

N° de thèse :

---

## THESE

Présentée et soutenue publiquement, le vendredi 24 juin 2016

Pour obtenir

**Le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie**

Par **Pauline BOISSON**

Née le 01 juin 1991, à Dole (39)

# OPTIMISATION DE LA PREVENTION AMBULATOIRE DES ULCERES CUTANES DUS A LA PRESSION : ROLES DU PHARMACIEN D'OFFICINE ET IMPACT D'UNE INTERVENTION PERSONNALISEE AUPRES DE PATIENTS A RISQUE

---

### Membres du Jury :

Président : Mme Odile CHAMBIN

Professeur des Universités

Directeur : M. Paul TORNER

Docteur en Pharmacie

Co-directrice : Mme Valérie COMBETTE

Docteur en Pharmacie

Membre invité : Mme Laurence VAILLARD

Docteur en Médecine



N° de thèse :

---

## THESE

Présentée et soutenue publiquement, le vendredi 24 juin 2016

Pour obtenir

**Le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie**

Par **Pauline BOISSON**

Née le 01 juin 1991, à Dole (39)

# OPTIMISATION DE LA PREVENTION AMBULATOIRE DES ULCERES CUTANES DUS A LA PRESSION : ROLES DU PHARMACIEN D'OFFICINE ET IMPACT D'UNE INTERVENTION PERSONNALISEE AUPRES DE PATIENTS A RISQUE

---

### Membres du Jury :

Président : Mme Odile CHAMBIN

Professeur des Universités

Directeur : M. Paul TORNER

Docteur en Pharmacie

Co-directrice : Mme Valérie COMBETTE

Docteur en Pharmacie

Membre invité : Mme Laurence VAILLARD

Docteur en Médecine





## Université de Bourgogne

### UFR des Sciences de Santé - Pharmacie

ANNEE 2015/2016

Vice-Doyen : M. Yves ARTUR

#### Professeurs

ARTUR Yves	Biochimie générale et clinique
CHAMBIN Odile	Pharmacotechnie
GROS Claude	Chimie organique
HEYDEL Jean-Marie	Biochimie, biologie moléculaire
LACAILLE DUBOIS Marie-Aleth	Pharmacognosie
LESNIEWSKA Eric	Biophysique
MARIE Christine	Physiologie
OFFER Anne-Claire	Pharmacognosie
TAN Kimny	Chimie thérapeutique
TESSIER Anne	Physiologie
VERGELY-VANDRIESSE Catherine	Physiopathologie génétique

#### PU-PH

KOHLI Evelyne	Immunologie, Virologie
GIRONDON François	Hématologie

#### Professeurs Emérites

ROCHETTE Luc	Physiologie
BELON Jean-Paul	Pharmacologie

#### Maitres de Conférences

ANDRES Cyrille	Pharmacotechnie
ASSIFAOU Ali	Pharmacotechnie
BASSET Christelle	Immunologie, Hématologie
BERARD Véronique	Pharmacotechnie
BETELLI Laetitia	Chimie analytique
BOUYER Florence	Pharmacologie
BOUYER Frédéric	Chimie physique, Chimie générale
CACHIA Claire	Biomathématiques
COLLIN Bertrand	Pharmaco-imagerie, radiopharmacie
DESBOIS Nicolas	Chimie organique
FAURE Philippe	Biochimie générale et clinique
GUELDRY Serge	Biologie cellulaire
LEMAITRE Jean-Paul	Bactériologie
NEIERS Fabrice	Biochimie, Biologie moléculaire
ROCHELET Murielle	Chimie analytique
SEGUY Nathalie	Mycologie médicale, botanique
SEIGNEURIC Renaud	Biophysique
TABUTIAUX Agnès	Droit et économie de la santé
VIENNEY Fabienne	Biophysique
WENDREMAIRE Maëva	Toxicologie

**MCU-PH**

BOULIN Mathieu  
FAGNONI Philippe  
LIRUSSI Frédéric  
SAUTOUR Marc  
SCHMITT Antonin

Pharmacie clinique  
Pharmacie clinique  
Toxicologie, toxicovigilance  
Biodiversité végétale et fongique  
Pharmacologie, pharmacie clinique

**PRCE**

ROUXEL Virginie

Anglais

**AHU**

GOULARD DE CURRAIZE Claire  
CRANSAC Amélie

Bactériologie  
Pharmacie Clinique

**PAST Officine**

MACE Florent  
MORVAN Laetitia

**Enseignants Contractuels Officine**

MICHIELS Yves  
SOLARI Marie-Alexandra

## **NOTE :**

*L'UFR des Sciences de Santé- Circonscription pharmacie de Dijon déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.*

## Serment

*En présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples, je jure :*

- *D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- *D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- *De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.*

*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.*



## **REMERCIEMENTS**

**A ma présidente de thèse, Madame Odile Chambin,**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Vous avez su durant ces six années d'études me prodiguer vos connaissances avec beaucoup de professionnalisme et de gentillesse. Merci pour votre écoute et votre disponibilité pour l'ensemble des étudiants. Soyez assurée de ma respectueuse considération.

**A mon directeur de thèse, Monsieur Paul Torner,**

Merci d'avoir accepté de juger ce dernier travail. Vos conseils tout au long de la rédaction m'ont été précieux.

**A ma co-directrice de thèse et maître de stage, Madame Valérie Combette,**

Tout d'abord, merci également d'avoir accepté de m'encadrer pour ma thèse, vos conseils, votre soutien et votre optimisme m'ont été d'une grande aide. Un grand merci plus général pour ce stage dans votre officine, vous m'avez accueillie et encadrée avec beaucoup de gentillesse et de disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de mes plus vifs remerciements.

**A Madame Laurence Vaillard,**

Par cette invitation dans mon jury de thèse, je tenais à vous remercier pour votre accueil et votre amabilité lors de mon stage de cinquième année dans votre service. Merci également de m'avoir encouragée lors de mon choix de sujet de mémoire, qui se poursuit aujourd'hui en sujet de thèse !

**A mon Papa,**

Parce que je ne peux imaginer terminer ma thèse sans penser à toi. C'est grâce à toi que j'ai trouvé la force de finir ce parcours, pour que tu sois fier de moi, comme moi-même, je suis fière de toi, fière d'être ta fille. Je n'aurais pas réussi sans toi. Merci de la vie que tu m'as offerte. Tu es le meilleur des papas, je t'aime.

**A ma sœur, Amandine,**

Pour nos chamailleries durant notre enfance, mais aussi et surtout pour les liens du sang indélébiles...

**A mes grands-parents,**

Merci pour votre bienveillance, votre fierté et votre amour. Ici ou ailleurs, vous aurez toujours une grande place dans mon cœur.

**A Mickaël,**

Merci pour ton soutien dans les moments de doute, pour tes épaules solides, pour nos moments complices, pour ces jolies années passées à tes côtés et pour ton amour.

**A ma marraine et mon parrain, Elodie et Thierry,**

Merci pour votre présence depuis ma naissance. Je ne pouvais pas penser ce moment important dans ma vie sans votre présence à nouveau à mes côtés.

**A ma belle-famille, Marie-Pierre et Didier, Damien et Lucile, et tous les autres...**

Merci pour votre accueil dans votre famille, votre gentillesse et plus généralement de m'avoir si rapidement et si bien intégrée.

**A mes amis de pharma, Fiona, Mathilde, Isaline, Clarisse, Chloé, mon fillot, mon binôme et les autres...**

Toutes ces années d'études qui s'achèvent aujourd'hui sont avec le recul, finalement passées bien vite... Ca n'aurait sans doute pas été le cas sans votre amitié ! Merci pour ces beaux moments partagés sur les bancs de la fac (ou ailleurs...) ! Les soirées pharma sont et resteront mémorables mais je n'en dirai pas plus ici...

**A Pierre-Etienne,**

Merci d'avoir toujours été à mes côtés depuis toutes ces années et d'avoir su me rebooster dans les moments de doute...

**A mes amis de « chez moi » :**

Merci pour votre folie et votre amitié. Les week-ends de détente passés en votre compagnie y sont sans doute pour beaucoup dans ma réussite.

**A l'équipe de la Pharmacie du Vieux Marché, à Pierre-De-Bresse,**

A Valérie, Aurélie, Cécile, Ophélie et Véronique. Grâce à vous toutes, ces mois de stage resteront un excellent souvenir pour moi et auront été très enrichissants. Merci pour votre grande gentillesse, vos connaissances transmises et pour tous vos conseils qui m'auront été très précieux.

**A l'équipe de la Pharmacie de la Gare d'Eau, à Saint-Jean-de-Losne,**

A Monsieur Michaud, Céline, Claude, Emilie, Jessalynn, Magali, Thierry et Véronique. Je garde un excellent souvenir des étés passés à vos côtés, merci pour cela mais aussi pour les compétences que j'ai pu acquérir quand j'ai travaillé à vos côtés. « Paulin »...

**A l'équipe de la Pharmacie Barsus à Bletterans,**

A Madame et Monsieur Barsus, Axelle, Céline, Clarence, Dzenana, Julien, Marion et Sophie. Merci pour votre accueil et votre gentillesse lors de mes tous premiers stages depuis la deuxième année. J'ai découvert ce si beau métier avec vous et j'ai appris beaucoup en votre compagnie. Merci de m'avoir accordé du temps.

**A toutes les personnes qui ont une place dans mon cœur,**

Cette thèse est l'acheminement de ma scolarité, mais aussi d'une partie de ma vie, qui sans vous, aurait eu un goût bien fade. Merci.

\*\*\* A la plus jolie des étoiles...**Maman**, cette thèse t'est entièrement dédiée. J'espère que tu es fière de moi. Je t'aime. \*\*\*

# PLAN :

L'optimisation de la prévention ambulatoire des ulcères cutanés dus à la pression : rôle du pharmacien d'officine et impact d'une intervention personnalisée auprès des patients à risque.

## Introduction

Partie n°1 : Les ulcères cutanés dus à la pression : les escarres

Partie n°2 : Conseils et recommandations de la part du pharmacien d'officine dans le cadre de la prévention des escarres

Partie n°3 : Mise en place d'une intervention personnalisée au domicile des patients à risque

## Conclusion

*Bibliographie*

*Table des figures*

*Table des tableaux*

*Table des matières*

*Annexes*

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

- **ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- **NPUAP** : National Pressure Ulcer Advisory Panel
- **CHU** : Centre Hospitalo-universitaire
- **mmHg** : Millimètres de mercure
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **IMC** : Indice de Masse Corporelle
- **IASP** : International Association for the Study of Pain
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **TPN** : Thérapie par Pression Négative
- **LPPR = LPP** : Liste des Produits et Prestations Remboursables
- **LNE** : Laboratoire National d'Essai
- **g,mg, kg** : Gramme, milligramme, kilogramme
- **PVC** : PolyChlorure de Vinyle
- **EPUAP** : European Pressure Ulcer Advisory Pannel
- **CEPP** : Commission d'Evaluation des Produits et Prestations
- **ACT** : Adustable Continence Thérapie
- **CSP** : Code de la Santé Publique
- **TTR** : TransThyrétine
- **DNA** : Dépistage Nutritionnel des Aïnés
- **MNA** : Mini Nutritional Assessment
- **AVK** : Anti-Vitamine K
- **CNO** : Compléments nutritionnels oraux
- **ADDFMS** : Aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales
- **VIH** : Virus de l'Immunité Humaine
- **NE** : Nutrition Entérale
- **NP** : Nutrition Parentérale
- **MAD** : Maintien A Domicile
- **ALD** : Affection de Longue Durée
- **CERAH** : Centre d'Etudes et de Recherche sur l'Appareillage des Handicapés
- **GMS** : Grandes et Moyennes Surfaces
- **APA** : Allocation pour Personnes Agées
- **AAPI** : Association d'Aide aux Personnes Incontinentes
- **PNNS** : Plan National Nutrition Santé

- **INPES** : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- **HPST** : Hôpital, Patient, Santé, Territoire
- **EHPAD** : Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes
- **EPP** : Evaluation des Pratiques Professionnelles
- **SSIAD** : Services de Soins Infirmiers A Domicile
- **JO** : Journal Officiel
- **PACS** : Pacte Civil de Solidarité
- **FNEHAD** : Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile

## **INTRODUCTION :**

D'après la définition établie en 1989 par le National Pressure Ulcer Advisory Panel puis retenue par la suite par la conférence de consensus sur la prévention et le traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé de 2001, l'escarre est considérée comme une lésion cutanée d'origine ischémique liée à la compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses.

Cette nécrose cutanée est majoritairement causée par une pression trop intense, mais d'autres facteurs de risque rentrent aussi en ligne de compte et sont à combattre au même titre. On retrouve par exemple les incontinences, les phases terminales de maladies chroniques, la dénutrition ou encore la déshydratation.

Nombreuses sont les conséquences de ces plaies. L'impact social est notable : en effet, conjointement à l'apparition d'une escarre, une baisse importante de la qualité et du confort de vie est remarquable. Le retentissement n'est donc pas de demi-mesure, non seulement pour le patient mais aussi pour la santé publique avec des incidences économiques : la durée d'hospitalisation s'accroît, les besoins médicaux et humains s'accroissent, les soins demeurent longs, douloureux et coûteux...

A l'heure où les personnes, quelles soient âgées, grabataires ou encore handicapées, souhaitent en grande partie, rester chez elles malgré la baisse d'autonomie ou la maladie, le développement du maintien à domicile semble à mettre au premier plan. En effet, ces personnes nécessitent des soins curatifs ou préventifs, mais leur domicile requiert également un aménagement spécifique, orienté en fonction des besoins de chacun.

Lorsqu'on admet le fait que les escarres pourraient la plupart du temps être évitées voire réduites à néant, grâce aux moyens mis à disposition des patients et des connaissances actuelles des soignants, il est primordial pour les professionnels de santé, de s'axer sur la prévention. Effectivement, elle existe depuis longtemps, mais reste la meilleure arme contre ce fléau de santé publique que représente la genèse d'une escarre.

Le pharmacien d'officine, de par son rôle de conseiller, d'éducateur, mais en premier lieu par son statut de professionnel de santé de proximité en relation étroite avec le patient mais aussi avec son entourage, doit être à même de relayer les informations. Souvent, il sera sollicité pour la location de matériel de maintien à domicile ou encore pour la délivrance de complémentation nutritionnelle orale. C'est à ce moment précis, qu'il doit endosser son rôle d'acteur de santé publique et qu'il doit travailler non seulement avec le prescripteur mais aussi avec l'ensemble des professions médicales et paramédicales autour du patient, dans le but ultime d'optimiser sa prise en charge.

Nous développerons cette thèse, portant sur le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention des escarres, en trois parties. La première explicitera diverses généralités à propos des escarres, de l'identification des sujets à risque, des facteurs de risque à combattre, des conséquences et complications éventuelles relatives à la survenue d'une plaie de ce genre et enfin, nous mettrons en avant la démarche préventive ainsi les différentes mesures à rendre effectives pour une bonne prise en charge du patient. Dans un second temps, nous verrons comment le pharmacien d'officine peut et se doit de devenir un véritable acteur dans le cercle multidisciplinaire de la prévention des escarres, en mettant à disposition des patients et/ou de leurs aidants, de nombreuses informations adaptées à chaque problème rencontré. Puis, pour terminer, nous décrirons l'intervention pharmaceutique que nous avons mis en place durant plusieurs mois, en nous rendant au domicile de certains patients à risque afin de leur enseigner les mesures à prendre afin de prévenir les escarres et ainsi de leur garantir un confort sécuritaire et optimisé.



# **PARTIE N°1 : LES ULCERES CUTANES DUS A LA PRESSION : LES ESCARRES**

## I) Généralités

### 1) Définitions et classification des escarres

#### A) Définition [1,2,3]

Les ulcères cutanés dus à la pression sont la plupart du temps nommés « escarres » ou dans une plus faible proportion « ulcères de décubitus ».

L'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses. L'escarre est également décrite comme une « plaie » de dedans en dehors de forme conique à base profonde d'origine multifactorielle, ce qui la différencie des abrasions cutanées. Cette notion souligne que l'escarre vient de l'intérieur et qu'une partie des lésions n'est donc pas visible, ce qui permet d'expliquer la complexité de la prise en charge.

