf [Internet]. [cité 31 mai 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf

19. Nicolas B, Robineau-Beneux S, Lebot MP, Durufle A, Petrilli S, Gallien P. Étude de la prévalence des escarres en EHPAD en Bretagne [Internet]. 25 mai 2014 [cité 1 juin 2019]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/896703

20. Clement F, Cousin J, Moreau E, Morille H. Épidémiologie des escarres : résultats de l'enquête sur la prévalence des escarres des résidents des EHPAD du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/394330/

21. Chami K, Gavazzi G, Piette F, Wazieres B de, Lejeune B, Rothan-Tondeur M. Enquête PRIAM – prévalence des infections dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Internet]. 8 sept 2008 [cité 1 juin 2019]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/181981

22. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. J Eval Clin Pract. avr 2007;13(2):227-35.

23. Amir Y, Meijers J, Halfens R. Retrospective study of pressure ulcer prevalence in Dutch general hospitals since 2001. J Wound Care. janv 2011;20(1):18, 20-5.

24. Børsting TE, Tvedt CR, Skogestad IJ, Granheim TI, Gay CL, Lerdal A. Prevalence of pressure ulcer and associated risk factors in middle- and older-aged medical inpatients in Norway. J Clin Nurs. févr 2018;27(3-4):e535-43.

25. Moore Z, Johanssen E, van Etten M. A review of PU prevalence and incidence across Scandinavia, Iceland and Ireland (Part I). J Wound Care. juill 2013;22(7):361-2, 364-8.

26. Escarre-perse.com. Le coût humain et économique des escarres [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: http://www.escarre-perse.com/escarres/archives-anciens-numeros/177-nd58-juin-2013-le-cout-humain-et-economique-des-escarres.html

27. Infirmiers.com. 2016. Les escarres, un véritable problème de santé publique [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: http://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/plaies-cicatrisations/escarres-plaie-pour-depenses-sante.html

28. Nestrigue C, Or Z. Estimation du surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital en France. :30.

29. Snitem.fr. L rôle clé des DM dans les soins à domicile [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: https://www.snitem.fr/sites/default/files/ckeditor/03_alcimed_v_genet_5_nov_2015.pdf

30. Demarré L, Van Lancker A, Van Hecke A, Verhaeghe S, Grypdonck M, Lemey J, et al. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. International Journal of Nursing Studies. 1 nov 2015;52(11):1754-74.

31. Demarré L, Verhaeghe S, Annemans L, Van Hecke A, Grypdonck M, Beeckman D. The cost of pressure ulcer prevention and treatment in hospitals and nursing homes in Flanders: A cost-of-illness study. Int J Nurs Stud. juill 2015;52(7):1166-79.

32. Escarre. /data/revues/01519638/0130SUP10/15/ [Internet]. 29 avr 2008 [cité 2 juin 2019]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/154390

33. Escarres - Troubles dermatologiques [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/escarres/escarres

34. Escarre.fr : Physio-pathologie - L'hypoxie tissulaire [Internet]. [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: http://www.escarre.fr/plaie/physio-pathologie/hypoxie-tissulaire.php

35. HAS. Conférence de consensus Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé.pdf [Internet]. [cité 30 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Escarres_court.pdf

36. Escarre-perse.com. Synthèse des recommandations pour la prise en charge des patients à risque et/ou porteurs d'escarres par consensus formalisé d'experts Perse en partenariat avec la Sfgg, la Sofmer et avec la participation de la Sffpc.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: http://www.escarre-perse.com/congres/2013/syntheses_recommandations_perse2013.pdf

37. Plaies Canada. International Review Pressure ulcer prevention pressure shear friction and microclimate in context - Wounds International [Internet]. [cité 30 juin 2019]. Disponible sur: https://www.woundsinternational.com/resources/details/international-review-pressure-ulcer-prevention-pressure-shear-friction-and-microclimate-context

38. Netgen. Personne âgée et escarres : prévention et traitement [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 30 juin 2019]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-364/Personne-agee-et-escarres-prevention-et-traitement

39. Gefen A, Farid KJ, Shaywitz I. A review of deep tissue injury development, detection, and prevention: shear savvy. Ostomy Wound Manage. févr 2013;59(2):26-35.

40. Escarre.fr : Patiens concernés - La dénutrition [Internet]. [cité 30 juin 2019]. Disponible sur: http://www.escarre.fr/plaie/patients-concernes/denutrition.php

41. Escarre.fr : Patiens concernés - Problèmes cardiaques ou vasculaires [Internet]. [cité 30 juin 2019]. Disponible sur: http://www.escarre.fr/plaie/patients-concernes/problemes-cardiaques.php

42. Allo docteurs. 2011. Le diabète est-il un facteur de risque d'escarres ? [Internet]. [cité 30 juin 2019]. Disponible sur: https://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-le-diabete-est-il-un-facteur-de-

risque-d-escarres-_5316.html

43. Gould LJ, Bohn G, Bryant R, Paine T, Couch K, Cowan L, et al. Pressure Ulcer Summit 2018: An Interdisciplinary Approach to Improve Our Understanding of the Risk of Pressure-Induced Tissue Damage. Wound Repair Regen. 23 mai 2019;

44. Escarre.fr : Patiens concernés - Incontinence et macération [Internet]. [cité 1 juill 2019]. Disponible sur: http://www.escarre.fr/plaie/patients-concernes/incontinence-maceration.php

45. Fontaine J, Senet P, Meaume S. Publications scientifiques sur les escarres, quoi de neuf en 2008 ? //www.em-premium.com/data/revues/00380814/00540732/35/ [Internet]. 20 mars 2009 [cité 1 juill 2019]; Disponible sur: http://www.em.premium.com/article/206151/resultatrecherche/1

46. Moiziard A-S, Saint-Léger A-S de, Meaume S. pratique soignante - Les complications des escarres. //www.em-premium.com/data/revues/00380814/00540732/45/ [Internet]. 20 mars 2009 [cité 1 juill 2019]; Disponible sur: http://www.em.premium.com/article/206153/resultatrecherche/5

47. Aurelien D. Complications infectieuses des plaies chroniques « Regards croisés » sur les traitements. :42.

48. Masson R, Reynaud C, Brunel A-S, Morquin D, Trial C, Herlin C, et al. Plaies chroniques compliquées d'infection ostéo-articulaire. Stratégies dianostiques et thérapeutiques. Plaies et Cicatrisation. 8 juill 2015;

