

**MINIMUM REQUIS POUR ASSURER UN MAINTIEN A DOMICILE OU
UN RETOUR A DOMICILE DU PATIENT PORTEUR D'ESCARRE
Docteur G. BON et l'équipe de l'HAD de NANTES**

Introduction

L'enquête épidémiologique organisée par PERSE en 1998 dans le cadre de son congrès de St ETIENNE et portant sur la prévalence des escarres traitées à domicile a mis en évidence la grande fréquence de cette pathologie.

Les équipes soignantes à domicile sont donc confrontées pluriquotidiennement à ces problèmes de peau.

Dans notre structure d'HAD de la Région Nantaise, le profil des malades pris en charge a considérablement évolué depuis ces dernières années. Les patients qui nous sont confiés, sont de plus en plus dépendants, porteurs de pathologies lourdes, souvent en fin de vie, à la suite soit d'une pathologie cancéreuse ou sidéenne, soit d'une pathologie neurologique dégénérative plus ou moins terminale.

En 1998, les pathologies tumorales ont ainsi représenté 44% de notre activité, les pathologies neurologiques avec grande dépendance 11 %. Plus de la moitié de nos patients sont donc des sujets à très haut risque cutané et le plus souvent l'apparition d'une escarre signe une aggravation plus ou moins prévisible de la maladie.

Une prise en charge globale s'impose. Celle-ci nécessite la mise en place de procédures bien sûr adaptées aux types d'escarres, mais également adaptées aux spécificités du soin à domicile.

1 - Les spécificités du soin à domicile.

a - Le malade est dans son milieu

Il n'est plus "prisonnier" de la structure hospitalière. Il retrouve son environnement habituel, ses habitudes, ses repères, l'intimité de son foyer. Il va pouvoir décider, participer à son traitement, se libérer et se confier plus facilement. En corollaire, ses exigences sont accrues et notamment vis à vis de la qualité et des techniques de soins, vis à vis du traitement de la douleur, mais également vis à vis de la ponctualité des intervenants et la régularité dans leurs heures de passage.

b - La présence du milieu familial

Si l'escarre est mal vécue par le malade, elle l'est encore moins par le milieu familial. Le soignant doit apprendre à connaître cette structure familiale ou amicale afin d'évaluer le degré de souffrance psychologique et les besoins des personnes accompagnantes. Il doit repérer

chaque jour les signes d'épuisement. C'est une tâche difficile mais indispensable à une prise en charge correcte de l'escarre.

c - L'isolement du soignant

Il est "debout et seul" d'où la nécessité pour lui de créer et de mettre en place autour du patient une véritable équipe comprenant au moins : l'entourage du malade, l'infirmière et le médecin généraliste.

Cette équipe doit communiquer. C'est là un critère essentiel de la qualité de la prise en charge. Le soignant doit répondre à tous moments aux variations et à l'évolution de l'escarre dans le temps, et à la manière dont ces variations sont vécues par le malade et son entourage. Il doit également coordonner : la tenue d'un dossier de soins, d'une fiche de surveillance et de liaison avec mise à jour régulière de l'observation, description précise des lésions, sont des éléments fondamentaux permettant à chaque intervenant d'être informé de l'évolution des modifications et des réajustements de traitements tant de l'escarre elle-même que des autres symptômes. Infections, douleurs, etc.

d - Le caractère polyfactoriel de l'intervention du soignant

Il ne traite pas uniquement l'escarre. Il doit tenir compte des autres symptômes et pathologies présentés par le malade. Il doit notamment gérer la douleur, la souffrance y compris celles qui n'appartiennent pas à l'escarre. C'est l'approche globale et multidimensionnelle de la maladie.

II - Les modalités de prise en charge de l'escarre

L'existence ou l'apparition d'une escarre quelle que soit sa localisation ou son stade impose dès sa reconnaissance, la mise en place d'un certain nombre de modalités.

*a - Mise à la disposition du malade d'un matériel médico-hôtelier.
Nécessaire à son confort mais également à une bonne qualité des soins.*

- L'utilisation d'un lit médical à commandes électriques, à hauteur variable et avec relève buste permet deux sortes d'avantages :

La possibilité pour le malade lui-même sans intervention extérieure, d'effectuer son propre positionnement, de retrouver les positions antalgiques en accord bien sûr avec les nécessités imposées par le caractère impératif de la mise en décharge de l'escarre.