Il est aussi envisageable de parler d'une nécrose localisée ischémique des tissus par compression de la peau et des tissus sous-cutanés entre un support sur lequel repose le sujet et le plan osseux. Cette ischémie est provoquée par la réduction de la microcirculation qui est formée par des artérioles et des veinules :

- Au niveau des artérioles, on observe une diminution du flux sanguin et donc de l'apport en oxygène (appelée hypoxie) ainsi qu'une diminution des apports en éléments nutritifs.
- Au niveau des veinules, la diminution du flux sanguin entraîne une accumulation des métabolites toxiques : dioxyde de carbone et produits de dégradation des matières organiques.

La conférence de consensus de l'ANAES de 2001 rapporte principalement trois types d'escarres (en fonction notamment du contexte de survenue) : [1]

- L'escarre « accidentelle » due à un trouble temporaire de la mobilité et/ou de la conscience (le coma par exemple)
- L'escarre « neurologique » qui, la plupart du temps, peut être considérée comme la conséquence d'une pathologie chronique, motrice et/ou sensitive.
- L'escarre « plurifactorielle » touchant majoritairement le sujet confiné au lit ou au fauteuil, le sujet poly pathologique, dans les services de réanimation, de gériatrie ou encore lors des soins palliatifs. Dans l'ensemble de ces situations, les facteurs de risque de survenue des escarres, intrinsèques à la personne (immobilité, dénutrition...) prédominent. Dans ce dernier cas, les localisations mises en avant sont souvent multiples et le pronostic vital peut être engagé.

Le meilleur traitement de l'escarre reste sa prévention.

## B) Classification des escarres [1, 8,23,82]

Les classifications anatomo-cliniques décrivant le stade de l'escarre sont nombreuses, proposant entre 3 et 15 stades différents. Les classifications sont encore insuffisamment validées et laissent trop de place à l'interprétation du soignant qui examine la peau du sujet.

La classification la plus souvent utilisée est celle de SHEA sous sa forme modifiée par le *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*. A chaque phase de destruction cutanée donnant lieu à l'escarre, le NPUAP a défini, en 1989, une échelle anatomo-clinique en 4 stades, basée sur la profondeur de la lésion cutanée. Elle est proposée ici comme elle est utilisée, même si pour de nombreux professionnels de santé, et en accord avec la conférence de consensus de 2001, il conviendrait de rajouter le stade 0 (peau intacte mais à risque d'escarre), de préciser le type de nécrose (sèche ou humide) pour le stade III et d'adjoindre les facteurs péjoratifs au stade IV (décollement, contact osseux, fistule et infection secondaire).

On insistera plus précisément sur les caractéristiques de la phase précédant le stade I, parfois appelé stade 0. Si une rougeur apparaît au niveau d'un point d'appui, il est nécessaire d'appliquer une légère pression avec le doigt sur la zone rougie : si la rougeur disparaît au profit d'une marque blanche, il faut réagir rapidement en mettant immédiatement en place les mesures de levée de pression. Cette rougeur est celle qui naît suite au blocage des vaisseaux sanguins et qui correspond à l'intensification du débit sanguin local. Elle est aussi appelée « hyperémie qui pâlit » du fait de l'érythème blanchissant à la pression.

L'escarre n'est pas encore déclarée mais c'est une phase d'alerte qui doit être prise au sérieux.

### Les 4 stades de l'escarre proposés par le NPUAP sont :

- **Stade I** : C'est le stade inaugural d'alerte, car il est possible de le considérer comme le dernier stade réversible (il n'y a encore pas de mort tissulaire). Une altération est observable sur une peau intacte, liée à la pression et se manifestant par une modification d'une ou de plusieurs des caractéristiques suivantes en comparaison avec la zone corporelle adjacente ou controlatérale : température de la peau (chaleur ou froideur), consistance du tissu (ferme ou molle), sensibilité (douleur, démangeaisons). Plus simplement, il est possible de résumer ce premier stade par une rougeur persistante localisée chez les personnes à peau claire. Chez les personnes à peau pigmentée, l'escarre peut être d'une teinte rouge, bleue ou violacée persistante. Cette rougeur signe une inflammation des tissus environnants due à l'accumulation de produits de dégradation.
- **Stade II** : C'est le début d'une perte d'une partie de l'épaisseur de la peau. Cette perte de substance touche l'épiderme et/ou le derme. L'escarre est superficielle et se présente cliniquement comme une abrasion, une phlyctène ou une ulcération peu profonde. Ce deuxième stade se termine par une désépidermation, c'est-à-dire la perte du « toit de la phlyctène » quand celle-ci est présente.

- **Stade III** : La perte de substance s'amplifie en profondeur et touche les tissus sous-cutanés. La plaie se creuse et se présente désormais comme une ulcération profonde avec ou sans envahissement des tissus environnants : c'est la nécrose tissulaire. Le stade 3 peut se manifester sous une forme sèche avec une plaque noire d'aspect cartonné ou sous une forme humide par délitement des tissus lésés. L'ensemble du système sanguin capillaire est considéré comme détruit.
- **Stade IV** : Les dégâts tissulaires sont dépassés. L'ensemble de l'épaisseur de la peau est détruit, les tissus aussi. Les muscles, les os et les structures de soutien (tendons, articulations) sont atteints. Ce stade est très grave, il sera facilement accompagné de nombreuses complications à type de fistules, d'ostéites et d'infections multiples secondaires, possiblement systémiques pouvant conduire à terme à l'engagement du pronostic vital du patient concerné.

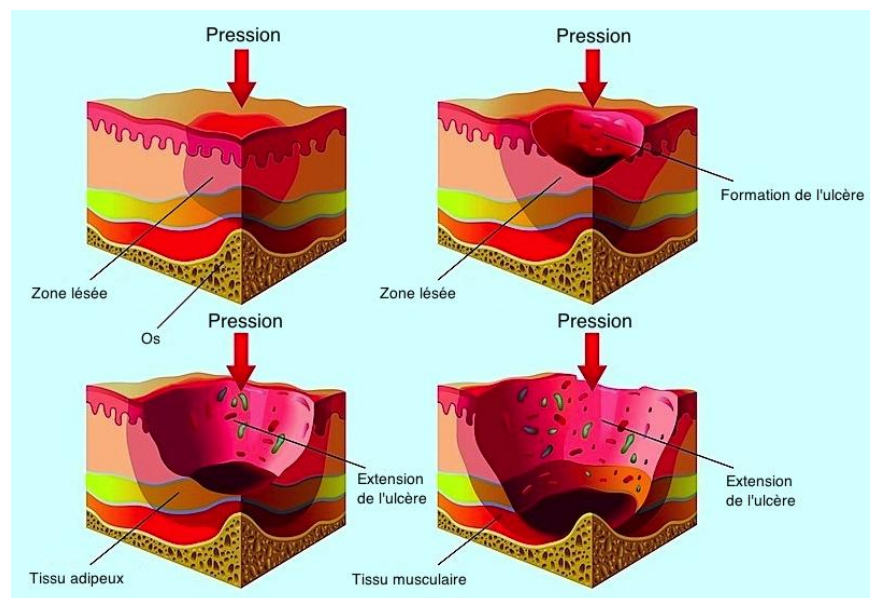


Figure 1: Les étapes de formation d'une escarre.  
D'après [www.physiotherapiepour tous.com](http://www.physiotherapiepour tous.com)

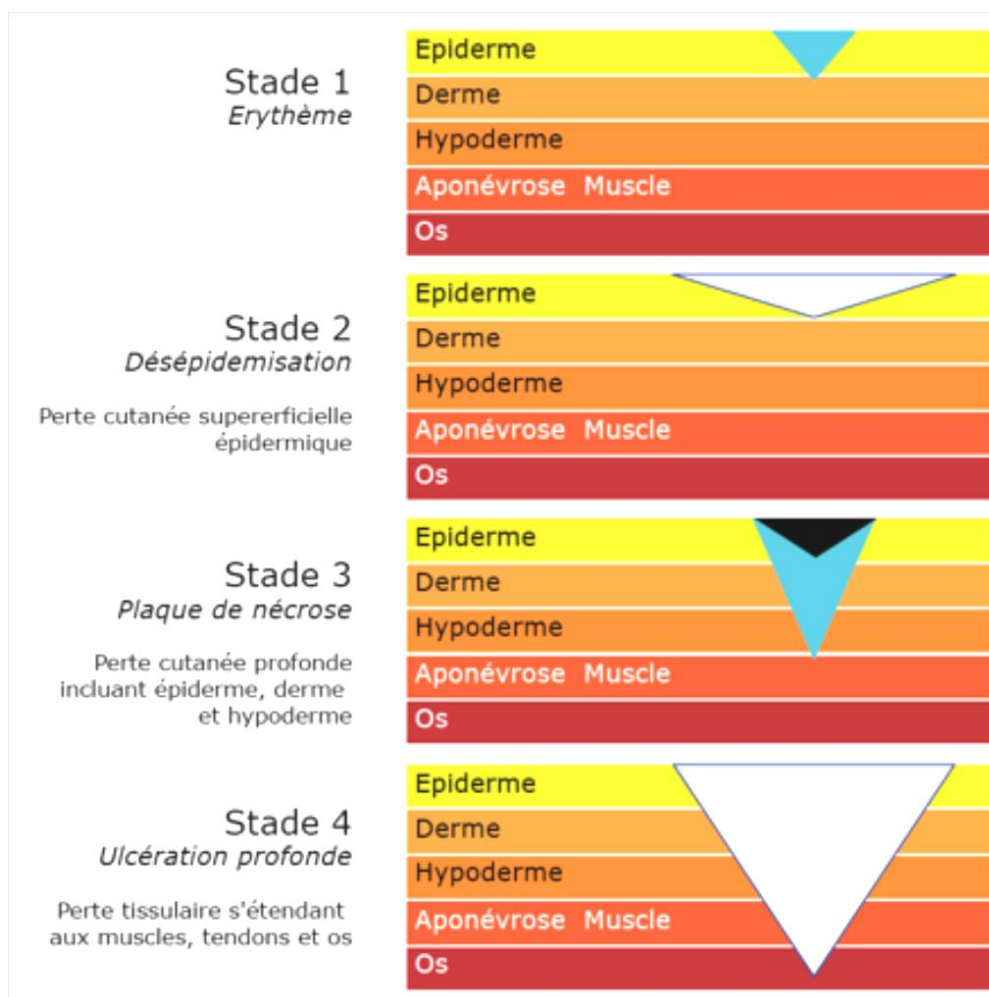


Figure 2: Aspect clinique des différents stades évolutifs de l'escarre. D'après [78]

Quelque soit le stade auquel l'escarre est découverte, des mesures thérapeutiques doivent être rapidement décidées afin d'éviter son aggravation au stade supérieur. En effet, plus vite l'escarre sera découverte, plus vite des mesures curatives et efficaces seront mises en place et plus vite il sera envisageable d'espérer une cicatrisation.

On insistera sur le fait que parfois, l'escarre ne guérit jamais.

Ce type d'échelle, comme toutes les échelles anatomo-cliniques ont un intérêt limité à l'évaluation initiale pour déterminer la démarche à suivre et le traitement préventif ou curatif à mettre en place en premier lieu. Elles n'auront pas de valeur ajoutée pour le suivi de la plaie. Pour ce suivi, des échelles colorielles (évolution de la couleur de l'escarre au fil du

traitement), des notes notamment sur la taille et la forme de l'escarre seront utilisées. L'échelle colorielle « Red Yellow Black » repose sur l'utilisation de trois couleurs dans la version initiale. Cette méthode d'évaluation ne permet pas de déterminer la gravité de l'escarre prise en charge mais d'apprécier subjectivement la plaie avec la couleur noire pour une plaie nécrosée, la couleur jaune pour la présence de fibrine, et le rouge pour une plaie bourgeonnante. Le soignant devra préciser le pourcentage des tissus selon leurs couleurs respectives. Au fil de l'évolution de l'escarre et des soins apportés, il sera important d'effectuer ce jugement régulièrement afin de voir si la cicatrisation est plutôt favorable ou au contraire défavorable. [1,11] (Annexe n°1)

## 2) Epidémiologie

L'escarre est une pathologie fréquente dans certaines populations de patients (personnes âgées, personnes handicapées, personnes avec troubles de la sensibilité ...) mais les données épidémiologiques actuelles sont insuffisantes pour évaluer précisément sa prévalence et son incidence en France. Selon les études, la prévalence des escarres varie considérablement en fonction des populations à risque.

En France, la prévalence retenue pour l'ensemble de la population est de 240 000 cas d'escarres par an, soit 3% des malades hospitalisés. A noter que cette proportion augmente à 25% chez les patients âgés de 65 ans et plus. En ambulatoire, la prévalence des escarres est de l'ordre de 3 à 5%, même chez les patients qui reçoivent des soins infirmiers réguliers et va probablement être revue à la hausse du fait du maintien à domicile de patients de plus en plus dépendants et poly pathologiques. [4,75,79]

Certaines études vont même jusqu'à annoncer une prévalence de 300 000 cas/an.

Jusqu'à 50% des patients qui entrent dans des services de soins prolongés présentent une ou plusieurs escarres ou seront susceptibles d'en développer. Selon le type de population étudié, d'autres données peuvent être fournies, à savoir que 8% des opérés développeront une escarre lorsque l'intervention durera plus de trois heures, et que presque la moitié des blessés médullaires seront touchés par ce type de plaie dans les deux ans suivant l'accident. [2]. De plus, chez ces derniers, on estime que plus de 85% des patients développent au moins une escarre au cours de leur vie.

La fin de vie fait aussi partie des situations dans lesquelles les escarres occupent une forte proportion : jusqu'à 25% des personnes en fin de vie présentent un ou plusieurs ulcères cutanés dus à la pression. [75]

Plusieurs études de type « un jour donné » (enquête de prévalence) réalisées en France ont montré que près de 10% des patients hospitalisés (tout service confondu) étaient porteurs d'une escarre. [5]. L'incidence quand à elle, c'est-à-dire la proportion de patients développant une escarre au cours de leur séjour, est de 4.3%.

Sur le CHU de Dijon, l'enquête « un jour donné » rapporte 11% d'escarres.

L'âge moyen des porteurs d'escarres est situé aux alentours de 74 ans. [6]

### 3) Physiopathologie

#### A) La peau : anatomie et structure [13,34]

La peau est un organe : ensemble de tissus qui effectue une tâche précise et définie. C'est l'organe humain le plus étendu et le plus lourd, en effet, elle couvre chez l'adulte une surface d'environ 2 m<sup>2</sup> et pèse 4,5 à 5 kg. Son épaisseur varie entre 0,5 et 4 mm selon sa localisation. Elle est imperméable et se renouvelle entièrement toutes les trois semaines.

La peau fait partie du système tégumentaire (tout comme les poils, les cheveux, les ongles, les glandes et les terminaisons nerveuses).

De tous nos organes, la peau est le plus facilement observable mais de ce fait c'est aussi le plus exposé aux infections, aux maladies, aux blessures, aux chocs. Elle reflète aussi nos émotions et la manifestation physiologique qui les expriment.

Enfin, la peau est un rempart entre nous et l'environnement.

Concernant l'anatomie de la peau : elle est constituée de trois grandes parties. Tout d'abord en superficie, est retrouvé l'épiderme. Puis, le derme constitue la partie interne sous laquelle se trouve le tissu sous-cutané adipeux nommé hypoderme. Dans le derme et l'hypoderme cheminent les formations vasculaires et nerveuses.

#### La peau a de nombreuses fonctions :

- Le maintien de la température corporelle
- La protection : c'est une barrière physique qui isole l'organisme de l'extérieur
- La perception : Grâce à ses terminaisons nerveuses, elle détecte de nombreux stimuli liés à l'environnement (température, toucher, pression, douleur). Via cette perception, nous réagissons à la douleur et nous changeons la position de notre corps en cas de pression désagréable sans en avoir toujours conscience (pendant le sommeil par exemple).
- L'excrétion de chaleur et d'eau par le biais de la transpiration
- Le réservoir sanguin : Le derme contient un réseau très dense de vaisseaux sanguins.
- La synthèse de vitamine D, lorsque la peau est exposée au soleil et notamment aux ultra-violets.