49. Inter-rater reliability and Waterlow's pressure ulcer risk assessment tool. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: https://www-ncbi-nlm-nih-gov.sirius.parisdescartes.fr/pubmed?term=inter-rater%20reliability%20and%20waterlow%20pressure%20ulcer%20risk%20assessment%20tool.&cmd=correctspelling

50. Bradenscale.pdf [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: http://bradenscale.com/images/bradenscale.pdf

51. ARS Ile-de-France. Sauve ma peau, maîtriser le risque escarre [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sauve-ma-peau-maitriser-le-risque-escarre

52. Avantages et limites de l'utilisation des echelles pour l'évaluation et la prévision des risques d'escarres. [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: http://www.santeservicelimousin.fr/telechargement/fred_escarres_synthese

53. Pressure ulcers: effectiveness of risk-assessment tools. A randomised controlled trial (the ULCER trial) | BMJ Quality & Safety [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: https://qualitysafety-bmj-com.sirius.parisdescartes.fr/content/20/4/297.long

54. Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers - Moore, ZEH - 2019 | Cochrane Library [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: https://www-cochranelibrary-com.sirius.parisdescartes.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006471.pub4/full

55. Do risk assessment scales for pressure ulcers work? - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: https://www-ncbi-nlm-nih-gov.sirius.parisdescartes.fr/pubmed/20036124

56. Supplementing the Braden scale for pressure ulcer risk among medical inpatients: the contribution of self-reported symptoms and standard laboratory tests - Skogestad - 2017 - Journal of Clinical Nursing - Wiley Online Library [Internet]. [cité 3 juill 2019]. Disponible sur: https://onlinelibrary-wiley-com.sirius.parisdescartes.fr/doi/full/10.1111/jocn.13438

57. Référentiel «Prévention et prise en charge des escarres» [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: http://oncologik.fr/referentiels/oncolor/prevention-et-prise-en-charge-des-escarres

58. Quel-pansement pour quelle plaie 2015.pdf [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: https://www.ch-millau.fr/wp-content/uploads/2015/04/05-Quel-pansement-pour-quelle-plaie-2015.pdf

59. . Escarre.fr : Les différentes escarres - Classifications anatomiques et cliniques [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: http://www.escarre.fr/plaie/differentes-escarres/classifications-anatomiques.php

60. NPUAP-EPUAP-PPPIA-CPG-2017.pdf [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: http://www.internationalguideline.com/static/pdfs/NPUAP-EPUAP-PPPIA-CPG-2017.pdf

61. Callanquin J, Camuzeaux C, Labrude P. Le matériel de maintien à domicile: avec cas pratiques et exercices [Internet]. 2011 [cité 6 juill 2019]. Disponible sur: https://nls.ldls.org.uk/welcome.html?ark:/81055/vdc_100052771814.0x000001

62. Escarre.fr : Les différentes escarres - Répartition des escarres [Internet]. [cité 6 juill 2019]. Disponible sur: http://www.escarre.fr/plaie/differentes-escarres/localisation-repartition.php

63. Battu V. Escarres, conditions d'une bonne démarche préventive. Actualités Pharmaceutiques. 1 mai 2018;57(576):57-9.

64. Lutter contre les causes de survenue des escarres. Revue Francophone de Cicatrisation. 1 juill 2017;1(3):9.

65. Bennett G, Dealey C, Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. Age Ageing. 1 mai 2004;33(3):230-5.

66. Massothérapie pour prévenir les plaies de pression [Internet]. [cité 15 juill 2019]. Disponible sur: /fr/CD010518/massotherapie-pour-prevenir-les-plaies-de-pression

67. Dispositifs médicaux d'aide à la prévention et d'aide au traitement des escarres (avis de projet de nomenclature & cahier des charges techniques) - CNEDIMTS du 22 décembre 2009 (1684) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 10 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_901641/fr/dispositifs-medicaux-d-aide-a-la-prevention-et-d-aide-au-traitement-des-escarres-avis-de-projet-de-nomenclature-cahier-des-charges-techniques-cnedimts-du-22-decembre-2009-1684

68. López M, Jiménez JM, Fernández M, Martín B, Cao MJ, Castro MJ. Relationship between pressure ulcer risk based on Norton Scale and on the « Eating/Drinking » need assessment. J Nurs Manag. janv 2019;27(1):117-24.

69. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée

[Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 10 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_546549/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denutrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee

70. Roberts S, Chaboyer W, Desbrow B. Nutrition care-related practices and factors affecting nutritional intakes in hospital patients at risk of pressure ulcers. J Hum Nutr Diet. août 2015;28(4):357-65.

71. Taylor C. Importance of nutrition in preventing and treating pressure ulcers. Nurs Older People. 30 juin 2017;29(6):33-9.

72. Masson E. Rôle des diététiciennes dans la prise en charge des patients porteurs d'escarre : un exemple de collaboration à l'hôpital Rothschild (AP-HP) [Internet]. EM-Consulte. [cité 10 juill 2019]. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/1102667/role-des-dieteticiennes-dans-la-prise-en-charge-de

73. Langer G, Fink A. Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2014 [cité 10 juill 2019];(6). Disponible sur: http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003216.pub2/full/fr

74. Le Gall M, Matecki S, Agdeppa É, Lacampagne A, Teot L. Les supports de prévention et de traitement des escarres. Revue Francophone de Cicatrisation. juill 2017;1(3):15-9.

75. PU Guidelines – EPUAP [Internet]. [cité 11 juill 2019]. Disponible sur: http://www.epuap.org/pu-guidelines/

76. Yusuf S, Okuwa M, Shigeta Y, Dai M, Iuchi T, Rahman S, et al. Microclimate and development of pressure ulcers and superficial skin changes. Int Wound J. févr 2015;12(1):40-6.

77. Escarres_AFSOS.pdf [Internet]. [cité 12 juill 2019]. Disponible sur: http://www.afsos.org/wp-content/uploads/2016/09/Escarres_AFSOS.pdf

78. Escarre.fr : Matelas et surmatelas - Mixte : mousse + eau ou air [Internet]. [cité 12 juill 2019]. Disponible sur: http://www.escarre.fr/support-position-mobilisation/matelas/sscia-mixte.php

79. McInnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer S, Dumville J, Cullum N. Preventing pressure ulcers--Are pressure-redistributing support surfaces effective? A Cochrane systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. mars 2012;49(3):345-59.