Pour le soignant l'utilisation de ce type de lit améliore les conditions de travail et donc de soins.

- Toujours dans le même souci de confort, les supports (matelas ou sur-matelas) seront l'objet d'une étude approfondie afin de procurer au patient, outre un maximum de confort, le meilleur outil de prévention ou de soins en fonction des facteurs de risques et du stade de l'escarre.

- La mise en place de mousses diverses, taillées et façonnées à la demande facilite outre la mise en décharge des zones à risque, la recherche des positions antalgiques.
 - Enfin, toutes autres aides techniques (potence, barres, etc.) permettant au malade une certaine autonomie dans ses mouvements et changements de position, sont étudiées au cas par cas.
- b - Mise au confort psychologique du patient et de son entourage.*

A côté de son rôle technique, l'équipe soignante (infirmières, aides soignantes, kinésithérapeutes) a un rôle éducatif fondamental. Tous doivent rassurer, expliquer afin qu'en dehors de leur présence, l'entourage ne soit pas totalement "perdu" et puisse "déclencher l'alarme suffisamment à temps". L'entourage peut apprendre à effectuer des gestes simples : techniques de retournement, passages de bassin afin d'éviter les problèmes de macérations liés à une incontinence, observation d'un comportement douloureux lors de certains mouvements, etc.

Le kinésithérapeute, partie intégrante de l'équipe, participe activement aux soins. En dehors des mesures de rééducation pure, il complète le travail de l'infirmière en participant au lever, au coucher, aux changements de position et à la mise en place des préventions supplémentaires.

Enfin la mise en place d'une aide ménagère peut être d'un apport considérable, permettant à l'entourage d'être délivré d'un certain nombre de tâches et permettant ainsi d'être non seulement plus présent auprès du patient, mais également lui donner la possibilité de prendre un petit peu de recul et de "s'aérer" lorsque les conditions psychologiques deviennent difficiles.

III - Mise en place d'une stratégie de prévention.

a- Identification et évaluation du risque

Cette identification et cette évaluation imposent la mise en place, dès le retour du malade à son domicile, d'un outil commun sous forme de grilles ou d'échelles qui vont donner aux équipes soignantes la possibilité d'établir très rapidement un score des risques. C'est à partir de ce score que pourront être mises en oeuvre des procédures spécifiques et appropriées de préventions ou de soins de l'escarre.

Le choix d'un tel outil n'est pas sans poser quelques problèmes dans le soin à domicile. Certes, de nombreuses échelles, qu'elles soient anglophones ou francophones, sont à notre disposition. Elles ont toutes leur intérêt mais s'adressent souvent à des populations plus ou moins ciblées de patients, porteurs de pathologies plus ou moins spécifiques. Ainsi une échelle s'adressant à des vieillards en long séjour ne serait être retenue en service de réanimation, et encore moins en service de pédiatrie ou pour une population de polytraumatisés la plus souvent jeune.

A domicile, la population de nos patients n'est généralement pas ciblée.

Nous recevons des malades de tous les âges, du plus jeune au plus âgé, porteurs de pathologies les plus diverses et le plus souvent multiples, qu'elles soient médicales, chirurgicales ou obstétricales.

Quelle échelle choisir ?

Denis COLIN disait un jour que " les meilleures grilles étaient peut-être celles que nous imaginions nous-mêmes ".

En fait à NANTES nous avons choisi la grille d'ANGERS parce qu'elle nous paraissait le plus en adéquation avec notre pratique.

Pourquoi cette grille ?

Tout d'abord elle a été adoptée par le groupe escarre du CHU de Nantes.

Ce groupe mis en place en septembre 98 réunit régulièrement médecins cadres infirmiers, IDE et kinésithérapeutes motivés par la prise en charge des escarres. Ce groupe travaille en réseau avec les filières de soins extra-hospitalières dont l'HAD de la région nantaise. Il était donc impératif de disposer tous du même outil, du même vocabulaire, du même langage.