L'importance du revêtement cutané chez un individu, permet donc de comprendre que dans certaines situations, telle une lésion cutanée importante ou encore une modification structurelle physiologique de la peau tel un amaigrissement ou une fragilité accrue chez une personne âgée, le risque peut devenir très préoccupant, voire même dangereux.

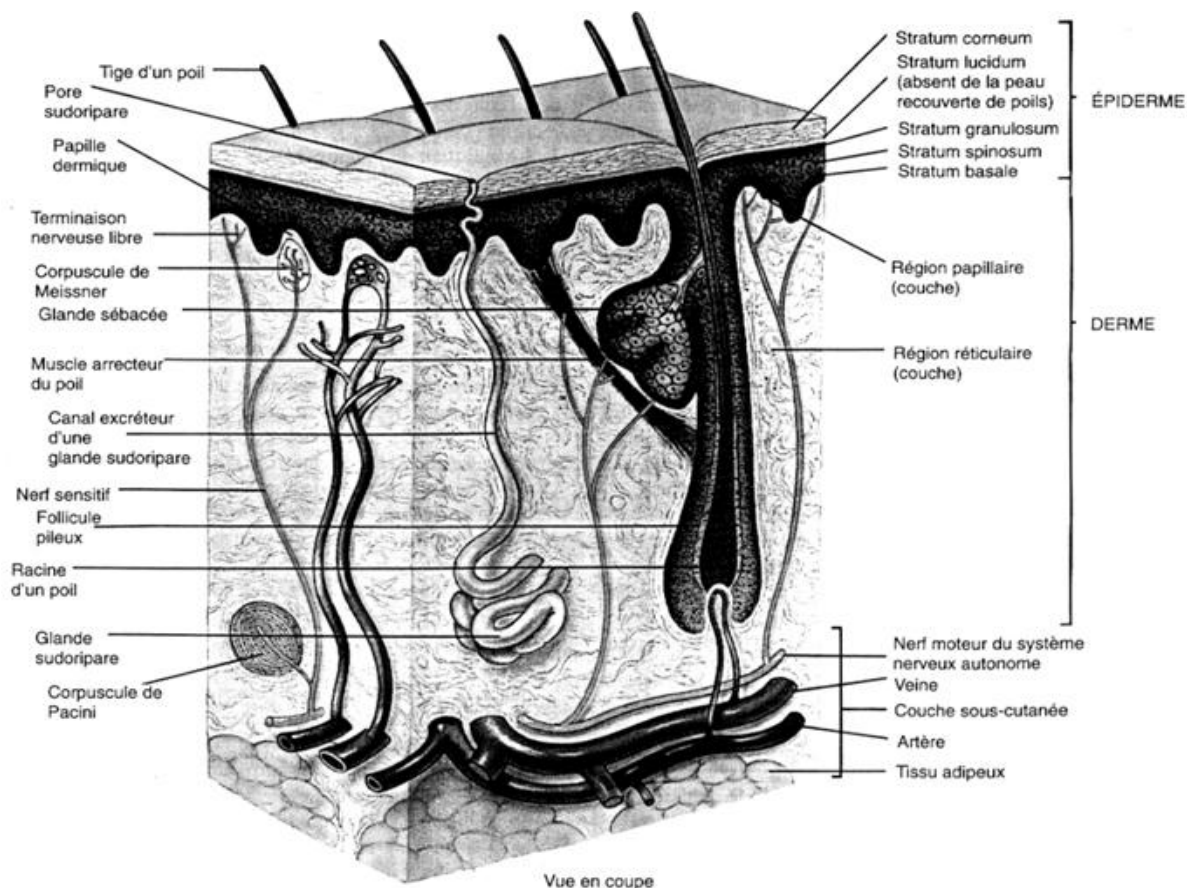


Figure 3: Anatomie de la peau (vue en coupe)  
 D'après : *Principes d'anatomie et de physiologie* TORTORA-GRABOWSKI, 1994

## B) La genèse de l'escarre [4,7]

La dénomination anglaise de « pressure sore » pour désigner l'escarre met clairement en évidence le rôle majeur joué par la pression dans la détermination de cette affection.

L'escarre se forme selon un mécanisme s'articulant autour de cinq étapes majeures que sont :

- **La pression excessive** : L'escarre est provoquée par une compression forte et/ou prolongée des parties molles sur le plan osseux sous-jacent. Cette compression étant supérieure à la pression de perfusion capillaire : l'ischémie tissulaire d'abord superficielle devient profonde, en touchant les tissus sous-cutanée et rapidement irréversible. L'escarre se formera si cette pression se prolonge au cours du temps. En effet, il semble exister une corrélation très étroite entre ces deux paramètres (temps et intensité de pression) et l'apparition des escarres.

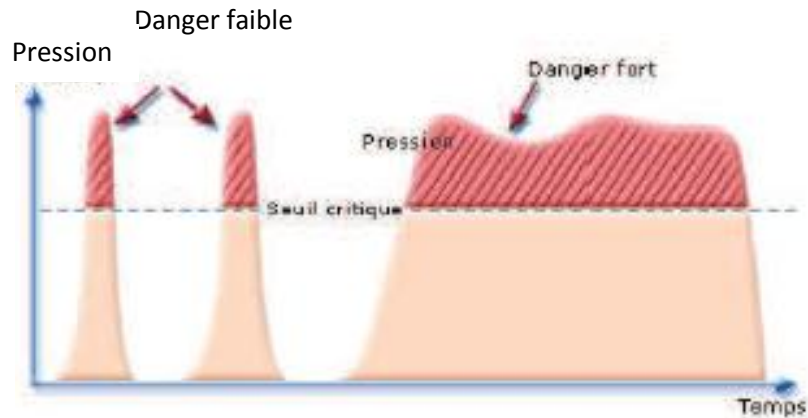


Figure 4: Corrélation temps/intensité de pression.  
D'après [www.escarre.fr](http://www.escarre.fr)

Chez un homme jeune et en bonne santé, une pression supérieure à 32 millimètres de mercure est suffisante pour freiner ou stopper le flux sanguin entraînant une hypoxie. Lors de son sommeil, cette personne a des réflexes qui engendrent de légers mouvements permettant de soulager les zones soumises à la pression.

- **L'hypoxie :** Cela correspond à une carence d'apport en oxygène à des tissus due à l'écrasement des vaisseaux sanguins. En sachant que tout tissu corporel a besoin d'oxygène pour vivre, l'hypoxie entraîne le dépérissement irrémédiable des tissus privés de cette substance (tissus superficiels tels que la peau, ou tissus profonds comme les muscles). Ce phénomène est favorisé par des vaisseaux en mauvais état à cause d'une hypertension, du diabète, d'un tabagisme (même ancien), de leur vieillissement ou d'une faiblesse de teneur en oxygène du sang causée par une affection pulmonaire.

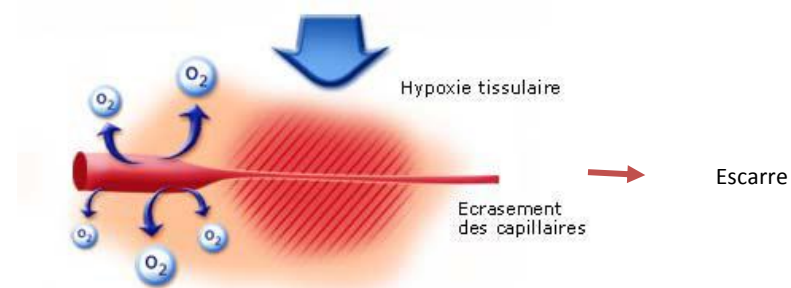
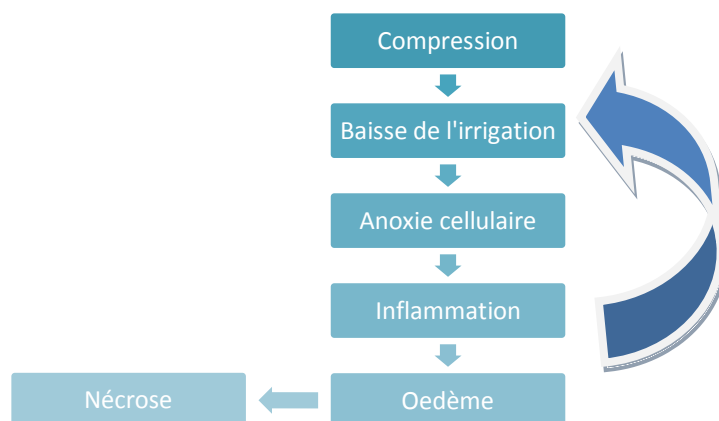


Figure 5: L'hypoxie tissulaire dans la formation de l'escarre.  
D'après: [www.escarre.fr](http://www.escarre.fr)



- **L'apparition de la plaie** : Elle est brutale et se développe en profondeur avant de s'ouvrir vers l'extérieur. C'est pourquoi sa gravité est souvent importante dès son apparition. Ceci renforce la nécessité de prévenir l'escarre. Une fois les tissus en état d'hypoxie, ils vont se dégrader très vite. Le passage du stade d'érythème (simple rougeur cutanée) à celui d'ulcère (plaie ouverte) peut être effectif en quelques heures seulement.
- **Les chocs traumatiques** : Au niveau d'une zone fragilisée, les chocs vont être provocateurs d'une lésion. Cette lésion ne sera pas directement inductrice d'une escarre, mais participera à la création d'un contexte très en faveur de son développement.
- **Le cisaillement** : Lorsque le patient est en position assise ou semi-assise, les tissus sous-cutanés sont soumis à des forces tangentielles de cisaillement résultant de l'opposition entre le glissement du corps du fait de son propre poids et de la fixité de la peau. Ceci va contribuer à la diminution de la perfusion sous-cutanée en synergie avec la baisse du diamètre capillaire soumis à la pression. En altérant la barrière cutanée, la macération sera aussi néfaste, il faudra donc la surveiller.

Les troubles de la sensibilité sont également des facteurs à prendre en compte lorsque l'on évoque la physiopathologie d'une escarre. En effet, quand un individu est sujet à ce genre de troubles à type de neuropathie du diabétique, de l'éthylique, de pathologie médullaire (...), il ne ressent plus la gêne ni l'inconfort de certaines positions comme la position couchée prolongée. De ce fait, il ne mobilise plus spontanément ses points d'appui (rachis, os iliaques, talons...) d'où une pression accentuée dans le temps, qui entraîne une stase vasculaire qui elle-même détermine la constitution de thromboses, de nécroses cutanées et donc une prédisposition marquée pour la survenue des escarres (encore appelées « plaies de pression »).



#### 4) Zones à risque et localisations préférentielles [7,78,80]

Dans la population générale, la grande majorité des escarres (80%) siège à deux localisations préférentielles : à parts égales, le sacrum et les talons sont touchés pour chacun par 40% des escarres.

L'escarre au talon est fréquente chez les patients alités en position dorsale. Elle fait partie des escarres les moins difficiles à guérir mais dont la prévention devrait être optimale car simple à mettre en place : nombreux accessoires disponibles, mise en décharge aisée...

Les autres zones de préférences sont :

- Les ischions. Cette zone à risque est fréquemment touchée chez les patients assis de manière prolongée. C'est pourquoi, c'est l'escarre qui prédomine chez le paraplégique.
- Le trochanter. C'est une escarre peu retrouvée mais associée à un danger conséquent. Elle apparaît la majeure partie du temps chez les patients alités en position latérale.

En pédiatrie, l'escarre à l'occiput est aussi parfois retrouvée. Sa guérison est souvent plus aisée et plus brève que les autres escarres mais elle peut conduire à une zone de non-repousse capillaire.

Globalement, tous les points d'appui (joues, oreilles, crâne, coudes...) peuvent présenter une escarre.

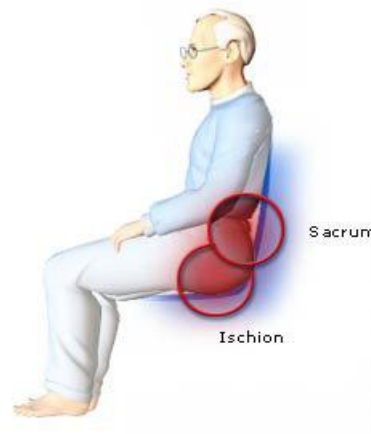


Figure 6: Localisations préférentielles en position assise.  
D'après: [www.escarre.fr](http://www.escarre.fr)

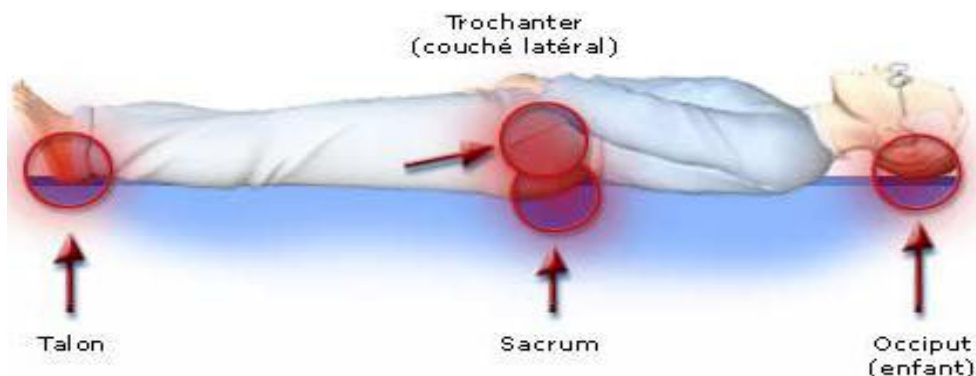


Figure 7: Localisations préférentielles en position couchée.  
D'après: [www.escarre.fr](http://www.escarre.fr)

Il est aussi possible de décrire les différentes localisations préférentielles des escarres selon la position majeure adoptée par le patient :

- En décubitus dorsal, sont retrouvés : l'occiput, le sacrum, les talons, le rachis dorsal en regard des épineuses, les omoplates, les coudes et les gros orteils.
- En décubitus latéral strict, les sites les plus exposés sont : la région trochantérienne, les faces internes des genoux, les malléoles externes, le bord externe du pied, l'oreille, la tête humérale, le coude, les faces latérales des talons, la peau en regard de la tête du péroné.
- En position assise, préférentiellement : les ischions, les talons, l'omoplate et les épineuses dorsales.
- En décubitus ventrale enfin sont retrouvés : les coudes, les côtes, les épines iliaques, la rotule, les orteils. [84]

Certaines escarres sont plus rares. Nous pouvons citer par exemple, les mains chez les utilisateurs de fauteuils roulants du fait des frictions et cisaillements permanents, le pavillon de l'oreille ou le nez en cas d'oxygénothérapie, les doigts ou les bords externes des pieds chez les personnes aux membres rétractés en flexion. Les sondes urinaires peuvent aussi conduire à la formation de plaies cutanées dues à la pression, lorsque leur positionnement n'est pas optimal. [75]

## 5) Des facteurs de risque connus

Par définition, un facteur de risque est un facteur prédictif pour lequel une ou plusieurs études ont montré, par rapport à un comparateur, que la correction de celui-ci diminuait l'incidence de survenue de l'événement.

Les facteurs considérés à l'heure actuelle comme des facteurs de risque sont issus de l'expérience clinique. Seront distingués les facteurs extrinsèques (ou mécaniques) et les facteurs intrinsèques (ou cliniques).

### A) Les facteurs extrinsèques ou mécaniques [1,8,9,10]

Les facteurs extrinsèques sont indépendants de la personne. Ils sont liés à l'environnement matériel. Nous décrivons la pression exercée sur un point d'appui, la force de friction (ou les frottements) et la force de cisaillement produite causée par le glissement. Les effets néfastes de ces facteurs extrinsèques sont accentués par le ramollissement de la peau ou par l'altération de sa barrière protectrice, causée par la macération induite soit par la transpiration, par les souillures ou encore par la présence de divers matériaux tels que les sondes, les perfusions ou par des vêtements non appropriés.