80. McInnes E, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SE, Dumville JC, Middleton V, Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2015 [cité 12 juill 2019];(9). Disponible sur: http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001735.pub5/full

81. Shi C, Dumville JC, Cullum N. Support surfaces for pressure ulcer prevention: A network meta-analysis. PLOS ONE. 23 févr 2018;13(2):e0192707.

82. Support Surface Standards Initiative (S3I) - National Pressure Ulcer Advisory Panel [Internet]. [cité 12 juill 2019]. Disponible sur: https://npuap.org/page/S3I

83. Faucher N, Gross A, Lahaye C, Sanchez M. Place des pansements dans la prévention des escarres. Revue Francophone de Cicatrisation. 1 janv 2019;3(1):34-7.

84. Rôle des pansements dans la prévention des escarres [Internet]. [cité 15 juill 2019]. Disponible sur: https://elevate-assets.s3.amazonaws.com/tools/files/25/original/wuwhs_role_pansements-prevention_escarres.pdf

85. Huang L, Woo KY, Liu L-B, Wen R-J, Hu A-L, Shi C-G. Dressings for Preventing Pressure Ulcers: A Meta-analysis. Adv Skin Wound Care. juin 2015;28(6):267-73.

86. Dutra R a. a., Salomé G m., Alves J r., Pereira V o. s., Miranda F d., Vallim V b., et al. Using transparent polyurethane film and hydrocolloid dressings to prevent pressure ulcers. J Wound Care. 2 juin 2015;24(6):268-75.

87. Dutra R a. A, Salomé GM, Leal LMF, Alves MG, Moura JP, Silva AT, et al. Cost comparison of pressure ulcer preventive dressings: hydrocolloid dressing versus transparent polyurethane film. J Wound Care. 2 nov 2016;25(11):635-40.

88. Moore ZE, Webster J. Dressings and topical agents for preventing pressure ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 06 2018;12:CD009362.

89. Clark M, Black J, Alves P, Brindle C, Call E, Dealey C, et al. Systematic review of the use of prophylactic dressings in the prevention of pressure ulcers. Int Wound J. oct 2014;11(5):460-71.

90. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel (U.S.), Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. 2014.

91. Polyurethane Foam Dressings for Pressure Ulcers Final.pdf [Internet]. [cité 15 juill 2019]. Disponible sur: https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2017/RC0866%20Polyurethane%20Foam%20Dressings%20for%20Pressure%20Ulcers%20Final.pdf

92. Faure C. Actualités sur les recommandations relatives aux dispositifs médicaux du traitement des plaies aigües et chroniques. Revue Francophone de Cicatrisation. 1 janv 2017;1(1):43-5.

93. Barateau M, Jousselin C, Benbrik M, Rougier C. Le rôle de l'aide-soignant(e) dans la prévention des escarres. Revue Francophone de Cicatrisation. 1 juill 2017;1(3):20-3.

94. Lafont DC. Traitement des escarres. :60.

95. Prévention de l'escarre - Sanyrène - Traitement [Internet]. [cité 17 juill 2019]. Disponible sur: http://www.prevention-escarre.fr/index.php?page=traitement

96. Meaume S, Faure C. Pansements de la détersion. Revue Francophone de Cicatrisation. 1 janv 2019;3(1):14-9.

97. Escarre infectee [Internet]. [cité 20 juill 2019]. Disponible sur: http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/desc/2018/avril-2018/cc2-escarre-rverdon17-4-2018.pdf

98. Ayestaray B, Martin A, Maladry D, Gaucher S, Philippe H-J. Prise en charge des escarres infectées. Revue Francophone de Cicatrisation. 1 juill 2017;1(3):28-31.

99. Reddy M, Gill SS, Wu W, Kalkar SR, Rochon PA. Does this patient have an infection of a chronic wound? JAMA. 8 févr 2012;307(6):605-11.

100. Les pansements : Indications et utilisations recommandées - Fiche BUTS [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 20 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1438004/fr/les-pansements-indications-et-utilisations-recommandees-fiche-buts

101. Traitement anti-infectieux des escarres [Internet]. [cité 20 juill 2019]. Disponible sur: http://www.cclin-arlin.fr/nosopdf/doc10/0029009.pdf

102. MacGregor L. Du bon usage de pansements à l'argent dans les soins des plaies. Consensus d'un groupe de travail d'experts. International Wounds. :24.

103. Boucher F, Château J, Ferry T, Laurent F, Chidiac C, Valour F. Diagnostic de l'infection d'une plaie chronique et principes de traitement. Revue Francophone de Cicatrisation. 1 avr 2017;1(2):15-22.

104. Escarre.fr : Cas de la plaie malodorante - L'odeur permanente [Internet]. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: http://www.escarre.fr/soins-plaie/pansement/odeur-permanente.php

105. Angel C. Comment prévenir et traiter les escarres chez une personne alitée en 2017? :210.

106. Escarre.fr : Douleur : enquête soignants - Analyse globale [Internet]. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: http://www.escarre.fr/soins-plaie/douleur/analyse.php

107. Tendayoudabany S, Sigal M-L. Pansement de plaies en dermatologie : sa douleur et sa reconnaissance. Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement. Juin 2019;20(3):117-22.

108. Costes P. Escarre et douleur. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique. 1 janv 1998;41(6):323-4.

109. Actes de prise en charge de plaies complexes à l'aide d'un appareil de traitement par pression négative [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2609361/fr/actes-de-prise-en-charge-de-plaies-complexes-a-l-aide-d-un-appareil-de-traitement-par-pression-negative

110. Nicodème M, Trial C. M14 - TPN pour les nuls. Revue Francophone de Cicatrisation. 1 janv 2017;1(1, Supplement):24.

111. Trouver un professionnel de santé Médecin généraliste dans le département Seine-Saint-Denis [Internet]. [cité 4 août 2019]. Disponible sur: http://annuairesante.ameli.fr/trouver-un-professionnel-de-sante/medecin-generaliste/93-seine-saint-denis

112. Medecin generaliste en Seine-saint-denis [Internet]. [cité 4 août 2019]. Disponible sur: https://www.pagesjaunes.fr/recherche/departement/seine-saint-denis-93/medecin-generaliste