De plus, cette grille élaborée par des spécialistes de médecine physique et de rééducation nous paraissait la plus en adéquation avec nos pratiques de soins à domicile. Elle compte en effet 7 items qui répartissent de façon équilibrée, les facteurs de risques intrinsèques et les facteurs de risques extrinsèques, ce qui va dans le sens du caractère polyfactoriel et polypathologique des actions de soins à domicile.

L'âge est par ailleurs pris en compte, alors qu'il ne l'est pas dans la plupart des cas des autres grilles, hormis la grille de Waterloo et la grille de Genève.

Les facteurs généraux sont également détaillés prenant en compte de nombreux paramètres en parfaite adéquation avec nos populations de patients.

b- Choix des supports

Il aurait été certainement très utile de disposer d'un arbre décisionnel concernant le choix de l'ensemble des supports.

Malheureusement à domicile nous devons nous contenter d'un minimum de choix, notamment en ce qui concerne les supports curatifs dont le prix de revient tant à l'achat, qu'en location constitue un obstacle majeur à leur utilisation.

De quoi pouvons-nous disposer à domicile ?

- En matière de prévention.

* **Les matelas de mousse, à plots, amovibles ou pas** (types APLOT ®, CLINIPLLOT ®, PREVENTIX ®, CLINIPLUS ® ...)

ont comme avantage un coût peu élevé, un remboursement au titre du TIPS. Ils sont facilement accessibles en ville et répartissent les pressions de façon honorable. Ils sont par contre d'entretien difficile mais de durée de vie limitée.

* **Les matelas et surmatelas à eau**

Assurent une bonne répartition des pressions sauf pour certains points d'appui, notamment les talons. Ils sont d'un coût peu élevé, d'entretien facile, mais lourds et encombrants, difficilement utilisables sur un lit électrique, et peuvent augmenter les problèmes de macération et de transpiration. Enfin, outre le risque de "mal de mer" et de crevaison, il faut penser au risque de refroidissement si le malade n'est pas alité en permanence. Néanmoins, ils sont d'utilisation très fréquente à domicile, du fait de leur coût peu élevé et de leur efficacité démontrée.

* **Les matelas à air statique** (type ROHO ® - SOF'CARE ® ...)

Ils assurent une bonne répartition des pressions et sont d'entretien facile. Ils sont par contre relativement chers et la pression de gonflage nécessite une bonne expérience de la part du soignant. Un gonflage inapproprié peut être particulièrement dangereux.

* **Les matelas à air alterné** (type ALTERNATING ® - DEBUT ® - ALPHAXCELL® ...)

sont remboursés au titre du TIPS. Ils sont facilement accessibles en ville, d'un prix raisonnable et d'installation facile. Les inconvénients sont, outre des risques de panne du compresseur, des risques de macération et de perforation.

- **En matière de soins curatifs**

Que ce soient des supports à aérosuspension, type CLINIMAT ® - NIMBUS ®, ou des supports à perte d'air - type KINAIR ® THERAPULSE ®, nous nous heurtons à des prix de revient trop élevés incompatibles avec les soins à domicile. Cependant, certaines caisses, notamment celle de Nantes, mettent à disposition, à titre gratuit dans le cadre des prestations extra-légales, des matelas de type CLINIMAT ® après justification écrite et argumentée de l'indication.

c - Elaboration d'une stratégie nutritionnelle

Les problèmes de nutrition sont unanimement reconnus par tous, comme facteurs importants dans l'histoire naturelle de l'escarre. La mise en place d'une stratégie nutritionnelle fait donc partie intégrante du minimum requis pour le traitement de l'escarre à domicile.

La plupart des patients en hôpital à domicile sont admis à la suite d'actes médicaux ou chirurgicaux lourds : intervention chirurgicale plus ou moins grave, cures de chimiothérapie facteurs de troubles digestifs parfois majeurs, sujets âgés parfois anorexiques plus ou moins en perte de repères, enfin patients pris en charge pour des soins palliatifs. Tous ou presque présentent des déficits nutritionnels qui imposent une évaluation de l'état nutritionnel, des apports alimentaires, des besoins et des mesures à apporter.