**La pression** est une force perpendiculaire exercée sur la peau (au niveau des proéminences osseuses) par le support. Les tissus mous situés entre le relief osseux et le support sous-jacent sont comprimés. Les patients amaigris avec des proéminences osseuses saillantes seront les plus disposés aux lésions de pression. La prévention et le traitement de ces lésions devront se concentrer sur la gestion des zones d'appui. En effet, chez un sujet sain, la pression exercée sur les os entraîne après un certain temps, une sensation d'inconfort qui suscite un changement de position spontané. Or, si la mobilité d'un

sujet est mise en difficulté ou si sa sensibilité est altérée, le mouvement réflexe décrit auparavant n'est plus présent : les lésions dues à la pression prolongée peuvent alors se mettre en place. On rappellera que l'intensité de la force est importante mais que sa durée et son gradient (vertical ou oblique) ne sont pas à négliger. Globalement, on peut dire qu'une pression de 60 mmHg sur un point d'appui pendant deux heures conduira presque nécessairement à la genèse d'une escarre.

Le rôle fondamental de la pression a été mis en évidence depuis les années 60, lorsque Kosiak a démontré que les muscles squelettiques de rats normaux ou paraplégiques devenaient plus sensibles lorsqu'ils étaient exposés à une faible pression constante alors qu'aucune lésion n'était observée lorsqu'on appliquait une quantité égale de pression de manière alternative. Le délai critique après lequel sont apparues des modifications pathologiques se situait entre une et deux heures dans les deux groupes. [84,85]

« *Là ou il n'y a pas de pression, il n'y a pas d'escarre* » Guttman (1973)

**Le cisaillement** est un phénomène de glissement des couches cutanées les unes sur les autres lorsque le tronc est incliné, et que le poids de l'individu a tendance à faire glisser son corps vers le bas. C'est une force parallèle à une surface qui entraîne un étirement, voire dans une plus forte mesure, une rupture des vaisseaux chargés d'assurer la vascularisation cutanée. Ces forces sont trois fois plus ischémiantes que les forces de pression verticale. Ce phénomène est retrouvé par exemple chez les sujets assis qui glisse au bout de son lit ou sur son fauteuil. Dans ce cas, seront déconseillés les vêtements synthétiques ou de type survêtement, qui favorisent le glissement du patient. L'humidité sera aussi un facteur favorisant des forces de cisaillement. Citons pour exemple, la peau humide qui reste adhérente au bassin de lit par exemple.

Le personnel soignant ou les aidants peuvent également être pourvoyeurs de forces de cisaillement, lorsque dans les manœuvres de repositionnement, le patient est glissé sur le lit. Il sera au contraire primordial de soulever le patient, à l'aide d'un drap, ou d'utiliser un lève-malade pour aider à la mise en œuvre de cette manipulation sans faire courir de risque au patient.

Goldstein et al. ont démontré dans une étude réalisée sur le cochon choisi pour ses similitudes avec la peau humaine, que lorsque l'on appliquait des forces de cisaillement de façon continue, les escarres survenaient plus rapidement comparativement aux endroits ne subissant que des forces de pression. [84,86]

**La friction (ou les frottements)** est une force rencontrée lorsque deux surfaces se mobilisent l'une sur l'autre. En résulte alors une abrasion mécanique de la peau : la barrière cutanée est franchie. Ces dermabrasions peuvent apparaître au sacrum, coudes, talons (glissement dans le lit), occiput, ailes du nez (avec l'oxygène)

## B) Les facteurs intrinsèques ou cliniques

Ces facteurs sont en général directement liés à l'état de santé du patient concerné. Ils réunissent ainsi :

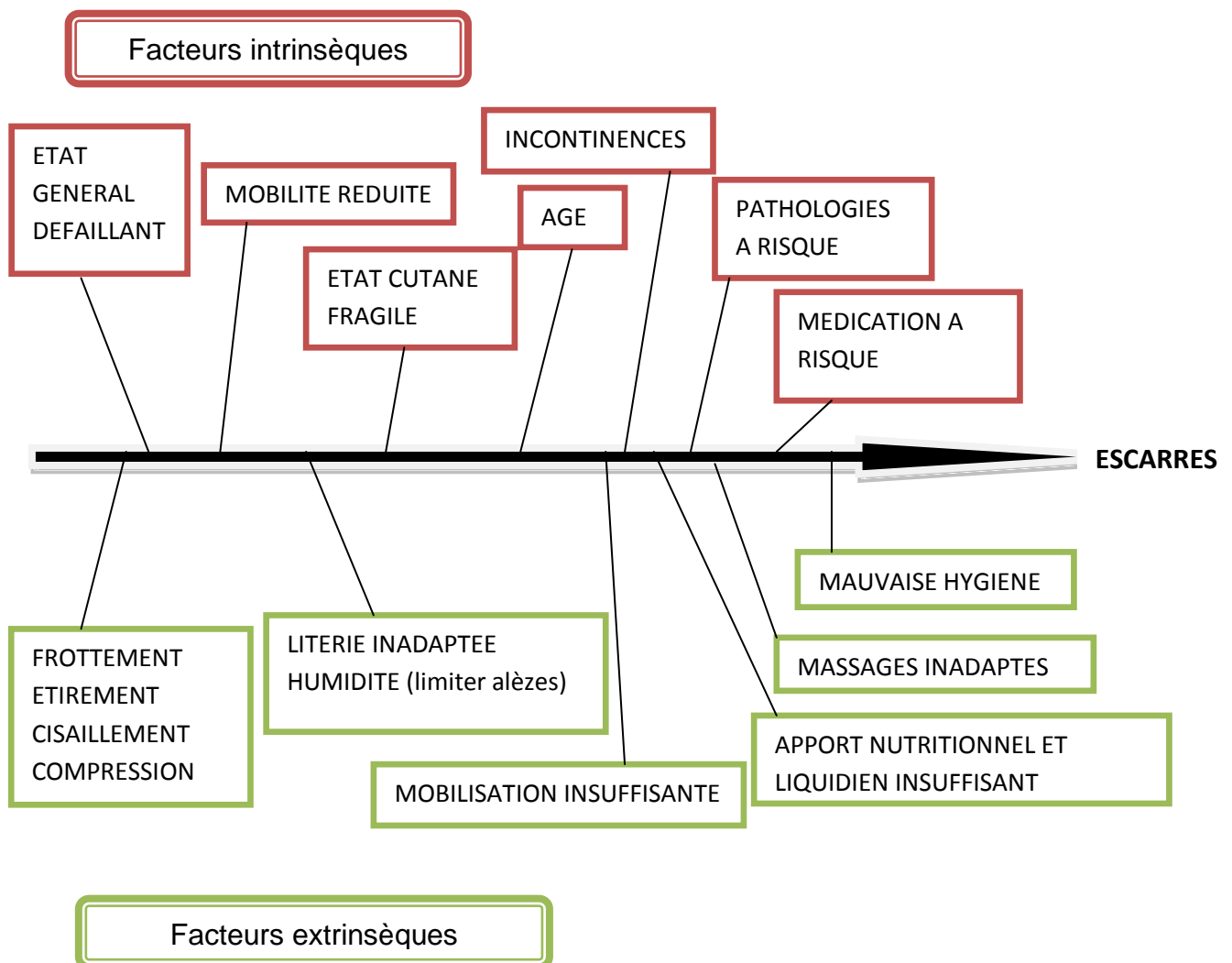
- **L'âge du patient** : les personnes âgées présentent une diminution importante de la masse musculaire et souvent un amaigrissement conduisant à une mise à nue des proéminences osseuses. De plus, le renouvellement des cellules est plus faible, la peau est plus fine, moins élastique, plus sèche, donc moins résistante.
- **L'immobilité et la baisse du niveau d'activité** : les malades ayant des troubles de la conscience (coma), des troubles moteurs et/ou sensitifs d'origine traumatique (fractures diverses), des troubles neurologiques d'origine centrale ou périphérique (accident vasculaire cérébral, hémiplégie, blessés médullaires) ont une perception diminuée voire nulle de la douleur et de l'inconfort entraîné par une position prolongée. S'ajoutent dans cette catégorie, les patients diabétiques à la sensibilité diminuée également.
- **L'état nutritionnel et le statut hydrique**: les malades dénutris, mal nourris, déshydratés, cachectiques ont plus de risque de développer une escarre. Une insuffisance des apports hydriques et alimentaires doit être corrigée, qu'elle soit détectée par des mesures biologiques ou par l'observation d'une incapacité du malade à s'alimenter correctement. La dénutrition est source de fonte musculaire, ce qui diminue l'effet amortisseur des tissus.
- **Les incontinences** : les urines et les selles contiennent des substances irritantes pour la peau et favorisent la macération.
- **L'humidité excessive** : causée par les incontinences, mais aussi par la transpiration, la fièvre, les écoulements divers, favorisent la macération donc l'altération de la peau.
- **Les traitements médicamenteux** : tranquillisants, hypnotiques, anxiolytiques...
- **L'état psychique et le degré de participation du sujet** : le niveau de compréhension de l'individu, son état de conscience (fatigue, vigilance diminuée liée à la douleur ou à une prise de médicaments) jouent un rôle important dans la survenue mais surtout dans la prévention de l'escarre.
- **Les pathologies chroniques graves au stade terminal** : de multiples facteurs sont susceptibles d'entraîner des escarres au stade ultime de la maladie.
- **Les maladies aiguës** : chez un patient déjà affaibli, la survenue d'une maladie aiguë potentiellement bénigne peut se révéler avoir un impact important sur le patient, sur sa qualité de vie globale. Sa mobilité initiale peut être altérée par une fatigue causée par cette affection, ce qui laisse donc place aux escarres.
- Le diabète, l'hypertension artérielle ou encore l'hypercholestérolémie sont responsables d'une altération des vaisseaux sanguins. De ce fait, en cas de compression de ces derniers, l'hypoxie sera plus vite atteinte et les lésions

d'apparition plus rapides. L'anémie, les affections pulmonaires entraînent, quand à elles, une baisse du taux d'oxygène sanguin, favorisant ainsi une hypoxie plus rapide pour une pression extérieure plus faible. L'hypotension, l'obésité et l'insuffisance cardiaque sont aussi des pathologies majorant le risque : en provoquant une diminution du débit circulatoire dans l'organisme, elle le rendra plus sensible à la pression. Une pression moindre suffira donc à interrompre cette circulation dans la partie du corps, laissant donc facilement place à une escarre.

- Toute situation favorisant une hypoxie ou une altération des échanges gazeux et circulatoires.

Les personnes âgées sont particulièrement touchées par ce fléau. En effet, elles réunissent de nombreux facteurs de risque cités précédemment : la peau sénile donc moins résistante, une cicatrisation moins efficace, la dénutrition, la déshydratation, les incontinences, la démence sénile, la confusion mentale, la baisse de mobilité...

### C) Récapitulatif des facteurs de risque de survenue d'escarres [14]



## 6) Des échelles pour identifier les sujets à risque

Détecter peut être considéré comme la première mesure préventive à mettre en œuvre.

La nécessité de mettre en place des mesures préventives de la survenue d'escarres face à une si grande diversité des facteurs de risque a conduit les soignants à élaborer des échelles de risque. L'utilisation d'un outil chiffré et reproductible est nécessaire à l'instauration de pratiques de prévention spécifiques et adaptées à chaque niveau de risque.

La prévention de l'escarre varie depuis des mesures simples et économiques (conseil alimentaire, explication des bonnes positions, implication d'un patient conscient et collaboratif...) jusqu'à une prise en charge très lourde (support dynamique, surveillance et changements de position réguliers par du personnel qualifié...). Afin de mettre les moyens adéquats en face de chaque cas et pouvoir concentrer ses ressources sur les cas les plus critiques, une évaluation est donc souhaitable.

Plusieurs échelles existent mais toutes reposent sur un seul principe : celui de sélectionner plusieurs facteurs de risque et d'en affecter des scores, des notes en fonction de l'état du patient en question. A noter que ce score devra être réévalué d'une manière générale, le plus régulièrement possible pour ne pas passer à côté d'une augmentation, même légère du risque du patient. Plus spécifiquement, la réévaluation devra être effective à chaque changement d'état de santé du patient.

La connaissance des patients à risque peut permettre de mieux cibler la prévention à adopter et ainsi d'avoir une action plus intense, plus fréquente et plus spécifique auprès des patients considérés comme les plus sensibles. Néanmoins, il est nécessaire et important de souligner que les patients jugés à risque ne sont pas les seuls à développer des escarres, c'est pourquoi la prévention et la surveillance concernent tous les patients, à un niveau variable certes, mais il ne faut négliger aucun individu. [7]

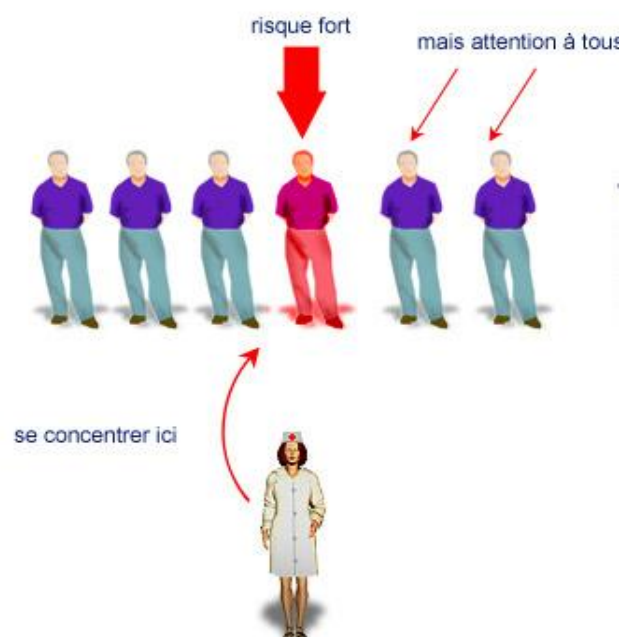


Figure 8: Une surveillance accrue de tous les patients est primordiale.  
D'après: [www.escarre.fr](http://www.escarre.fr)

Il est aussi important de ne pas négliger le jugement clinique au profit de ces échelles de risque. En effet, il paraît nécessaire de compléter le jugement clinique par la recherche du score de risque, tout comme il paraît évident d'associer la recherche du risque au jugement humain. L'un compensera en majeure partie les limites de l'autre.

#### A. L'échelle de Braden [1,7,8,11]

L'échelle de Braden est une échelle d'évaluation du risque d'escarre, créée en 1987 par Barbara Braden et Nancy Bergstrom aux USA. Elle est simple et claire d'utilisation. En France, c'est l'échelle qui est recommandée par la HAS et par les experts de l'ANAES, car validée par de nombreuses études internationales. Avec cet outil, on estime la durée d'évaluation du patient à environ une minute seulement, si l'échelle est préalablement approuvée et que l'état du patient est suffisamment appréhendé.

Tableau I: Echelle de Braden

Echelle de Braden						
Score	Perception sensorielle	Humidité	Activité	Mobilité	Nutrition	Friction et cisaillement
4	Non diminuée	Rare	Marche fréquente	Complète	Excellente	Non concerné
3	Légèrement diminuée	Occasionnelle	Marche occasionnelle	Diminuée	Correcte	Aucun problème apparent
2	Très diminuée	Souvent	Confiné au fauteuil	Très limitée	Inadéquate	Problème potentiel
1	Complètement diminuée	Constamment	Confiné au lit	Immobile	Très pauvre	Problème certain

Il convient de réaliser l'ensemble de l'évaluation en tenant compte de l'état actuel du patient et d'attribuer à chaque catégorie le score concerné.

Lorsqu'un doute est rencontré pour attribuer le score à un patient, il est possible d'utiliser l'échelle de Braden « plus développée ». Elle comprend exactement le même nombre de critères attribués aux mêmes nombre de points, mais les catégories sont plus développées. Ainsi le risque de subjectivité et d'appréciation personnelle est amoindri. Il est possible de citer par exemple le développement apporté pour la nutrition très pauvre : « ne mange jamais un repas complet. Mange rarement plus du tiers des aliments proposés. Mange 2 rations de protéines ou moins par jour (viandes ou produits laitiers). Boit peu. Ne pas prend de suppléments alimentaires. Ou est à jeun et/ou hydraté par voie orale ou intraveineuse depuis plus de cinq jours ». (*Annexe n°2*)

Le nombre de points maximal est de 23. Il correspond à un risque que l'on peut considérer comme presque nul et qui entrainera un programme de prévention très léger. On rappelle tout de même qu'un patient considéré comme « pas à risque » peut le devenir dans un délai



très court, c'est pourquoi un score élevé lors de la réalisation de l'échelle de Braden ne doit pas engendrer une absence de vigilance.