113. Etat des lieux deparmental- Ars [Internet]. [cité 4 août 2019]. Disponible sur:

http://www.iledefrance.paps.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/PAPS/PDSA_Medecins/CCR/CCR2019_93_SEINE-SAINT-DENIS.pdf

114. Ordre des Médecins du 93 [Internet]. [cité 4 août 2019]. Disponible sur: http://www.cdom93.fr/

115. Nombre de médecins dans le département de la Seine-Saint-Denis - Guide des démarches [Internet]. [cité 6 oct 2019]. Disponible sur: http://www.guidedesdemarches.com/REGION/nombre-medecins-93.htm

116. Vilanova J. LA DEMOGRAPHIE DES MEDECINS -. :51.

117. Baumgarten M, Margolis DJ, Selekof JL, Moye N, Jones PS, Shardell M. Validity of pressure ulcer diagnosis using digital photography. Wound Repair and Regeneration. 2009;17(2):287-90.

118. Dossier : La dénutrition des personnes âgées [Internet]. Institut Danone. [cité 9 oct 2019]. Disponible sur: http://institutdanone.org/objectif-nutrition/la-denutrition-des-personnes-agees/dossier-la-denutrition-des-personnes-agees/

119. Le miel s'invite à l'hôpital : les pansements au miel dans la cicatrisation des plaies [Internet]. Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. 2018 [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: https://www.actusoins.com/300733/le-miel-sinvite-a-lhopital.html

120. Meyer D, Bureau J-M, Tri DV. Index de pression systolique et médecine de ville : motivation, formation, mesure et valorisation de l'acte. Enquête auprès d'un échantillon de 165 médecins généralistes d'Île-de-France. /data/revues/03980499/v39i1/S0398049913003582/ [Internet]. 1 févr 2014 [cité 14 oct 2019]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/869524

121. Noble CL, Chérence G. Organisation des services de soins infirmiers à domicile. //www.em-premium.com/data/revues/17709857/v16i86/S1770985718301903/ [Internet]. 4 janv 2019 [cité 6 juill 2019]; Disponible sur: http://www.em.premium.com/article/1267930/resultatrecherche/515

122. Florence Noaillan - Rôles de l'infirmière libérale et du médecin généraliste dans le suivi des plaies chroniques : enquêtes menées en Charente en 2009-2010 - UPthÃ¨ses - Les thÃ¨ses en ligne de l'UniversitÃ© de Poitiers [Internet]. [cité 6 oct 2019]. Disponible sur: http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/8322

123. Gomez MF. Enquête sur la prise en charge des plaies chroniques en médecine de ville à Saint-Etienne. 30p Mémoire du Diplôme Universitaire Plaies et Cicatrisations : 2005. [Internet]. [cité 18 oct 2019]. Disponible sur: http://sffpc.org/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=111&id=21&Itemid=1000000000000

124. La place du Smartphone en soins primaires Avis de l'infirmier libéral sur l'utilisation et l'intérêt du Smartphone dans le suivi des plaies chroniques. Sébastien De Poorter [Internet]. [cité 19 oct 2019]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/3b5f2859-5d45-4212-898f-afab2024a328

125. Canali C, De Montgolfier S, Mohebi A, Harboun M. Satisfaction des médecins généralistes intégrés dans une équipe mobile gériatrique : une étude qualitative. NPG Neurologie - Psychiatrie -

Gériatrie. 1 févr 2016;16(91):53-8.

126. Léger P, Latger S, Creach F, Lapeyrade FF, Glatt N, Cor A, et al. Bilan d'un centre de cicatrisation. Revue Francophone de Cicatrisation. 1 janv 2017;1(1):60-3.

127. Coordination territoriale de cicatrisation [Internet]. Centre Hospitalier Argenteuil. [cité 20 oct 2019]. Disponible sur: https://www.ch-argenteuil.fr/docutheque/videos/coordination-territoriale-de-cicatrisation/

128. Téot L, Géri-Trial C, Lano J, Linet C, Cabrol M, Dompmartin A. Domoplaies : coordination des plaies complexes en télémédecine et fonctionnalités. Revue Francophone de Cicatrisation. 1 oct 2017;1(4):53-7.

129. Note de position 2019 pour une organisation « modèle » de la prise en charge des plaies par télémédecine.[Internet]. [cité 21 oct 2019]. Disponible sur: https://www.apmnews.com/documents/201901221530020.Note_de_Position2019_du_Collectif_e-sante_Plaies_et_Cicatrisations.pdf

Annexes :