- L'évaluation de l'état nutritionnel

Repose sur des indicateurs cliniques et biologiques.

⇒ *Les indicateurs cliniques.*

* Le poids est relevé une fois par semaine. Une baisse de 5 à 10 % constitue un signe d'alarme majeur.

* L'index masse corporelle $(\frac{\text{poids}}{\text{taille}^2}) < 20$ constitue un sérieux indice de dénutrition.

* Les mesures anthropométriques.

Les mesures de la circonférence brachiale et du pli tricipital peuvent compléter l'examen clinique mais de réalisation plus difficile à domicile.

⇒ *Les indicateurs biologiques*

Ils constituent également une bonne approche dans le dépistage d'une dénutrition.

Deux protéines sont essentielles :

* L'albumine avec seuil d'alerte majeur au-dessous de 30g par litre.

* La pré-albumine dont la baisse en dessous de 150 mg par litre est également signe de gravité.

Les tests mesurant l'inflammation C.R.P. et orosomucoïde sont également d'excellents indicateurs permettant le calcul d'un index pronostic : le P.I.N.I. élaboré à partir du rapport :

$$\frac{\text{CRP (mg/l)} \times \text{Orosomucoïde (mg/l)}}{\text{Albumine (mg/l)} \times \text{Pré-albumine (mg/l)}}$$

ce rapport est pathologique à partir de 10 et signe de haute gravité au-dessus de 30.
Le suivi de ce rapport permet d'appréhender l'évolution de la dénutrition.

- L'évaluation des apports alimentaires

justifie la mise en place :

- * d'une fiche alimentaire
- * d'une fiche d'hydratation
- * d'une collaboration avec une diététicienne à chaque fois que cela sera nécessaire.

Il faut souligner à ce niveau le rôle essentiel des aides-soignantes et de l'entourage du malade qui participe à l'élaboration et à la prise des repas.

- Les besoins

sont maintenant bien codifiés.

Si le sujet est âgé, mais en état général cutané satisfaisant : 1800 ou 2000 calories par jour suffisent pour assurer une bonne prévention.

Si le sujet est dénutri ou porteur d'escarres : 2000 à 2500 calories par jour sont nécessaires, complétées par une hydratation suffisante 1.5 l d'eau par jour et plus en cas d'hyperthermie ou de grosses chaleurs.

Et dans la mesure du possible s'attacher à :

- * soigner la présentation des repas, les diversifier en fonction des goûts et des envies du patient

- * privilégier la voie orale

- * ne pas hésiter à enrichir le repas par l'apport de suppléments hyperprotidiques ou caloriques.

IV - Mise en place des procédures de soins proprement dites.

a - planification des soins en fonction des risques

Cette planification est indispensable dès la prise en charge d'une personne à risques. S'il n'existe pas d'escarre quelques actions sont indispensables pour les prévenir, s'il existe déjà une ou plusieurs lésions cutanées, ces actions sont le complément obligatoire du traitement proprement dit afin d'empêcher la multiplication d'autres lésions cutanées.

Quelles sont ces actions ?

1 - Observation du patient.

De façon au moins biquotidienne et complète à la recherche de la moindre lésion cutanée.

2 - Remplissage de la grille de facteurs de risque.

Selon un score évaluant le risque, le médecin et l'infirmière choisiront la stratégie de prévention.

3 - Mise en place immédiate de soins d'hygiène corporelle.

Toilette quotidienne et séchage de la peau afin d'éviter toute macération.

Maintien d'une literie sèche exempte de plis, de miettes, d'objets etc...

Maîtrise des incontinences.

4 - Surveillance des zones à risque toutes les 3 ou 4 heures.

Au niveau des zones de contention et des zones de pression.

Vérification systématique des points d'appuis.

Retournement toutes les 3 à 4 heures en décubitus dorsal semi-latéral droit et gauche (30° sauf contre-indication médicale)

Mise en décharge (gouttière percée, mousse...)

Effleurage avec un émoullient pour maintenir une bonne trophicité de la peau. Pas de massage, ni glaçon, ni sèche-cheveux.

Lever dès que possible.

Modifier la position assise au fauteuil toutes les 3 à 4 heures.