Concernant les autres risques, on estime que plus le score est faible, plus le risque de développer une ou plusieurs escarres sera important :

- Un score supérieur à 18 est corrélé à un risque faible.
- Le risque devient modéré lorsque le score est compris entre 13 et 17.
- Il passe au niveau élevé lorsque la barre des 12 points n'est plus franchie.

## B. L'échelle de Norton

L'échelle de Norton est une échelle anglo-saxonne ancienne. Elle a été inventée par Nora Norton, une infirmière en Grande-Bretagne en 1962. Elle a pour caractéristique sa simplicité d'utilisation mais ses inconvénients reposent sur le fait que premièrement, elle ne prend pas en compte le statut nutritionnel du patient évalué et deuxièmement, elle n'est validée que chez les patients de 65 ans et plus, donc n'est utilisable que dans cette catégorie de population (c'est pourquoi on la retrouve fréquemment exploitée en milieu gériatrique). Or, même s'il est vrai que les personnes âgées sont plus à même de développer une escarre de part les caractéristiques étudiées précédemment, les personnes âgées de moins de 65 ans ne sont pas exclues de ce risque. L'échelle de Norton n'est donc pas extrapolable à l'ensemble de la population.

Tableau II: Echelle de Norton

Echelle de Norton					
Score	Condition physique	Etat mental	Activité	Mobilité	Incontinence
4	Bonne	Bon, alerte	Ambulant	Totale	Aucune
3	Moyenne	Apathique	Avec aide	Diminuée	Occasionnelle
2	Pauvre	Confus	Assis	Très limitée	Urinaire ou fécale
1	Très mauvaise	Inconscient	Alité	Immobile	Urinaire et fécale

Partant du même principe que l'échelle de Braden, un score est donné à chaque catégorie en fonction des caractéristiques du patient. En attribuant une note allant de 1 (état déficient) à 4 (bon état), un score final peut être déterminé. Plus le score s'éloigne du score maximal, c'est-à-dire 20 points, plus le patient sera considéré à risque. Généralement, un patient totalisant moins de 14 points inclus lors de la réalisation de l'échelle de Norton est considéré à risque d'escarre.

Développons désormais les cinq critères de l'échelle de Norton afin de pouvoir choisir au mieux le score spécifique au patient, afin que l'hésitation entre deux scores soit la moins approximative possible : [10,12]

- La condition physique : *état clinique et santé physique* (considérer l'intégrité des tissus, la masse musculaire et l'état de la peau)
  - o Bonne : Parait en bonne santé, état stable
  - o Moyenne : Etat majoritairement stable
  - o Pauvre : Parait en mauvaise santé, état instable
  - o Très mauvaise : Etat critique, précaire
  
- Etat mental : *niveau de conscience et d'orientation*
  - o Bon : Personne bien orientée dans le temps, l'espace et l'environnement
  - o Apathique : Personne orientée deux fois sur trois, passive
  - o Confus : Personne orientée seulement une fois sur deux, conversation parfois inappropriée
  - o Inconscient : Personne léthargique, généralement difficile à stimuler
  
- Activité : *degré de capacité à se déplacer et à être autonome*
  - o Ambulant : Capable de marcher sans aide, en toute indépendance
  - o Marche avec aide : Incapable de marcher sans aide humaine ou matériel (canne...)
  - o Assis au fauteuil : Se déplace très peu, reste confiné au fauteuil à cause de son état ou parce qu'une prescription médicale l'y contraint
  - o Alité : Confiné au lit à cause de son état ou en raison d'une prescription médicale
  
- Mobilité : *degré de contrôle et de mobilisation des membres*
  - o Totale : Personne indépendante dans ses mouvements, bougeant et contrôlant tous ses membres volontairement
  - o Diminuée : Personne capable de bouger et de contrôler ses membres, mais avec quelques limites. A parfois besoin d'aide pour changer de position.
  - o Très limitée : Personne incapable de changer de position sans aide (paralysie, contractures...)
  - o Immobile : Personne incapable de bouger seule
  
- Incontinence : *degré de capacité à contrôler les sphincters urinaires et anaux*
  - o Aucune : Contrôle total ou présence d'une sonde urinaire
  - o Occasionnelle : Une à deux incontinences d'urines ou de selles par jour. Ou présence d'une sonde urinaire ou d'un Pénilex, mais incontinence fécale
  - o Urinaire ou fécale : Trois à six incontinences par jour
  - o Urinaire et fécale : Absence de contrôle de la vessie et des intestins

Remarque : L'échelle de Norton est aussi utilisée en France, pour déterminer le seuil de prise en charge par l'Assurance Maladie du coût des matelas et des surmatelas d'aide à la prévention des escarres. [75]

### C. L'échelle de Waterlow [11]

L'échelle de Waterlow a été créée en 1985 par une scientifique de Grande-Bretagne, qui lui a donné son nom. Cet outil d'évaluation du risque est plutôt utilisé chez les sujets jeunes car elle affecte un score très important à l'âge, ce qui l'empêche d'être extrapolable aux sujets âgés notamment. En effet, au-delà de 85 ans, le score correspond toujours à un très haut risque. Le risque de surestimation met donc en évidence sa mise en œuvre complexe chez les séniors.

Tableau III: Echelle de Waterlow. D'après [www.oncologik.fr](http://www.oncologik.fr)

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

Cette échelle est considérée par de nombreux spécialistes comme plus complexe et est donc généralement destinée à la pratique pluridisciplinaire hospitalière et aux services de chirurgie.

Le principe de décision est contraire aux échelles de Braden et de Norton préalablement citées dans lesquelles un score s'affaiblissant était prédictif d'escarres. En effet, avec l'échelle de Waterlow, plus le score est haut, plus le risque d'escarre est élevé. On considère qu'un résultat inférieur à 10 signe un risque d'escarre inexistant. Un « haut risque » sera considéré à partir de 15, alors qu'un « très haut risque » est défini à partir du score de 20.

Voici quelques données pour aider à la cotation : [13]

- Morphologie : En cas de doute, il faut se référer à l'indice de Quetelet (ou Indice de Masse Corporelle, IMC) qui est égal au poids (en kilogrammes) divisé par la taille (en mètres) que l'on élève au carré.
  - o  $IMC < 19$  : Maigre
  - o  $20 < IMC < 25$  : Normal
  - o  $26 < IMC < 29$  : Léger surpoids
  - o  $> 30$  : Obésité
- Aspect visuel de la peau : C'est l'aspect de la peau sur la zone à risque d'escarre la plus à risque qui compte : trochanters, sacrum, fesses, talons...
- L'incontinence : Le calcul du score sera identique à l'échelle de Norton (cf I.7.B)

#### D. Récapitulatif des échelles anglophones

Les échelles de Norton et de Braden sont assez sensibles. Selon les études, 73 à 92% des patients qui ont développé une escarre avaient auparavant un score inférieur à 14 sur l'échelle de Norton, et 83 à 100% avaient un score inférieur ou égal à 16 sur l'échelle de Braden. Par contre, elles manquent de spécificité.

Cependant toutes les échelles présentent des limites. Malgré une forte corrélation statistique entre les scores des trois échelles anglophones majeures et la survenue d'une escarre, seulement 5.3% à 7.8% des patients déterminés comme étant à risque accru ont présenté un ulcère du à la pression dans la semaine qui suivait, malgré l'absence de mesures préventives. Autrement dit, sans mesures de préventives particulières, moins de 8% des patients ayant un score jugé défavorable ont présenté une semaine plus tard une escarre. A l'opposé, environ 2% des patients pour lesquels le score était favorable, ont été porteur d'une plaie de ce genre. [75]

Pour conclure, aucune échelle ne remplace le jugement humain.

Tableau IV: Comparatif entre les différentes échelles anglophones principales

	NORTON	BRADEN	WATERLOW
Etat général	OUI	NON	OUI
Etat mental	OUI	NON	NON
Mobilité	OUI	OUI	OUI
Activité/autonomie	OUI	OUI	NON
Humidité	OUI	OUI	OUI
Cisaillement/friction	NON	OUI	NON
Etat nutritionnel	NON	OUI	OUI
Perception sensorielle	NON	OUI	OUI
Age/sexe	NON	NON	OUI
Prise de médicaments	NON	NON	OUI
Antécédents de chirurgie ou traumatisme	NON	NON	OUI
Malnutrition des tissus	NON	NON	OUI

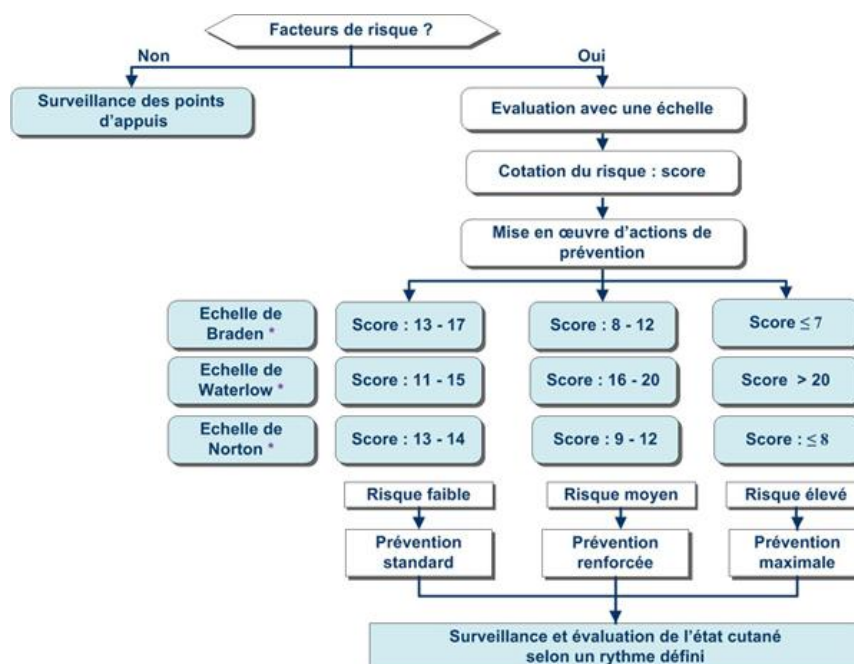


Figure 9: Récapitulatif des risques en fonction des échelles.  
D'après [www.oncologik.fr](http://www.oncologik.fr)

Plus le risque sera élevé, plus la prévention sera donc renforcée. Les soins d'hygiène seront pluriquotidiens, la surveillance des points d'appui sera accrue, le matelas à air dynamique sera privilégié, la dénutrition combattue avec l'action d'un professionnel, et la planification des mobilisations sera effective.

#### E. Encore d'autres échelles... [7]

##### (Annexe n°3)

D'autres échelles, notamment des échelles francophones sont aussi retrouvées dans la littérature. Cependant, elles sont très peu utilisées et mises en œuvre au quotidien.

Citons par exemple, l'échelle des Peupliers-Gonesse. Elle a été créée en 1988 par l'école de la Croix Rouge Française de Peupliers et a été modifiée par le centre de Gonesse. Elle est d'inspiration forte de l'échelle de Norton. Elle rassemble six critères : quatre liés aux risques intrinsèques (état général, état cutané, état nutritionnel et état psychologique) et deux liés aux risques extrinsèques (mobilité et continence). La différence majeure avec l'échelle de Norton est la prise en considération de l'état nutritionnel du patient évalué.

Une autre échelle francophone peut être définie. Il s'agit de l'échelle d'Angers de 1990, créée par des spécialistes de médecine physique et de réadaptation. Elle rassemble sept critères, avec entre autres, la mobilité, la continence, l'état nutritionnel, l'âge, l'état psychologique.

L'échelle de Genève de 1990 est spécifique aux services de réanimation. Dotée d'une réelle complexité, déterminer un risque prend beaucoup de temps avec cette échelle. Une équipe genevoise a évalué les items spécifiques au type de patients pris en charge pour définir vingt situations à risque. A chaque item est corrélé un nombre de points et un total est effectué. Les facteurs de risque pris en compte sont très particuliers : une part importante est faite aux désordres circulatoires et métaboliques alors qu'une moindre place est laissée aux items pris en compte dans les autres échelles (mobilité, activité...).

Les échelles de Colin ou encore de Lemoigne sont également retrouvées.

#### 7) Conséquences et complications des escarres

##### A. Conséquences

##### a. Psycho-sociales [2]

L'escarre est une maladie lourde et dévalorisante pour le patient. Elle est à l'origine de nombreux retentissements psycho-sociaux altérant la qualité de vie de la personne atteinte :

- Une gêne et une souffrance physique : les escarres sont des plaies douloureuses tant en intensité qu'en durée. Cette douleur est accentuée également lors des soins apportés à la plaie (nettoyage, réfection du pansement).

- Une souffrance morale par la limitation des capacités fonctionnelles (marche, station assise) ainsi que par une diminution de l'autonomie, des sorties et donc un affaiblissement de la liberté personnelle de l'individu.

Les escarres peuvent aussi entraîner une altération de l'image de soi et de la relation à autrui liée à la présence de la plaie, de ses éventuels écoulements et de ses fréquentes odeurs désagréables et difficiles à assumer en société. Les soins sont lourds, douloureux et dévalorisants pour le patient. Dans un contexte déjà souvent délicat, l'escarre peut générer une morbidité due à la sensation de mort progressive par la destruction locale d'une partie du corps. Le syndrome dépressif sera donc toujours à surveiller étroitement.

Le soignant devra aussi veiller à être vigilant au regard qu'il porte sur l'escarre de son patient. En effet, le soignant peut, lors de la mise en évidence des soins lourds et de longue durée, entraîner un sentiment de dévalorisation et de gêne chez le patient. Malgré une charge de travail intense et pesante, les soignants devront dans la mesure du possible, s'attacher à donner au patient, une image positive de lui-même et une dignité intacte.

Aucune étude n'a été dans la capacité d'évaluer précisément le préjudice psychologique causé par la présence d'escarre chez un individu.

#### b. Economiques

Le traitement médical et chirurgical de l'escarre est lourd, couteux et de longue durée. Les surcoûts sont importants tant pour le patient que pour la société, que ce soit de manière directe par le coût des pansements, le temps soignant... qu'indirectement par l'allongement des durées de séjours hospitaliers, l'alourdissement de la charge de soins, la mise en péril du maintien à domicile...

Les escarres ont un réel impact économique. On estime qu'entre 15 et 30 000 euros sont nécessaires pour soigner une seule escarre. En effet, les ulcères dus à la pression ne cicatrisent que très lentement : dans certaines études, selon le stade de l'ulcère, la durée moyenne de cicatrisation a été comprise entre 109 jours et 146 jours, et le taux de guérison à un an a été de 59% à 87% [75]. Globalement, on estime que 20% des escarres nécessitent un traitement de plus de 6 mois. [10] Aux Etats-Unis, le coût global de la prise en charge des escarres est estimé à environ 8 milliards d'euros par an. L'impact financier pour un pays est donc non négligeable : une étude néerlandaise a montré que les coûts inhérents à la prise en charge des escarres se situaient au troisième rang après les cancers et les maladies cardiovasculaires.[11]

En France, chaque année, la Sécurité Sociale dépense 3.35 Milliards d'euros pour traiter les escarres tout frais compris : temps infirmiers, pansements, antibiotiques, antiseptiques...

On comprend donc aisément que le coût du curatif est très important, et il n'est jamais trop suffisant de rappeler que le coût du préventif est négligeable par rapport aux dépenses engendrées pour le traitement. En effet, le coût de la démarche préventive est estimé 2.5 fois moins importante que celui de la démarche curative. [82]

De ce fait, la prise en charge de l'escarre nécessite des stratégies dans lesquelles l'approche économique et le souci de prévention doivent aller de pair.

## B. Complications

Les complications d'une escarre constituée peuvent être locales, infectieuses mais aussi d'ordre général, pouvant même conduire au décès du patient. On considère que 14 000 décès par an peuvent être directement ou indirectement imputés aux escarres [14].

L'extension en nombre et en taille de la plaie, le retard ou l'absence de cicatrisation (que ce soit à cause d'un déficit cicatriciel du au diabète par exemple ou pour une autre raison) et un hyper bourgeonnement sont des complications locales.