-ANNEXE I : Échelle de Norton

-ANNEXE II : Échelle de Waterloo

-ANNEXE III : Échelle de Braden

-ANNEXE IV : Propriétés des pansements

-ANNEXE V : Pansement HAS 2001

-ANNEXE VI : Pansement HAS 2010

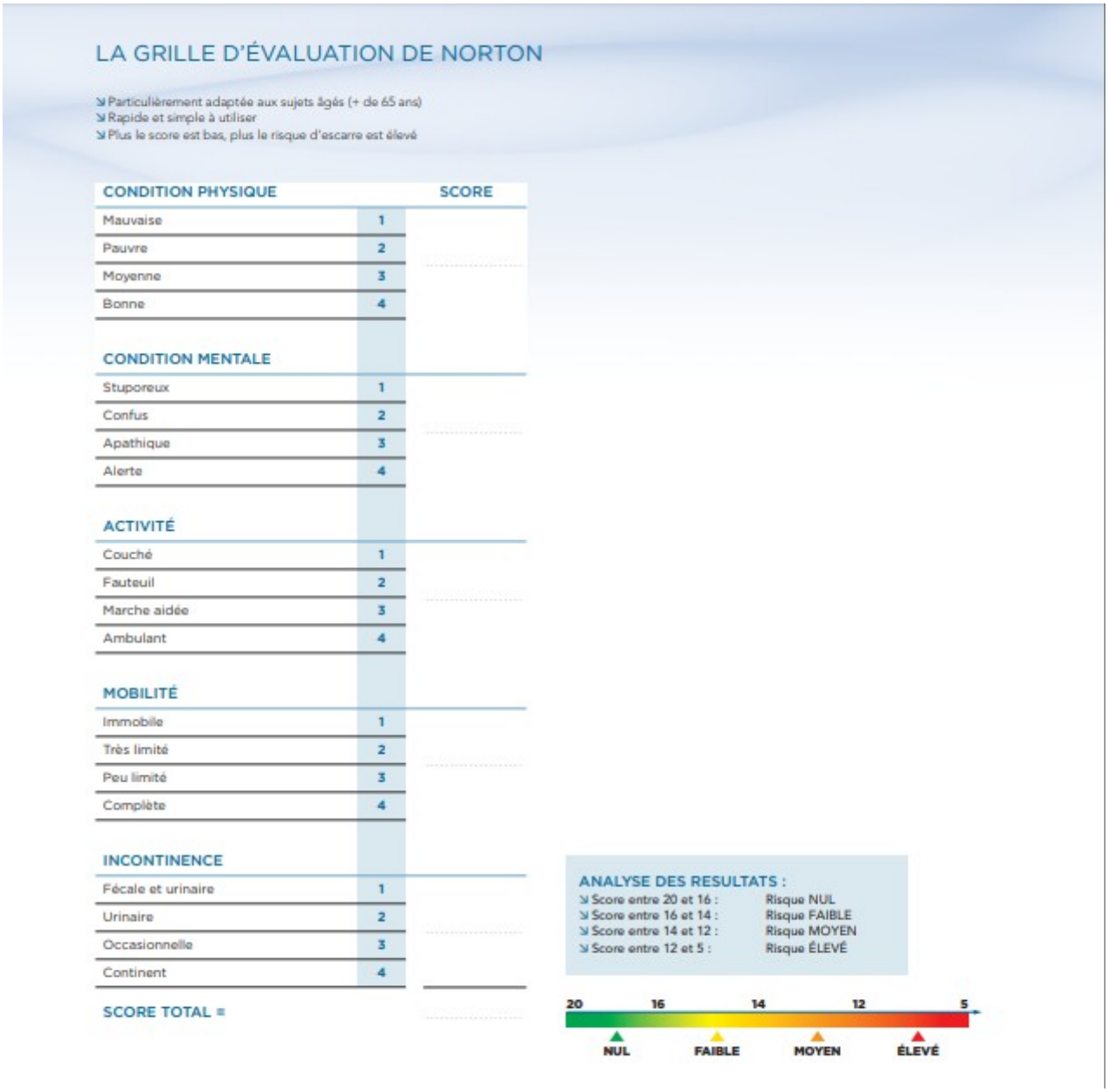
-ANNEXE VII : Lettre accompagnante du questionnaire

-ANNEXE VIII : Questionnaire

-ANNEXE IX : Commentaires généraux

-ANNEXE X : Titre et résumé de la thèse en anglais

ANNEXE I : ECHELLE DE NORTON



LA GRILLE D'ÉVALUATION DE NORTON

- Particulièrement adaptée aux sujets âgés (+ de 65 ans)
- Rapide et simple à utiliser
- Plus le score est bas, plus le risque d'escarre est élevé

CONDITION PHYSIQUE		SCORE
Mauvaise	1	
Pauvre	2	
Moyenne	3	
Bonne	4	
CONDITION MENTALE		
Stuporeux	1	
Confus	2	
Apathique	3	
Alerte	4	
ACTIVITÉ		
Couché	1	
Fauteuil	2	
Marche aidée	3	
Ambulant	4	
MOBILITÉ		
Immobile	1	
Très limité	2	
Peu limité	3	
Complète	4	
INCONTINENCE		
Fécale et urinaire	1	
Urinaire	2	
Occasionnelle	3	
Continent	4	
SCORE TOTAL =		

ANALYSE DES RESULTATS :

- Score entre 20 et 16 : Risque NUL
- Score entre 16 et 14 : Risque FAIBLE
- Score entre 14 et 12 : Risque MOYEN
- Score entre 12 et 5 : Risque ÉLEVÉ

Source : SYSTAM

ANNEXE II : ECHELLE DE WATERLOO

LA GRILLE D'ÉVALUATION DE WATERLOW

- Adaptée à toutes les situations, y compris à la réanimation
- Plus complète et plus précise
- Plus le score est haut, plus le risque d'escarre est élevé

ÂGE		SCORE
15 - 49	0	
50 - 64	2	
65 - 74	3	
75 - 80	4	
80 et +	5	

MOBILITÉ		
Complète	0	
Agité	1	
Apathique	2	
Restreinte	3	
Immobile / Traction	4	
Patient mis au fauteuil	5	

DÉFICIT NEUROLOGIQUE		
Aucune	1	
Diabète	2	
Sclérose en plaque	3	
AVC	4	
Déficit sensoriel	5	
Paraplégie	6	

MALNUTRITION DES TISSUS		
Aucune	0	
Tabagisme	1	
Anémie	2	
Insuffisance vasculaire périphérique	5	
Déficience cardiaque	5	
Cachexie terminale	8	

INCONTINENCE		
Totale / Sonde	0	
Occasionnellement incontinent	1	
Incontinence fécale / Sonde	2	
Incontinence double	3	

APPÉTIT		SCORE
Moyen	0	
Faible	1	
Alimentation par sonde gastrique uniquement	2	
A jeun, anorexique	3	

MÉDICAMENTS		
Aucun	0	
Cytotoxiques	1	
Corticoïdes	2	
Anti-inflammatoires	3	

SEXE		
Masculin	1	
Féminin	2	

CHIRURGIE / TRAUMATISMES		
Aucune	0	
Orthopédie, partie inférieure colonne	2	

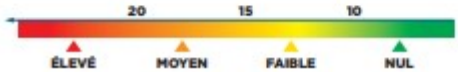
MASSE CORPORELLE		
Moyenne	0	
Au dessus de la moyenne	1	
Obèse	2	
Au dessous de la moyenne	3	

ASPECT VISUEL DE LA PEAU		
Saine	0	
Fine	1	
Sèche / Déshydratée	2	
Œdémateuse	3	
État inflammatoire	3	
Décolorée	3	
Écorchée / Boutons	3	

SCORE TOTAL =

ANALYSE DES RESULTATS :

- Score inférieur à 10 : Risque NUL
- Score entre 10 et 15 : Risque FAIBLE
- Score entre 15 et 20 : Risque MOYEN
- Score supérieur à 20 : Risque ÉLEVÉ