Eviter les cisaillements et les traumatismes lors des changements de position ou des transferts lit-fauteuil.

5 - Choix des supports adaptés.

6 - Surveillance de la nutrition et de l'état d'hydratation.

7 - Informations et éducation de la famille et du patient aux mesures préventives concernant les soins de peau.

b - le soin de l'escarre constituée.

La mise en place de protocoles de soins doit être immédiate dès l'apparition d'escarres. Ces protocoles sont fonction du stade de l'escarre, de l'unité ou de la multiplicité des lésions, de leur site, des pathologies associées et de leur retentissement.

- si les 4 stades classiques (rougeurs, désépidermisation, ulcération, nécrose) disposent de protocoles spécifiques, il faut savoir qu'au sein d'une même escarre peuvent coexister des lésions de stades différents et qu'en cas de lésions multiples, les escarres peuvent se présenter à des stades également différents. D'où la nécessité pour les soignants d'établir dès la première visite une description précise et très détaillée avec schéma et si possible photographies de l'ensemble des lésions.

- A ces 4 stades classiques, il faut ajouter les phases de cicatrisation et de bourgeonnement qui doivent bénéficier d'une surveillance et de soins adaptés.

- Les sites dangereux tels les sites trochantériens doivent faire l'objet d'une surveillance étroite. Leur traitement s'avère souvent chirurgical et trop attendre peut-être lourd de conséquence.

- Les pathologies associées et leur retentissement sont également des éléments importants dans la prise en charge de l'escarre. Ainsi les escarres de fin de vie, souvent inévitables ne seront pas traitées de la même manière qu'une escarre "accidentelle" chez un jeune médullolésé. Si dans ce dernier cas, les soins actifs sont impératifs, ils le sont beaucoup moins au stade de la fin de vie où l'on se limitera à des soins de confort dans la mesure où l'objectif n'est plus la guérison mais l'accompagnement et la mise au confort du malade et de son entourage.

- Ces mesures de soins proprement dites ne doivent pas faire oublier des mesures de prévention déjà citées. L'inspection régulière de la peau, la toilette soigneuse avec séchage, les techniques d'effleurage, doivent être rigoureuses. Les risques de cisaillements, de frottements, de macération...doivent être dépistés et corrigés. Seuls les retournements posent problèmes à domicile et notamment la nuit. Il est pratiquement impossible d'imposer ces techniques au malade ou à son entourage pendant ces périodes de sommeil récupérateur. A domicile nous n'effectuons pratiquement jamais de retournement nocturne, et notre expérience n'a pas mis en évidence de problème majeur sous réserve d'observer un nursing rigoureux au moins biquotidien.

- Toutes ses procédures exigent d'une part des documents écrits et d'autre part une excellente communication entre les différents intervenants. L'escarre est une lésion évolutive. Le dossier de soins auprès du malade, doit renseigner de façon précise et régulière sur l'évolution de la plaie, sur son aspect, sur les modifications apportées au traitement.

Le travail en équipe impose l'établissement de plans de traitement clairs, des lignes de conduite et des stratégies élaborées en commun afin que les messages soient concordants et correctement perçus.

- Il faut enfin faire participer le malade et son entourage au traitement. Pour cela il faut maintenir un soutien relationnel du malade et de sa famille, expliquer les mesures diététiques, les raisons des prescriptions, la fréquence des soins, les moyens de détersion, les types de pansements utilisés, les techniques de retournement et de soulèvement etc... Cette attitude revalorise le malade, lui donne un sentiment d'un certain contrôle de sa maladie, et renforce la confiance envers l'équipe soignante.

c - Evaluation régulière des résultats

L'escarre est une lésion évolutive dans le temps. Il importe d'en faire régulièrement le bilan. Pour cela une fiche de liaison destinée aux différents intervenants permet de vérifier l'efficacité du traitement ou au contraire de dépister une éventuelle aggravation : apparition d'une infection ou d'un tout autre processus nécessitant un réajustement du traitement. Cette fiche est mise à jour tous les 15 jours et fait l'objet d'une discussion lors des réunions de synthèse.

V - Le traitement de la douleur.