Les escarres, selon leur siège, peuvent aussi créer des troubles orthopédiques ou fonctionnels. Elles peuvent de la même manière conduire à des amputations, du pied notamment suite à une escarre talonnière.

Les complications infectieuses quand à elles, peuvent être de l'ordre d'un abcès profond (avec présence de germes comme *staphylococcus aureus*, *pseudomas*, bactéries anaérobies), de fistules avec décollement sous-cutané, d'ostéites et d'ostéo-arthrites. Ces complications infectieuses peuvent encore s'aggraver davantage si les bactéries passent dans la circulation sanguine causant à terme des complications non plus locales, mais générales à type de septicémie.

Les escarres sont des marqueurs de mauvais pronostic chez les patients cancéreux. En effet, des auteurs ont montré que le risque de décès des suites d'une escarre chez cette catégorie de patients, était multiplié par un facteur 2. [11]

### 8) Démarche curative [33,34]

Logiquement, la démarche de soins de l'escarre apparait après l'échec des différentes mesures de prévention. Cependant, il est nécessaire d'insister sur le fait que le soin de la plaie ne doit pas faire oublier les réflexes de prévention (y compris la correction des déséquilibres métaboliques et hémodynamiques), ceux-ci doivent, au contraire être majorés dans de genre de situation.

Le traitement de l'escarre est à la fois local et général, prenant en compte simultanément la personne et la plaie. La prise en charge se devra donc d'être pluridisciplinaire, nécessitant l'adhésion des soignants à un protocole de soins et la participation active du patient et de son entourage.

Il est nécessaire avant toute mise en place de traitement de réaliser la description précise et détaillée de l'escarre à soigner. Cela permettra d'établir une référence pour les évaluations ultérieures et aidera au mieux à suivre l'évolution de la plaie.

Berlowitz en 1997 a voulu rechercher s'il existait des facteurs prédictifs de guérison des escarres. Un des facteurs les plus importants est le stade de l'escarre puisque 75% des escarres de stade II ont guéri contre 45.2% des escarres de stade III et 30.6 des escarres de stade IV. L'immobilité et les incontinences étaient également associées aux ulcères ne guérissant pas. Cette étude a donc souligné l'importance d'un dépistage précoce des escarres, l'importance de la mobilisation et de la rééducation y compris la rééducation urodynamique si elle est possible.



## A. Traitement de la plaie

**Nettoyage** : L'utilisation de sérum physiologique (chlorure de sodium à 0.9%) ou d'eau non stérile est préconisée afin de nettoyer la plaie et son pourtour de façon non agressive. En cas de souillure, le nettoyage se fera à l'eau et au savon.. Seul l'assèchement par tamponnement des bords de la plaie est à réaliser pour éviter la macération des berges. Le nettoyage se fera de façon centripète pour éviter leur contamination. Ces soins seront à pratiqués dans des conditions d'hygiène parfaite mais pas stérile car la plaie est contaminée par des bactéries qu'il est indispensables de préserver pour la cicatrisation de la plaie.

De plus, quelque soit le stade auquel l'escarre se trouve, le traitement local devra respecter la flore commensale: les antibiotiques ne seront donc pas préconisés localement car ils interféreraient avec le bactériocycle, et ce, même en cas de phénomène infectieux au niveau de l'escarre.

Il existe un consensus fort pour limiter voire supprimer l'usage d'antiseptiques en raison du peu de bénéfice qu'ils apportent en comparaison à leurs effets néfastes connus : sélection de bactéries résistante, pénétration systématique, cytotoxicité pouvant ralentir la cicatrisation... Parfois, avec certains pansements, ils sont même contre-indiqués.

**Détersion** : Cette manipulation est nécessaire sur les plaies nécrotiques et fibrineuses. Elle peut être mécanique à la curette ou au bistouri, afin de retirer les débris fibrineux voire nécrotiques (en veillant à rester prudent pour éviter le saignement et la douleur) ou aidée par un pansement tel que les alginates ou les hydrogels. Une détersion soigneuse est la condition d'une bonne cicatrisation : elle élimine au fur et à mesure tous les tissus nécrotiques.

**Choix du pansement** : Le recouvrement de la plaie par un pansement gras ou semi-occlusif permet de maintenir un milieu local favorisant le processus de cicatrisation spontanée. De ce fait, la création d'un milieu chaud, humide et relativement pauvre en oxygène favorise l'activité des macrophages, des fibroblastes, des cellules endothéliales et des kératinocytes. Ainsi la détersion, le bourgeonnement et l'épidermisation pourront avoir lieu plus aisément.

Le choix du pansement s'appuie en particulier sur l'aspect de la plaie. Inventé dans les années 60, le pansement historique de la cicatrisation dirigée en milieu humide est l'hydrocolloïde. Celui-ci reste toujours d'actualité mais d'autres pansements, parfois plus adaptés, plus techniques, plus sophistiqués et donc plus spécifiques à certaines situations sont venus s'ajouter aux possibilités de traitement.

Les pansements techniques sont soumis à la législation des dispositifs médicaux qui sont définis dans le code de la santé publique à l'article L 5211-1, cinquième partie, livre II, titre I, Chapitre I : « on entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception de produit d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenants dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens ».

Tableau V : Choix du pansement adapté à l'état de la plaie

Etat de la plaie	Type de pansement
<b>Plaie nécrotique, sèche</b>	Hydrogel
<b>Plaie exsudative</b>	Hydrocellulaire
<b>Plaie très exsudative</b>	Alginate, hydrofibre
<b>Plaie bourgeonnante</b>	Pansement gras, hydrocolloïde, hydrocellulaire
<b>Plaie en voie d'épidermisation</b>	
<b>Plaie malodorante</b>	Pansement au charbon
<b>Plaie infectée</b>	Pansement argent+charbon, alginate sous pansement secondaire non occlusif

## B. Traitement de la douleur

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 qui est un phénomène subjectif, ne sera pas ressentie de la même façon par tous.

La douleur associée à l'escarre peut être spontanée ou non, brutale et inattendue, parfois limitée aux soins, aux changements de position ou aux mobilisations, ou encore présente continuellement. La douleur devra être analysée de la façon la plus complète précise, et très régulièrement, afin d'assurer au patient une prise en charge correcte.

L'analyse de la douleur comprend une évaluation de ses causes (soin de la plaie, mobilisation, changement de position) et de son intensité (auto-évaluation par le patient avec une échelle validée comme l'échelle visuelle anatomique, complétée d'une observation clinique pendant les soins : intensité, localisation, circonstance d'apparition, durée, faciès, gémissements...).

En règle générale, la destruction tissulaire liée à la présence d'une escarre entraîne toujours une douleur par excès de nociception. C'est pourquoi, les recommandations pour le traitement de ce type de douleur suivent la stratégie des trois paliers d'antalgiques de la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

- Les antalgiques de palier 1 traiteront les douleurs faibles à modérées. En première intention, le paracétamol est retrouvé. En cas d'inflammation, des AINS pourront être mis en place en veillant aux effets indésirables digestifs et rénaux.
- Les antalgiques de palier 2 seront utilisés pour des douleurs modérées à intenses. Il s'agit de la codéine, du tramadol souvent en association avec du paracétamol.
- Les antalgiques de palier 3 seront réservés pour prendre en charge les douleurs intenses à très intenses. Ce seront des opioïdes forts type morphine, hydromorphone, oxycodone, fentanyl.

Les effets antalgiques du traitement, de même que ses effets secondaires doivent être évalués rapidement jusqu'à l'obtention d'une antalgie efficace et bien tolérée. Un changement de palier est nécessaire lorsque les médicaments du palier inférieur s'avèrent insuffisants au bout de 24 à 48 heures. Seul le soulagement de la douleur détermine la dose efficace. Cependant, en cas de douleurs intenses aiguës cycliques (lors de la réfection d'un

pansement notamment), l'utilisation d'emblée d'un opioïde fort de palier 3 peut se justifier. Dans ce cas, le soignant devra pouvoir assurer la prise de l'analgésie avant la réfection du pansement.

On notera aussi que l'utilisation de support d'aide à la prévention de l'escarre diminue le phénomène douloureux, en mettant en décharge la zone douloureuse.

### C. Traitement chirurgical

Dans certains cas, la chirurgie s'avère nécessaire, notamment en cas de nécrose tissulaire importante, d'exposition des axes vasculo-nerveux, des tendons ou des capsules articulaires mais aussi en cas d'exposition de l'os et d'infections multiples. Cependant, elle semble contre-indiquée, du moins pas adaptée, chez le sujet âgé porteur d'escarres plurifactorielles ainsi qu'en l'absence de mise en place des mesures de prévention des récurrences. Elle s'adresse donc à des patients en état général correct et dont le pronostic, en termes de réadaptation est bon.

Le traitement chirurgical doit permettre l'excision suffisante des tissus nécrosés, le comblement de la perte de substance sans oublier le respect maximal du capital cutané et musculaire au voisinage de l'escarre.

### D. Thérapie adjuvante : la thérapie par pression négative

La thérapie par pression négative (TPN) est une méthode thérapeutique qui a fait ses preuves dans le traitement des plaies complexes. Elle s'applique aussi bien à des patients hospitalisés qu'en ambulatoire. Dans le cas des escarres, la TPN est indiquée pour les stades 3 et 4 en deuxième intention après la détersion chirurgicale. Cela optimise la fermeture de la plaie par suture simple ou par une chirurgie de reconstruction.

Il s'agit d'une méthode de cicatrisation physique, active et qui fait l'usage d'une pression négative locale et contrôlée. Cette pression s'effectue au travers d'une mousse mise en place dans la plaie. Elle est poreuse, stérile et ne contient aucun principe actif. Elle est ensuite recouverte d'un film adhésif transparent et imperméable aux liquides et est reliée par un système de tubulure à un réservoir collecteur de sérosité et d'exsudat. L'aspiration permanente du liquide dans la plaie aboutit à une progression rapide des tissus cicatriciels et donc à un comblement de la cavité.

Elle a comme objectifs de préserver un milieu humide et tiède, de drainer les sérosités, de stimuler les facteurs de croissance et de défense, d'améliorer la circulation sanguine et d'accroître la néo-angiogénèse.

## II) Démarche préventive

La mise en place des mesures générales de prévention commence dès l'identification des facteurs de risque du patient et concerne l'ensemble des professionnels en contact avec ce dernier. Ceci sous-entend donc qu'il est primordial de prendre le temps d'évaluer le potentiel à risque du patient et de définir, pour lui, spécifiquement, et d'une manière non figée dans le temps, des mesures de prévention des escarres adaptées à son état au moment présent. C'est-à-dire que l'ensemble du projet de prévention que le personnel soignant aura défini pour ce patient pourra être amené à changer très rapidement, de façon à suivre son état et à pouvoir répondre aux mieux à ses besoins.

Les mesures préventives qui seront nommées et expliquées dans ce chapitre s'appliquent à tout patient dont l'état cutané est intact mais qui présente des facteurs de risque et qui est donc potentiellement sujet à l'apparition d'une ou de plusieurs escarres. La prévention vise donc à éviter l'apparition de ces dernières.

Il est aussi nécessaire de rappeler que ces mesures de prévention s'appliquent nécessairement aux personnes ayant déjà développées des escarres dans le passé, pour éviter que ce phénomène se reproduise.

### 1) Mobilisation de la personne

#### A) Pourquoi ? [1,15]

La pression est le facteur le plus important dans le développement des escarres. Il faut donc de ce fait, éviter les appuis prolongés en effectuant des changements de position réguliers dans le but de réduire la durée de ces appuis si néfastes pour l'intégrité de la peau. Qu'elle soit allongée ou assise, il est conseillé de mobiliser la personne à risque d'escarres pour réduire la pression et alterner les zones d'appui du corps, toutes les deux à trois heures maximum. Bien qu'il n'existe pas d'étude permettant de déterminer avec précision la fréquence nécessaire des changements de position, la plupart des auteurs préconisent ce délai. Il sera important de l'adapter : plus le patient cumule de facteurs de risque, plus le délai entre deux positions sera raccourci.

En partant de cette recommandation, il ne faudra tout de même pas négliger l'état et le confort du patient, en tenant compte de son âge, de ses pathologies, de ses besoins, de ses envies, de ses habitudes.

Pour un individu sans risque d'escarres, sans pathologies sous-jacentes, la douleur due à l'immobilisme saurait le faire changer de position, en se soulevant légèrement ou en changeant d'appui par exemples, mais ces mécanismes naturels de réaction de l'organisme face à un danger potentiel sont inopérants dans le cas de patients souffrant de troubles de la sensibilité, ou de la motricité ou encore des troubles neurologiques.

## B) Positions à adopter et précautions à prendre

Le changement de positions est donc essentiel pour soulager les pressions au niveau des points d'appui.

Le patient doit être installé sur son lit ou dans son fauteuil de la façon la plus confortable possible. Deux formes d'agression lui seront donc évitées : les cisaillements et les frottements. Ces derniers sont souvent à l'origine de lésions superficielles de type dermabrasions. Les cisaillements, eux, sont favorisés par le glissement du patient dans le lit ou sur son fauteuil, et ont pour conséquences d'altérer les tissus profonds. Ces forces si néfastes pour le patient peuvent et doivent être combattues.

Placé dans son lit, le patient aura tendance, au fil du temps, à glisser « au bout du lit ». Il glissera sur le matelas en créant des forces qui altéreront sa barrière cutanée et pourront à terme conduire à la genèse de l'escarre. Le même principe est retrouvé pour le patient assis au fauteuil qui va glisser vers l'avant. Pour mettre à néant ses forces, le patient devra être positionné de telle sorte qu'il ne glisse pas, et des accessoires de positionnement pourront être mis en place à ce sujet.

Des précautions devront être également prises du côté des soignants et des aidants, qui voudront changer le patient de position. Quand la position du malade doit être modifiée, il est préférable de le soulever du plan du lit (verticalement) plutôt que de le « trainer » (horizontalement) pour le remonter. Pour cela, l'utilisation d'appareils spécifiques d'aide aux transferts ou encore des draps seront utilisés. A noter que quand cela reste possible, la participation active du patient avec une potence notamment, ou l'intervention de plusieurs agents restent des mesures à prioriser.

Il est possible de distinguer quelques positions à adopter et à alterner: [7,11]

- **Le décubitus dorsal non strict** : Le patient est allongé sur le dos, le dossier du lit est surélevé à 30°, les hanches sont fléchies à 30° et les genoux fléchis (grâce à divers accessoires). Le lit présente une légère déclive.

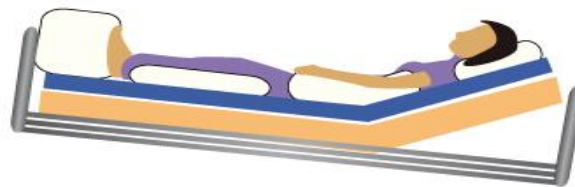


Figure 10: Le décubitus dorsal non strict.  
D'après [www.oncologik.fr](http://www.oncologik.fr)

- **Les décubitus latéraux droits et gauches, à 30° ou « semi fowler »**: Le lit est complètement à plat. Un oreiller est placé sous la tête du patient et l'éventuelle sonde urinaire est dégagée (elle ne passe pas sous la cuisse). Le patient a le tronc positionné en semi-latéral à 30° par rapport au plan du lit grâce au matériel placé au niveau du dos et des fesses. Il importe que le périnée ne soit pas en contact avec le

matelas. La jambe supérieure est posée à l'arrière de l'autre jambe avec une flexion de 30° au niveau de la hanche et de 35° au niveau du genou. Du matériel de positionnement est aussi placé entre les jambes pour éviter un appui et un frottement trop intense au niveau des talons et des malléoles.

Cette position est néanmoins contre-indiquée pour les patients porteurs d'une sonde naso-gastrique, pour les insuffisants respiratoires et les insuffisants cardiaques. Il sera important d'alterner cette position du côté gauche, puis du côté droit. C'est une position idéale car l'ensemble des points d'appui est épargné.



Figure 11: Le décubitus latéral à 30°.  
D'après [www.escarre.fr](http://www.escarre.fr)

- **La position assise droite** : Le patient est assis avec les pieds au sol (ou sur un marche-pied). Le dossier est incliné fortement de manière à rapprocher le plus possible le patient de la verticalité.