Source : SYSTAM

ANNEXE III : ECHELLE DE BRADEN



LA GRILLE D'ÉVALUATION DE BRADEN

- Adaptée à toutes les situations
- Rapide et simple à utiliser
- Plus le score est bas, plus le risque d'escarre est élevé

PERCEPTION SENSORIELLE		SCORE
Complètement limitée	1	
Très limitée	2	
Légèrement diminuée	3	
Aucune diminution	4	
HUMIDITÉ		
Constamment mouillé	1	
Humide	2	
Humidité occasionnelle	3	
Rarement humide	4	
ACTIVITÉ		
Alité	1	
Au fauteuil	2	
Marche occasionnellement	3	
Marche fréquemment	4	
MOBILITÉ		
Complètement immobile	1	
Très limitée	2	
Légèrement limitée	3	
Aucune limitation	4	
NUTRITION		
Très pauvre	1	
Probablement inadéquate	2	
Adéquate	3	
Excellente	4	
FRICTION CISAILLEMENT		
Problème présent	1	
Problème potentiel	2	
Aucun problème	3	
SCORE TOTAL =		

ANALYSE DES RESULTATS :

- Score entre 23 et 18 : Risque NUL
- Score entre 18 et 14 : Risque FAIBLE
- Score entre 14 et 10 : Risque MOYEN
- Score entre 10 et 6 : Risque ÉLEVÉ

Source : SYSTAM

ANNEXE IV : Propriétés des pansements selon l'HAS:

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

ANNEXE V : Indication des pansements selon l'état de la plaie par l'HAS en 2001.

ÉTAT DE LA PLAIE	TYPE DE PANSEMENT
Plaie anfractueuse	Hydrocolloïde pâte ou poudre Alginate mèche/hydrofibre mèche Hydrocellulaire forme cavitaire
Plaie exsudative	Alginate/hydrocellulaire Hydrofibre
Plaie hémorragique	Alginate
Plaie bourgeonnante	Pansement gras Hydrocolloïde Hydrocellulaire
Plaie avec bourgeonnement excessif	Corticoïde local * Nitrate d'argent en bâtonnet
Plaie en voie d'épidermisation	Hydrocolloïde Film polyuréthane transparent Hydrocellulaire, pansement gras
Plaie malodorante	Pansement au charbon

** Il serait souhaitable de disposer de pansements corticoïdes sans antibiotique*

ANNEXE VI : Indication des pansements selon l'état de plaie par l'HAS en 2010.

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

Situations cliniques spécifiques	Pansements recommandés
Peau fragile (maladies bulleuses)	Interfaces [5]
Prévention de l'infection (quelle que soit l'étiologie)	– [4]
Plaie infectée (quelle que soit l'étiologie)	– [4]
Plaie hémorragique (dont la prise de greffe)	Algostéril® (alginate)
Epistaxis et autres saignements cutanés et muqueux chez les patients ayant un trouble de l'hémostase	Coalgan®
Plaie malodorante (notamment cancers ORL, de la peau ou du sein)	Au charbon activé

2. Figurant dans l'arrêté du 16 juillet 2010 et, selon les cas, dans les avis de la Commission.
3. Plaies très exsudatives.
4. Aucun élément ne permet de recommander dans ce cas un type particulier de pansement.
5. Mepitel®, Urgotul®, Altreet®, Physiotulle® et Hydrotul® (arrêté du 16 juillet 2010).
6. Les pansements vaselinés sont largement utilisés et figurent sur la LPPR malgré l'absence de données de haut niveau de preuve démontrant leur efficacité.

ANNEXE VII : Lettre explicative jointe au questionnaire.

MAHA MADALY Houssene
Interne DES de medecine générale Paris V
[redacted]
9999999999999999

le 01/06/2018

Objet : Questionnaire **Thèse** : Traitement des **escarres** en ambulatoire par le **médecin généraliste** dans le département de Seine-Saint-Denis.

Cher (e) Confrère,

Dans le cadre de ma thèse, je réalise un travail sur l'évaluation de la prise en charge globale des escarres par le médecin généraliste dans le département de Seine-Saint-Denis.

L'escarre est un **problème fréquent** notamment chez les sujets âgés et nécessitant une prise en charge multidisciplinaire or ce sujet n'est pas suffisamment abordé au cours de nos études et en ville, sa prise en charge reste difficile.

Le but de ce travail est d'**évaluer les connaissances** sans les juger et de connaître le rôle que joue actuellement le médecin généraliste dans cette pathologie et d'évaluer éventuellement **les besoins** nécessaires en ambulatoire afin d'optimiser sa prise en charge.

Le questionnaire est totalement **anonyme** et ne vous prendra que **3 minutes.**
Vous trouverez **le lien** ci-dessous et vous remercie d'avance de l'attention que vous portez à ce travail. Veuillez bien **respecter les minuscules et majuscules.**
N'oubliez pas de **cliquer sur « envoyer » à la fin** du questionnaire pour le valider.

https://goo.gl/forms/Bg3YxP4hxadUuVC03

Si vous n'avez **pas** d'accès **internet**, vous pourrez toujours me retourner le **questionnaire papier** dans l'**enveloppe retour** ci-joints.

Par ailleurs, si vous souhaitez être informé des résultats ou me faire part de vos commentaires, vous pouvez me contacter par mail ou directement sur le questionnaire de manière anonyme.

Confraternellement.

MAHA MADALY Houssene.
Interne DES de médecine générale Paris V
[redacted]fr

ANNEXE VIII :

QUESTIONNAIRE.

1/Données Épidémiologiques :

- Votre âge :.....
- Votre sexe :
  - ☐ Homme
  - ☐ Femme
- Date d'installation :.....
- Dans le cadre de la formation continue, avez-vous suivi une formation sur les escarres ?
  - ☐Oui
  - ☐Non

  Si oui, date et type de la formation :.....
- Estimation du nombre de patients suivis sur un an pour une escarre :
  - ☐< Vingtaine
  - ☐ >Vingtaine

2/Prise en charge des escarres :

a)Concernant le diagnostic et la prévention :

- Pour vous, est-ce qu'une rougeur persistante du talon est une escarre ?
  - ☐Oui
  - ☐Non
- L'incontinence urinaire et fécale sont des facteurs de risques d'escarre ?
  - ☐Oui
  - ☐Non
- Prescrivez-vous des supports de prévention d'escarres chez les patients à risque ?
  - ☐Oui
  - ☐Non

  → Si votre réponse est non, pour quelles raisons ?
  - ☐Connaissance insuffisante sur l'indication et/ou modalité de prescriptions
  - ☐Mise en place contraignante au domicile
  - ☐Pas d'intérêt pour vous
  - ☐Autres :.....