Une place à part doit être faite au traitement de douleur de l'escarre. En effet celle-ci est bien sûr mal supportée par le malade mais elle est également très mal vécue par l'entourage et les soignants. Cette douleur qui vient parfois s'ajouter à celles des pathologies associées impose une prise en charge globale adaptée aux spécificités du soin à domicile.

Outre les mesures de mise en confort matériel et psychologique déjà citées, la prise en charge de la douleur se fait selon les trois étapes classiques: reconnaissance, évaluation et traitement.

L'écoute permet de reconnaître la douleur, son type, son rythme, son intensité. Le rôle de l'aide-soignante, de l'infirmière, du kinésithérapeute et de l'entourage est essentiel car c'est vers eux que va d'abord se tourner puis se confier le malade.

L'évaluation de l'intensité douloureuse exige un outil simple, d'utilisation rapide et reconnue par tous. Chaque soignant a dans sa poche une échelle visuelle analogique.

Les traitements médicamenteux de la douleur de l'escarre.

L'International Association for the Study of Pain (IASP) définit la douleur comme "une sensation désagréable à la fois sensorielle et émotionnelle, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel..".

En matière d'escarre, le "dommage tissulaire" est évident, mais la douleur, phénomène subjectif, ne sera pas ressentie de la même manière par tous. Il n'existe pas une douleur mais des douleurs spécifiques liées au siège de l'escarre, à son stade évolutif, aux variations liées à la pathologie causale, à l'âge de la vie, à l'état de conscience du patient...

En règle générale, cette destruction tissulaire entraîne toujours une douleur par excès de nociception sensible aux antalgiques des trois paliers de l'OMS.

La douleur est le plus souvent déclenchée au moment du soin et notamment à la période de détersion de l'escarre.

Au stade de nécrose noire et sèche, la plaie doit être débridée. Cette action mécanique doit être précédée d'une période de ramollissement de la plaque avec des produits de type hydrogel, qui n'ont pas les inconvénients d'être douloureux. Si après ramollissement la détersion mécanique est nécessaire au bistouri, à la curette ou aux ciseaux elle doit toujours s'accompagner d'une prémédication : Dextroproxypène, paracétamol, codéine voir morphine. Une injection sous-cutanée de 10 mg de morphine ou mieux une injection sous-cutanée d'une ampoule de Palfium, d'action très courte, mais extrêmement puissante peuvent également être utilisées.

Au stade de l'ulcération fibrineuse, les mêmes prémédications sont nécessaires. Si l'exudation est très importante, la détersion sera faite par des pansements, type "Charbon" ou "Alginate". Si la plaie est moins importante et surtout moins exudative, les Hydrocolloïdes, mis en place jusqu'à saturation, restent les techniques de pansements les moins douloureuses.

Cas particuliers.

En cas d'escarre étendue et infractueuse, on peut utiliser pour la détersion des zones très fibrineuses, des pulvérisations de sérum physiologique et d'oxygène. Ces pulvérisations nécessitent beaucoup de temps et de préparation, mais sont efficaces et le plus souvent indolores.

Les escarres malléolaires ou talonnières accompagnant fréquemment les microangiopathies par neuropathie diabétique sont particulièrement douloureuses et souvent morphino-résistantes. Le traitement de la douleur doit faire appel aux médicaments des douleurs neuropathiques : antidépresseur et anticonvulsivant etc...

Enfin les escarres de fin de vie, inéluctables en période ultime, ne sont bien sûr plus l'objet de traitement curatif. L'objectif est essentiellement le confort du malade. Les gestes doivent être à minima. Les hydrocolloïdes utilisés jusqu'à saturation, associés au traitement général des syndromes algiques constituent le traitement le moins agressif et le plus approprié.

CONCLUSION

Malgré les efforts des équipes de recherche, malgré l'application des mesures de préventions et les efforts des équipes soignantes, les escarres n'ont toujours pas disparues.

Leurs traitements à domicile sont néanmoins toujours possibles voire souhaitable dès que l'état du patient le permet.

La mise à disposition des équipes de soins à domicile, d'un matériel de prévention fiable, d'une évaluation reconnue, des techniques de soins adaptées constituent le minimum requis pour une prise en charge efficace de l'escarre à domicile.