Figure 12: La position assise droite.  
D'après [www.oncolgik.fr](http://www.oncolgik.fr)

- **La position semi-assise avec buste relevé à 30°** : Le patient est assis. Une bascule du dossier et de l'assise a lieu. On veillera à ce que les talons soient libres de toute pression. De plus, il est conseillé de relever les pieds avec un coussin pour éviter le glissement en avant du fauteuil. On notera que cette position présente tout de même un faible risque au niveau du sacrum.



Figure 13: La position semi-assise avec buste relevé à 30°.  
D'après [www.oncoloik.fr](http://www.oncoloik.fr)

Au contraire, certaines positions doivent être totalement bannies car elles présentent des risques bien trop intenses : [7]

- **Le décubitus dorsal strict ou « position allongée sur le dos »** : La pression est essentiellement concentrée au niveau du sacrum et des talons. Il est donc compréhensible que des escarres surviennent sur ces zones si cette position est prolongée trop longtemps.



Figure 14: La position dorsale stricte.  
D'après [www.maitrise-orthopedique.com](http://www.maitrise-orthopedique.com)

- **Le décubitus latéral strict (gauche ou droit) ou « position allongée sur le côté à 90° »**. Les pressions sont concentrées sur les trochanters. Le risque d'escarre compliqué d'une atteinte infectieuse ostéo-articulaire justifie l'interdiction de cette position qui est considérée comme à haut risque.



Figure 15: Le décubitus latéral strict. D'après [www.escarre.fr](http://www.escarre.fr)

- **Le décubitus ventral ou « position allongée sur le ventre »** : Le patient est allongé sur le ventre. Cette position est citée ici mais très peu utilisée en réalité car elle présente un inconfort particulièrement important pour le patient.



Figure 16: Le décubitus ventral.  
D'après [www.escarre.fr](http://www.escarre.fr)

- **La position demi-assise au lit**, avec le relève-buste à une inclinaison supérieure à 30° : La pression est davantage concentrée sur la zone sacrale et reste importante au niveau des talons. De plus, dans cette position, le patient a tendance à glisser, ce qui amène en plus, des forces néfastes. On privilégiera donc toujours une inclinaison inférieure à 30°.
- **La position « assise au lit »** est à préconisée uniquement pour la prise des repas, si le patient n'a pas la possibilité de les prendre en dehors du lit. En effet, malgré sa grande stabilité, elle est à interdire du fait du risque majeur d'escarre trochantérienne. Le grand trochanter étant exposé, avec pour seule interface avec le lit, le muscle moyen fessier.

Pour résumer, les trois positions recommandées au lit sont : le décubitus dorsal non strict, le décubitus latéral gauche à 30° et le décubitus latéral droit à 30°. Elles doivent être alternées régulièrement (idéalement, toutes les deux à trois heures)

La position « debout » est la position physiologique chez l'homme qui permet la décharge de l'ensemble des points d'appui critiques. L'activité de marche est donc à privilégier, à encourager chez les personnes dont l'état physique le permet. La marche permettra au corps de se décharger des pressions, limitera la perte musculaire, et encouragera le patient à se mobiliser activement seul. Malheureusement, il n'est pas possible de la mettre en place chez tous les patients, nombreux étant porteurs de réfractations diverses, de perte d'équilibre ou encore étant grabataires.

Lorsque plusieurs personnes interviennent auprès d'un patient à risque, notamment pour la mobilisation et les changements de position, il paraît nécessaire d'établir une programmation des positionnements, un planning pour savoir dans quelle position placée le patient et à quel moment. Il semble judicieux d'adapter les positions en fonction du rythme de la journée du



patient. Ainsi, la position semi-latérale à 30° pourra être envisagée lors du passage des infirmières pour faciliter les soins, ou pour faciliter la toilette. Le décubitus dorsal non strict serait à réserver à la sieste et aux éventuelles visites. Concernant les repas, s'il n'y a pas d'autres possibilités, la position assise au lit est à mettre en place mais uniquement de manière ponctuelle : le temps du repas du patient.

### C) Le matériel d'aide aux transferts [7,16,17,18]

Chez les personnes dont la mobilité est réduite et dont l'état engendre une perte d'autonomie et de ce fait, ne permet pas le déplacement de manière active, les changements de position et les transferts d'un lieu à l'autre (lit, fauteuil, toilettes, salle de bain...) peuvent causer un réel problème pour ces personnes mais aussi pour leurs aidants. Dès lors, l'aménagement des transferts peut et doit se mettre en place.

Cet aménagement, que ce soit par l'achat ou la location de matériel médical ou par des modifications de l'espace de vie de la personne doit se révéler être le moins contraignant pour les équipes soignantes, pour l'entourage familial mais aussi et surtout pour le patient.

En effet, le transfert d'une personne est souvent un moment appréhendé par tous : le patient qui craint la chute ou d'être blessé, traumatisé, et pour qui la fierté s'amenuise. Mais aussi pour les aidants qui craignent la mauvaise manipulation, et la blessure de l'aidé.

#### (a) Le verticalisateur

Cet appareil permet la station debout aux patients ne pouvant pas l'assurer seuls (ou sans aide), mais qui restent néanmoins aptes à y participer activement par leurs membres supérieurs. Les patients concernés doivent aussi être en capacité de prendre appui temporairement sur au moins une jambe.

Il peut être utilisé pour tous les transferts nécessaires au quotidien, que ce soit pour le passage du fauteuil au lit, du lit au fauteuil, pour se rendre aux toilettes, pour se mettre à table mais aussi pour effectuer un soin (pansement, change...).

Il existe deux types de verticalisateurs :

- Le verticalisateur manuel comprend une structure métallique avec socle, une sangle amovible pour attacher et sécuriser le patient, un guidon de préhension. Le patient, en s'accrochant à ce guidon peut alors exercer une force importante au niveau de ses bras pour se verticaliser.
- Le verticalisateur électrique comprend une structure métallique avec socle, une sangle amovible pour attacher et sécuriser le patient, un guidon d'appui et de préhension ainsi qu'un dispositif électrique avec un moteur alimenté par des batteries rechargeables. Il est équipé de roulettes, ainsi il permet aussi le déplacement court du patient d'un lieu à un autre. C'est un matériel encombrant qui nécessite donc un minimum de place au domicile du patient.



Figure 17: Verticalisateurs manuels et électrique.  
D'après le catalogue Alcura.

### Fonctionnement :

- Le patient pose ses pieds sur le socle de l'appareil. Ses jambes doivent être en appui sur le repose-tibia.
- Le soignant place la sangle dans le dos du patient, la fait passer sous ses aisselles puis la fixe au verticalisateur.
- Grâce à la télécommande, le soignant actionne le moteur. Ainsi, le verticalisateur tracte la personne vers le haut pour lui permettre de passer à la position debout. Si le verticalisateur est un modèle manuel, le patient devra se soulever grâce à la force de ses bras.
- Le verticalisateur est ensuite déplacé jusqu'à l'endroit souhaité, et le patient est ramené en position assise.



Figure 18: Les différentes étapes pour l'utilisation d'un verticalisateur. D'après [17]

### Prise en charge :

Selon les modèles, le verticalisateur pourra être proposé à l'achat ou à la location. Le prix variera en fonction des performances offertes. A la charge du patient ou remboursé (partiellement ou totalement) par la Sécurité Sociale selon la liste des produits et prestations remboursables (LPPR ou LPP), de nombreuses possibilités sont envisageables. Le patient devra prendre contact avec son pharmacien et ensemble, ils pourront étudier la meilleure solution envisageable compte-tenu des caractéristiques du patient.

Remarque: Même si la sangle de transfert sous-axillaire (présentée ci-avant) est majoritairement utilisée avec les verticalisateurs, il est nécessaire de rappeler qu'il existe aussi un autre modèle de sangle : la sangle de transfert sous-axillaire avec partie sous-cuisses. Comme sa dénomination l'explique clairement, elle possède en plus du soutien sous-axillaire, une partie sous-cuisses pour les personnes ayant des difficultés pour se tenir debout et qui disposent de moins de tonus au niveau du tronc et des jambes.



Figure 19: Sangle sous-axillaire.  
D'après [www.invacare.fr](http://www.invacare.fr)



Figure 20: Sangle sous-axillaire avec partie sous-cuisses.  
D'après [www.invacare.fr](http://www.invacare.fr)

#### (b) Le soulève-malade

Cet appareil de transfert permet de faciliter la mobilisation d'une personne ne pouvant pas se mettre debout (incapacité temporaire ou définitive). Il peut être utilisé pour l'ensemble des transferts cités précédemment, c'est-à-dire d'un lit à un siège (ou inversement) ou d'un siège à un autre siège sans passer par la position debout. En effet, comme son nom l'indique, il va entraîner la possibilité de soulever le patient lorsque ce dernier ne possède plus d'appui.

Le soulève-malade est constitué d'un fléau avec des crochets, d'une sangle amovible de différents types (qui s'adapte sur les bras latéraux ou sur la potence) pour maintenir le patient et d'un moteur alimenté par des batteries rechargeables et actionné avec une télécommande. Sa base à roulettes va permettre les déplacements dans l'espace et offre une bonne maniabilité y compris sur les surfaces en moquettes. On rappelle à ce fait, que malgré la présence de roulettes, les lève-malades sont des dispositifs de transferts et ne sont donc conçus que pour le transfert d'un patient, et non pas pour faire des « transports » (sous entendu de longue distance).

On insiste sur le fait que la sangle doit être mise en place juste avant le transfert et retirée dès cette action achevée. Elle ne doit en aucun cas, être laissée installée le reste du temps sous peine d'engendrer des plaies, des altérations corporelles sur le patient.

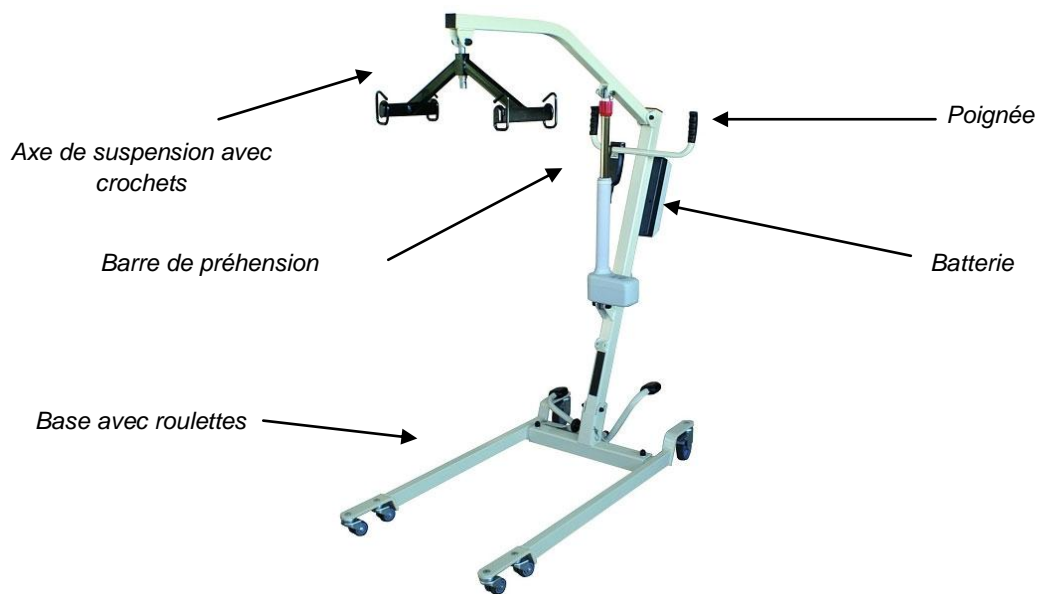


Figure 21: Description d'un lève-malade.  
D'après le catalogue Alcura.

Le choix d'un soulève-malade doit s'effectuer selon plusieurs critères :

- Prioritairement, en fonction de la personne aidée : poids (IMC), taille, morphologie, maintien possible ou non en position assise, semi-assise, debout, maintien possible ou non du tronc, de la tête. L'état médical, l'acceptation du transfert, l'état cutané et les implants médicaux (cathéters) doivent également rentrer en ligne de compte.
- De la personne aidante : taille, force, compétences, habitudes....
- Des transferts à effectuer, de leurs fréquences
- De l'agencement ou de la possibilité d'agencement de la maison : largeur des portes, espace, accès aux toilettes, à la baignoire...

Le bon choix d'un soulève-malade doit permettre de ne solliciter qu'une seule tierce personne pour déplacer la personne dépendante d'un point A à un point B, tout en préservant l'aidant.

Quelle sangle doit-être utilisée ?

La sangle utilisée se doit également d'être adaptée au patient. Cette sangle va permettre de sécuriser le transfert du patient tout en le maintenant sans risque de blessures. C'est le seul

lien entre le patient et le dispositif de transfert. En coordination avec les aidants, le pharmacien pourra conseiller sur le type de sangle à envisager pour le confort du patient.

On retrouve de nombreux types de sangles. Ainsi, on peut s'adapter plus facilement à l'action souhaitée mais surtout au patient :

- **La sangle universelle standard** : Elle comprend une sangle dorsale (appelée dossier) qui passe sous les aisselles et qui maintient les épaules et une sangle fessière (appelée siège). Elle est indiquée pour les personnes ayant un bon maintien de la tête.



Figure 22: La sangle universelle standard.  
D'après [www.invacare.fr](http://www.invacare.fr)

- **La sangle universelle avec tête** : En plus du soutien du corps et des épaules, elle permet le soutien de la tête pour les personnes en incapacité de la maintenir. A noter que si ce soutien supplémentaire n'est pas suffisant, il est tout à fait envisageable d'utiliser la sangle universelle avec « tête plus », qui soutiendra encore davantage l'ensemble de la tête.



Figure 23: La sangle universelle standard avec tête. D'après [www.invacare.fr](http://www.invacare.fr)

- **La sangle universelle dossier bas** : Elle permet le maintien des hanches et du bas du dos mais nécessite une participation totale du patient en ce qui concerne le maintien de la tête ainsi qu'un minimum de tonus musculaire au niveau du tronc.



Figure 24: La sangle universelle dossier bas.  
D'après [www.invacare.fr](http://www.invacare.fr)

- **La sangle toilette (avec ou sans tête)** : Le maintien a lieu au niveau du tronc et des cuisses. Cette sangle sera utile lors du transfert sur les toilettes ou sur la chaise garde-robe.



Figure 25: La sangle toilette.  
D'après [www.invacare.fr](http://www.invacare.fr)

- **La sangle hamac** offre un maintien complet de la tête et du corps. Ainsi, elle pourra être utilisée chez les personnes n'ayant aucune autonomie, ou aucune force. Cette sangle est aussi adaptable pour les personnes souffrant d'obésité.
- **La sangle amputés** : Elle permet le maintien du tronc et au niveau des cuisses. Le patient doit avoir gardé une bonne capacité à maintenir sa tête. Cette sangle n'est pas adaptée si le patient a des mouvements spastiques ou brusques car dans ce cas, elle n'offrirait pas la sécurité nécessaire requise.



Figure 26: La sangle pour amputés.  
D'après [www.invacare.fr](http://www.invacare.fr)

- **La sangle Easy-fit à jambes séparées ou resserrées** : Aussi appelée « sangle rapide », car la forme de la partie jambes permet une installation aisée. Elle permet tous les transferts et offre un maintien total en convenant à la majorité des patients.



Figure 27: La sangle Easy-fit.  
D'après [www.invacare.fr](http://www.invacare.fr)

Fonctionnement d'un souleve-malade :



Figure 28: Fonctionnement d'un souleve-malade. D'après [www.invacare.fr](http://www.invacare.fr)



### Prise en charge :

Le soulève-malade n'est pas pris en charge à l'achat. En revanche, il fait l'objet d'une inscription à la LPPR pour la location avec un tarif dégressif après la 32<sup>ème</sup> semaine. Les sangles, elles, nécessitent une participation de la part du patient lors de l'achat.

#### 2) Décharge des zones d'appui

##### A) Pourquoi et comment ? [7,15,19]

La décharge des zones d'appui a pour but de répartir d'une manière plus homogène les pressions subites par le corps du fait de son positionnement sur une surface dure. Ainsi, les proéminences osseuses sont moins exposées aux pressions, donc moins agressées donc le risque de développer une escarre s'en trouve amoindri. Car on rappelle que la pression est un facteur très important lorsque l'on évoque les causes d'apparition des escarres.