- Évaluez-vous l'état nutritionnel de vos patients à risque ou porteurs d'escarres ?
  - ☐Oui
  - ☐Non
- Comment suivez vous l'état nutritionnel ?
  - ☐Évolution du poids
  - ☐Dosage des marqueurs biologiques
  - ☐A vue d'œil, en fonction de l'état général
  - ☐Autres :.....
- Que faites-vous en cas de de dénutrition ?
  - ☐Adaptation des repas
  - ☐Prescription de compléments nutritionnels
  - ☐Vous faites appel à une nutritionniste
  - ☐Autres :

c)Concernant le traitement ?

- Prescrivez-vous un massage sur une rougeur persistante d'une zone d'appui ?
  - ☐Oui
  - ☐Non

- Si l'infirmière vous demande, quels produits doit-elle utilisés pour« nettoyer » l'escarre, lesquels vous semblent adaptés ?
  - ☐Eau de robinet ☐Alcool
  - ☐Sérum physiologique ☐Dakin
  - ☐Eau stérile ☐Biseptine

- Quel(s) pansement(s) proposez-vous pour assurer le bourgeonnement et la ré-épidermisation ?
  - ☐Hydrocolloide ☐Alginate
  - ☐Hydrocellulaire ☐Autres :.....
  - ☐Hydrogel

- Devant une escarre nécrotique au niveau du pied, vous semble-t-il utile de faire autre chose que l'inspection de la lésion avant de faire vos prescriptions de traitement ?
  - ☐Oui
  - ☐Non

  Si oui, que faites-vous :.....
- Le contrôle de la douleur de l'escarre est-elle une problématique fréquente que vous rencontrez ?
  - ☐Oui
  - ☐Non

- Quel type de prémédication antalgique utilisez-vous pour les soins?
  - ☐ Pas besoin, elle est contrôlée par les antalgiques quotidien du patient
  - ☐ Vous utilisez uniquement des antalgiques de palier 1 ou 2
  - ☐ Vous utilisez des antalgiques jusqu'au palier 3
  - ☐Difficile de mettre en place une prémédication avant les soins

- Concernant la prise en charge initiale de l'escarre, quelles sont vos difficultés ?
  - ☐Détermination du pansement en fonction du type de plaie
  - ☐Mise en place des supports de prévention
  - ☐Évaluation de l'état nutritionnel
  - ☐Évaluation de la douleur
  - ☐Soutien psychologique du patient
  - ☐Information de la famille
  - ☐Être seul

d)Coordination :

- Avez-vous des coordonnées d'infirmiers ?
  - ☐Oui
  - ☐Non
- Avez-vous des coordonnées de Service de soins à domicile (SSIAD) ?
  - ☐Oui
  - ☐Non

- Pour le traitement de l'escarre, quelle responsabilité laissez-vous à l'infirmier ?
  - ☐Aucune, elle suit votre ordonnance
  - ☐Partielle, vous vous concertez pour le choix du traitement
  - ☐Totale, elle utilise le protocole de son choix

- A quelle fréquence réalisez-vous les visites pour le suivi des escarres ?
  - ☐Une fois tous les 10 jours
  - ☐Une fois entre 10 jours et 1 mois
  - ☐Au-delà d'une fois par mois

- Comment réalisez-vous le suivi de la plaie ?
  - ☐Vous seul
  - ☐Sur appel descriptif de l'infirmier

- ☐ Sur appel descriptif de la famille
- ☐ Via un moyen de communication visuelle avec l'infirmier
- ☐ Via un moyen de communication visuelle avec la famille
- ☐ Autres :.....

- En l'absence d'évolution favorable, que faites-vous ?
  - ☐ vous adressez à un spécialiste de ville :.....
  - ☐ vous adressez à l'Hôpital, service :.....
  - ☐ Vous demandez avis à un confrère généraliste plus habitué à la gestions des plaies
  - ☐ Autres :.....

- Concernant le suivi de l'escarre, quelles sont vos difficultés ?
  - ☐ Prise en charge en cas de complication
  - ☐ Indication à une chirurgie
  - ☐ Trouver un infirmier
  - ☐ Coordination avec l'infirmier
  - ☐ Trouver un référent spécialiste (médecin ou infirmier)
  - ☐ Autres :.....

- De façon générale, êtes-vous à l'aise pour la prise en charge des escarres ?
  - ☐ Oui ☐ Plutôt non
  - ☐ Plutôt oui ☐ Non
- Aimeriez-vous avoir une journée de formation spécifique sur le sujet ?
  - ☐ Oui
  - ☐ Non
- Aimeriez-vous avoir une équipe mobile de gériatrie ambulatoire qui se déplacerait en cas de difficultés sur la prise en charge ?
  - ☐ Oui
  - ☐ Non

Commentaires généraux:

ANNEXE IX : Commentaires généraux.

C: Je suis gériatre également.

C: Problématique des soins exclusifs à domicile chez patient souvent grabataire et peu compliant ayant tendance à s'abandonner, à se laisser aller et laisser les autres régler le problème.

C: Méthode incorrecte, téléphonez au préalable.

C: Bon courage et que les escarres ne vous coupent pas les pattes. Bien Confraternellement.

C: Essayer de dépister dès le début si possible pour éviter des soins très longs. A domicile pas toujours facile de mobiliser les patients (pas de passage dans la journée).

C: Patientèle jeune.

C: Bon courage pour votre thèse.

C: Je suis installé dans le 93, mais travaille en MDR dans le 95 où la prise en charge n'a rien à voir. Bonne thèse, Cordialement.

C: Orientation aussi fonction des pathologies à l'origine de l'escarre souvent terrain multi-pathologique, bon courage!

C: Nous sommes surtout débordés, ce qui ne facilite pas le prise en charge des patients.

C: Prise en charge difficile à domicile car la famille n'est pas présente et impliquée. Prise de RDV en hospitalisation difficile.

C: Diminution nette du nombre d'escarres entre mon installation et aujourd'hui.

C: Ma patientèle est jeune, je suis peu concernée.

C:Le plus important est de trouver un moyen d'éviter l'appui sur la zone d'escarre (cheville de décharge du talon, lit avec matelas à bordures + compresseurs). Bon courage pour votre thèse, Cordialement.

C: Aucune difficulté par la prise en charge d'une escarre. Bon courage pour votre thèse.

C: Globalement nette diminution du nombre d'escarres par rapports aux années antérieures à 2000.

C: Je n'ai pas d'escarre dans la patientèle actuellement et en voit très rarement.

C: Actuellement, je n'ai aucun patient présentant des escarres. Pour moi, les escarres sont

rares. Bonne chance pour la thèse.

C: La prévention est le meilleur traitement. En cas d'aggravation, il faut demander l'avis d'un spécialiste assez rapidement.

C: Trop tard, trop épuisé et débordé, ce serait mieux pendant les études de médecine d'avoir des cours qui collent réellement à nos pratiques quotidiennes.

C: De formation IDE au départ, j'ai vu l'évolution des techniques et matériels des soins et des pansements. Sur ma région, SSIAD et réseau IDE à domicile très solidaires.

C: Consultation spécialisée et hôpital à disposition. Les escarres doivent être soignées à plusieurs et non seul.

C: Je n'ai pas beaucoup d'expérience concernant la prise en charge des escarres, j'ai une patientèle plutôt jeune.

C: Une formation interactive à la demande du soignant serait utile avec des photos.

C: Coordination avec une infirmière indispensable, difficile à trouver un rendez-vous rapide avec un spécialiste lorsque les choses se dégradent.

C: Peu de patients atteints de cette complication depuis longtemps en pratique. Bonne prise en charge des IDE en villes sur le 2-3 décennies.

C: Les escarres étaient sur des personnes à mobilités réduites, c'est à nous les généralistes, les seuls qui se déplacent à domicile de se débrouiller tout seul ou faire hospitaliser, ce qui est très difficile car les hospitalisations ne font aucune prévention d'escarres et donc à nous de réparer après.

C: Bais d’enquête: je suis gériatre temps partiel à l'hôpital. L'escarre ne doit pas être un problème fréquent chez la personne âgée (cf votre lettre d'introduction). Bonne thèse!

C: Mon avis est celui d'un médecin senior en cumul activité retraite et qui fait le moins possible de visites à domicile. Bravo pour ce questionnaire assez simple à remplir.

C: La pénurie de personnel soignant dans le 93 est un facteur aggravant des escarres.

C: Escarre nécessite une prise en charge rapide et régulière.

C: Dieu merci j'ai une équipe infirmière au top, qui gère du feu de dieu. L'hôpital me renvoie souvent les patients dans un état catastrophique et personne ne veut s'en charger.

C:Le temps nous manque dans ce genre de prise en charge car il y a souvent beaucoup d'autres problèmes associés.

ANNEXE X : Titre et résumé de la thèse en Anglais.

Title: What are the knowledge and practices of general practitioners for the care of pressure ulcer in the city of Seine-Saint-Denis?

Summary :

Introduction:
The pressure ulcer is a frequent problem in the hospital but also in primary care and has many complications.

Goal of the study :
The objective of this study is to evaluate the overall knowledge of a cohort of physicians on the problem of pressure ulcer management at home and incidentally the analysis of the most unknown points and the most frequent practical problems.

Methods :
The data were collected using an anonymous questionnaire sent by post with an explanatory letter to the general practitioners of the city of Seine-Saint-Denis, to evaluate the four entities in the management of pressure ulcer, the diagnosis, the prevention, the treatment and the coordination of care.

Results:
122 practitioners responded to the survey. 82% of them did not have training in pressure ulcer.
There are some gaps in the diagnosis of pressure ulcers and the means of prevention are not used optimally, even if all professionals give great sensitivity to prevention.
Regarding the treatment, there are difficulties for the choice of dressing evoked by 70% of the general practitioners then they indicated the prescription of the supports, the management of pain, relationship difficulties with the patient. Support nutrition is the subject that remains best mastered by practitioners in the city.
Regarding the coordination, practitioners have trouble finding a specialist referee in case of complication.

Conclusion:
This work reveals an inventory of practices and problems of general practitioners of the city for the management of pressure ulcer. It exists several difficulties requiring training and the establishment of healthcare networks in the area.

Key words: "pressure ulcer", "general practitioner", "outpatient", "treatment", "Seine-Saint-Denis".

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
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.

Titre : Quelles sont les connaissances et les pratiques des médecins généralistes pour la prise en charge des escarres en ville dans le département de Seine-Saint-Denis ?

Résumé :

Introduction :
L'escarre représente un problème fréquent en structure hospitalière mais aussi en soins primaires et présente de nombreuses complications.

Objectif de l'étude :
L'objectif de l'étude est d'évaluer les connaissances globales d'une cohorte de médecins généralistes sur la problématique de la gestion des escarres au domicile et accessoirement l'analyse des points les plus méconnus et des problématiques pratiques les plus fréquentes.

Méthodes :
Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme envoyé par voie postale avec une lettre explicative aux médecins généralistes du département de Seine-Saint-Denis permettant d'évaluer les quatre entités de la prise en charge des escarres, le diagnostic, la prévention, le traitement et la coordination des soins.

Résultats :
122 praticiens ont répondu à l'enquête. 82% d'entre eux n'ont pas eu de formation sur les escarres.
Il existe quelques lacunes sur le diagnostic de l'escarre et les moyens de prévention ne sont pas utilisés de façon optimale, même si tous les professionnels accordent une grande sensibilité à la prévention.
Concernant le traitement, il existe des difficultés pour le choix de pansement évoqué par 70% des médecins généralistes puis sont indiqués la prescription des supports, la prise en charge de la douleur, les difficultés relationnelles avec le patient. La prise en charge nutritionnelle est le sujet qui reste le mieux maîtrisé par les praticiens du département.
Concernant la coordination, les praticiens ont du mal à trouver un référent spécialiste en cas de complication.

Conclusion :
Ce travail a permis d'établir un état des lieux des pratiques et des problématiques des médecins généralistes du département pour la prise en charge des escarres. Il existe plusieurs difficultés nécessitant une formation et la mise en place de réseaux dans le département.

Mots clés : « escarre », « médecin généraliste », « ambulatoire », « traitement », « Seine-Saint-Denis».

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06