Pour procéder à cette mise en décharge, l'utilisation de supports adaptés au patient et à son environnement est recommandée. Ces supports vont permettre de réduire l'intensité de l'appui, en se basant sur la propriété physique suivante : l'application d'un corps aux parois irrégulières sur un support mou élastique présente la propriété d'agrandir sa surface d'appui et de diminuer la pression.

Le support est le matelas dans le cas d'un patient alité ou le coussin lorsque le patient sera en position assise. Il existe aussi une multitude d'autres supports (accessoires de positionnement, cales, protections locales) à envisager en tenant compte des besoins réels de chaque patient que l'on est amené à prendre en charge.

Les supports d'aide à la prévention des escarres doivent répondre au cahier des charges défini dans la LPPR. Les essais contrôlés, randomisés, évaluent avec précision l'efficacité d'un support en le comparant avec un matelas (ou coussin) standard avec un matelas (ou coussin) anti-escarre. Il semble admis et démontré que les supports anti-escarres sont supérieurs aux matelas standards de l'hôpital pour la prévention des escarres, y compris au bloc opératoire (où rappelons le, une opération qui dure trop longtemps sera susceptible d'entraîner des escarres).

Ils doivent être conformes à la dernière version du protocole « d'évaluation des matelas, surmatelas et des coussins d'aide à la prévention des escarres » mis au point par le Laboratoire National d'Essai (LNE) et le Ministère chargé de la santé.

- Les lits médicaux et accessoires doivent respecter les exigences de la norme NF EN 1970 relative aux lits réglables pour les personnes handicapées et son amendement (NF EN 1970/A1) et doivent être compatibles avec les lits médicaux prescrits.
- Les lits doivent disposer d'au moins deux fonctions non manuelles (hauteur variable et section dossier à inclinaison verticale).

- Les commandes électriques des lits médicaux doivent être conformes aux normes de sécurité en vigueur et accessibles au malade, lui permettant d'adapter la position du lit à ses besoins sans l'aide d'une tierce personne.
- Le tarif de responsabilité couvre le coût d'achat du coussin et de deux housses.
- La livraison d'un support d'aide à la prévention des escarres, doit aller de pair avec la mise à disposition d'une notice explicative qui offre diverses informations : les mesures préventives à mettre en place, les conditions d'utilisation du matériel, le poids maximal du patient, des conseils d'entretien, de désinfection et de stockage.

Les lits médicaux sont de plus en plus sophistiqués et on trouve aujourd'hui des lits habillés de bois et de couleurs différentes afin qu'ils puissent être en harmonie avec le mobilier de la chambre, et ainsi effacer l'image du « lit d'hôpital ». Actuellement, ne sont utilisés que des lits à hauteur variable (31 à 90 centimètres par rapport au sol). Tous les modèles sont pliables ou démontables pour faciliter le transport et l'installation. Le lit de base est équipé d'un relève-buste électrique. Ce système est actionné par une commande électrique conforme aux normes de sécurité en vigueur, accessible au malade ou à une tierce personne pour adapter la position. Les modèles les plus rencontrés sont munis de quatre roulettes équipées de freins pour une stabilité optimale.

Selon le modèle, un lit médicalisé peut supporter un poids d'environ 135 kg. D'autres modèles, appelés « fortissimo » sont disponibles et ont été conçus pour permettre la prise en charge des personnes de forte corpulence (jusqu'à 280 kg).

Pour les patients désirant continuer à partager le lit avec le conjoint, il existe des lits pour deux personnes, qui comportent un ou deux sommiers indépendants, dont chacun peut avoir les options nécessaires (relève-buste, relève-jambe) et monter à la hauteur voulue, indépendamment du conjoint.

Des lits pour personnes confuses, type Alzheimer, existent aussi. Ils ont la capacité de descendre très bas, pour éviter notamment le risque de chute d'une hauteur trop importante suite au passage par-dessus les barrières.

#### La LPP classe le matériel en trois classes pour des niveaux de risque différents :

Les matelas, les sur-matelas ainsi que les coussins se retrouvent désormais regroupés en trois catégories selon le risque immédiat du patient. Ces trois classes sont nommées I, II, III.

La prise en charge des dispositifs de classe I est assurée pour les patients présentant un risque d'escarre évalué à un score inférieur ou égal à 14 sur l'échelle de Norton (ou ayant un risque équivalent évalué par une autre échelle validée) ou pour les patients atteints de lésions médullaires. La prise en charge des matelas et coussins de classe IA est assurée dans la limite d'une unité par an, celle des matelas et coussins de la classe IB est assurée quand à elle, pour une unité tous les deux ans.

La prise en charge des matelas et coussins de classe II est plus exigeante. En effet, elle retient comme la classe précédente, le score sur l'échelle de Norton, mais y ajoute la

présence d'antécédents d'escarres. La prise en charge est assurée pour les patients assis en fauteuil plus de dix heures par jour, pour les patients ayant un antécédent d'escarre et présentant un risque d'escarre évalué à un score inférieur ou égal sur l'échelle de Norton (ou une autre échelle validée). Cette classe peut faire l'objet d'un renouvellement tous les trois ans.

La classe III n'existe que pour les matelas. Faisant preuve d'encore plus d'exigences que les deux classes précédentes, sa prise en charge est garantie uniquement pour les personnes à risque d'escarre évalué par un score de 14 ou moins sur l'échelle de Norton et ayant un antécédent d'escarre. Le renouvellement aura lieu tous les cinq ans.

B) Concernant le lit : [15,19]

(a) Les matelas ou sur-matelas

Selon plusieurs prestataires, il est possible de procéder de la façon suivante pour déterminer quel matelas ou sur-matelas sera à utiliser selon le risque du patient. On notera que le score sur l'échelle de Norton est pris en compte (d'où l'importance de le calculer) qui rend compte d'un risque (de très élevé à inexistant) ainsi que le temps d'alitement qui peut amener à considérer le patient plus à risque que ce que l'échelle de Norton a déduit.

Grâce à ce tableau récapitulatif des possibilités en fonction des risques associés au patient, il sera plus aisé pour le pharmacien d'orienter son patient vers le matelas qui lui sera le plus adapté. Ce travail de réflexion se fera bien entendu, en étroite collaboration avec le prescripteur, avec l'ensemble de l'équipe soignante et en veillant à faire participer également les aidants, sans oublier évidemment le patient si celui-ci est en mesure de participer.

Tableau VI: Comment choisir le matelas de prévention le mieux adapté aux besoins de votre patient? D'après Alcura

Echelle de Norton – Score	Niveau de risque	Durée d'alitement par jour	Classification et fréquence du renouvellement du support
<b>Proche de 20</b>	INEXISTANT	Moins de 10 heures	Matelas clinique <i>Renouvelable tous les ans</i>
<b>Entre 14 et 20</b>	FAIBLE A MOYEN	De 10 à 15 heures	Matelas et surmatelas Classe IA <i>Renouvelable tous les ans</i> Surmatelas Classe IB <i>Renouvelable tous les deux ans</i>
<b>Entre 12 et 14</b>	MOYEN A ELEVE	Plus de 15 heures avec des changements de positions réguliers	Matelas mousse viscoélastique Classe II <i>Renouvelable tous les trois ans</i> Matelas mousse viscoélastique avec insert air Classe II <i>Renouvelable tous les trois ans</i>
<b>Entre 5 et 12</b>	ELEVE	Plus de 15 heures sans lever du patient	Matelas classe III <i>Renouvelable tous les cinq ans</i>
	TRES ELEVE	24h/24	Matelas et surmatelas à air dynamique <i>Pas de renouvellement</i>

## La classe IA

Dans la classe IA, les matelas les plus classiquement rencontrés sont le matelas gaufrier ainsi que le matelas à air. On rappelle que le renouvellement de ces matelas pourra être effectif annuellement.

### - Le matelas gaufrier :

Ce matelas est appelé « gaufrier » au vu de la forme des plots qui le constituent. Ces plots subissent des mouvements indépendants les uns des autres, ce qui permet une bonne répartition des pressions et limite les forces de cisaillement et de friction. Entre les plots, se trouvent des canaux d'aération qui ont pour but de permettre la circulation de l'air et donc la ventilation du support, et de ce fait la macération est limitée. Il est présenté en un seul élément ou parfois en trois, pour faciliter son transport. C'est un matelas léger, simple à manipuler. Il est généralement bien accepté par le patient, et souvent prescrit en première intention. En revanche, certains inconvénients sont notables : il est difficile à nettoyer (c'est pourquoi il est fourni avec une housse imperméable, qui reste néanmoins « hyper-respirant » avec traitements antibactériens, antimicrobiens et antifongiques) et la mousse peut avoir tendance à s'effriter en vieillissant. L'alèse conjointe au matelas doit être suffisamment large et ne doit jamais être bordée pour ne pas compromettre le mouvement des plots.



Figure 29: Matelas gaufrier un bloc.  
D'après *Alcura*



Figure 30: Matelas gaufrier 3 blocs.  
D'après *www.escarre.fr*

- **Le surmatelas à air à pression alternée :**

Ce surmatelas est constitué d'une enveloppe en PVC avec deux circuits indépendants reliés à un compresseur qui gonfle alternativement l'un ou l'autre circuit. C'est un système qui présente 17 cellules à air alterné. Ainsi, on estime qu'aucune partie du corps ne reste en appui plus d'une dizaine de minutes, car chacune se trouve à tour de rôle prise en charge puis en décharge. Le moteur, bruyant, peut gêner le malade. De plus, nécessitant un apport de courant électrique, se pose la problématique en cas de coupures de courant ou en cas de pannes du compresseur (l'assistance assurée par le prestataire 24 heures sur 24 semble pallier à cet inconvénient).

Comme son nom l'indique, c'est un surmatelas, c'est pourquoi un matelas devra obligatoirement être présent dessous.

Remarque : Il faut insister sur le fait que ce matelas nécessite un réglage précis. En effet, des matelas à air alterné ont été impliqués dans des accidents aux conséquences parfois graves, voire mortelles (des dizaines de décès relatés) : certains patients se sont retrouvés coincés voire dans le pire des cas, étouffés entre le matelas et la barrière de lit, suite à un « glissement » de la personne sur le matelas, en direction de la barrière. [75,76,77]



Figure 31: Surmatelas à air à pression alternée.

D'après Alcura.

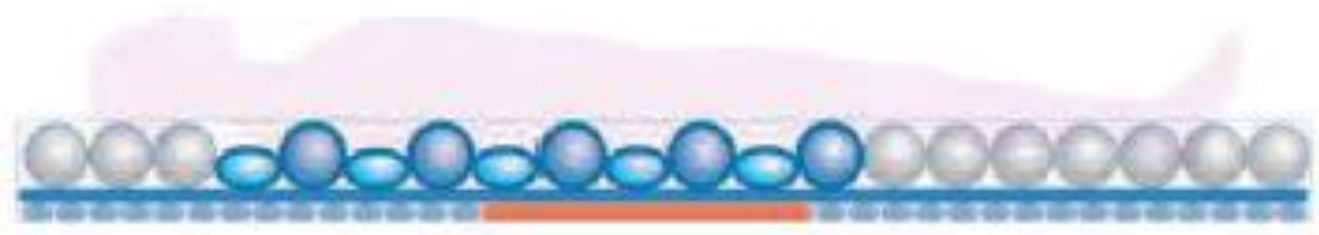


Figure 32: Fonctionnement d'un matelas à pression alternée

De plus, même s'ils sont moins retrouvés, il est possible de rencontrer dans cette même classe, les matelas à eau et les matelas mixtes.

- **Le matelas à eau :**

Les matelas à eau sont en PVC ou autre matière plastique et sont constitués de trois éléments indépendants que l'on juxtapose pour former l'ensemble. Chaque élément est cloisonné à l'intérieur pour éviter une mauvaise répartition de l'eau. Il contient environ 25 litres à 30-35°C au début de sa mise en œuvre. Ces supports maintiennent le malade en flottaison et assurent ainsi une très bonne répartition des points de pression (notamment au niveau sacral) tout en amoindrissant les frictions. De plus, ils sont peu onéreux et peu encombrants. Cela dit, ils sont de moins en moins utilisés pour la prévention des escarres du fait de leurs nombreux inconvénients : la macération est favorisée, la maintenance est compliquée (changement de l'eau, produit anti-algue), la répartition des pressions est jugée insuffisante au niveau des talons, le risque de crevaison est réel et l'eau a tendance à se refroidir lorsque le malade quitte le lit (vigilance pour les patients souffrant de problèmes de thermorégulation). L'instabilité créée par l'eau est à prendre en compte également car elle peut engendrer un mal de mer chez les patients sensibles.

Les matelas à eau ne sont plus homologués à la LPP.



Figure 33: Matelas à eau.  
D'après Alcura

- **Le matelas mixte (mousse+air ou mousse+eau)**

Ces matelas sont présentés sous forme d'une mousse de polyuréthane en trois blocs interchangeable avec la partie supérieure découpée en plots (forme du matelas gaufré vu précédemment). Certains plots sont amovibles, ce qui permet de laisser place à des inserts à air ou à eau qui seront placés sous les zones à risque (le plus souvent au niveau des talons et du sacrum).

## La classe IB

Les produits de la classe IB regroupent : les matelas en mousse structurée, les surmatelas à air statique et les surmatelas à fibres siliconées. Le changement de matériel dans cette classe sera limité à tous les deux ans.

### - Le surmatelas à air statique :

Ce surmatelas, encore appelé « à pression constante » est constitué d'air statique basse pression continue à régulation automatique. Il s'adapte à la morphologie et à la position du patient. Ainsi, il est autonome donc doté d'une grande facilité d'utilisation. Il est constitué de cellules ou de boudins adjacents transversaux, branchés à un compresseur électrique. Le travail est continu : des capteurs de pression détectent les surpressions, modifient le gonflage (dégonflent les zones de pression augmentant ainsi la surface d'appui). C'est un surmatelas, il doit donc être installé sur un matelas (clinique en général), c'est pourquoi il possède un système de fixation à ce matelas. Il est livré en association avec le matelas.



Figure 34: Surmatelas à air statique.  
D'après Alcura

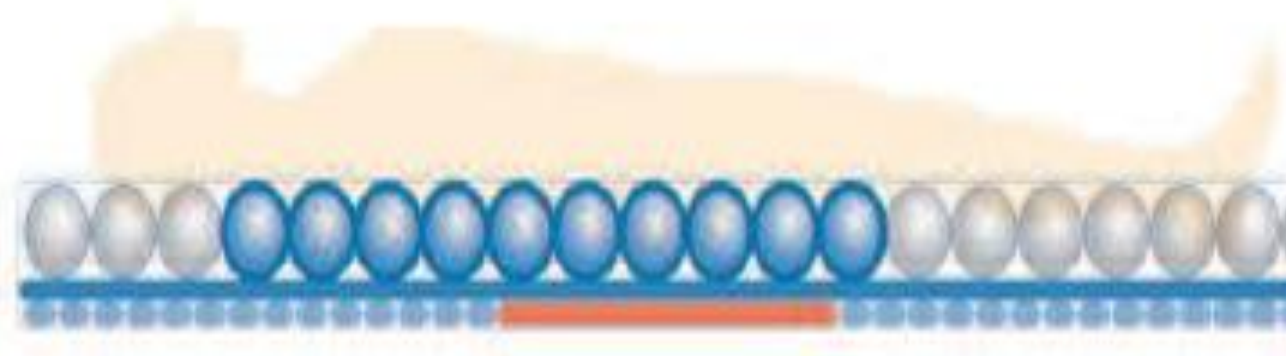


Figure 35: Fonctionnement d'un matelas à pression constante

- **Le matelas en mousse structurée :**

Ce matelas a également l'aspect d'un matelas gaufré mais est formé de modules amovibles de densités et de hauteurs variables. Adaptable en fonction de l'état du patient, il nécessite tout de même une bonne connaissance du produit car l'installation des plots n'est pas forcément des plus aisées.

- **Le surmatelas à fibres siliconées :**

Il est constitué d'une enveloppe de tissu aéré contenant des fibres creuses en polyester enduites de silicone, pour favoriser leurs glissements les unes sur les autres. Très confortable, il convient aux personnes dites « maigres ». Il facilite les mobilisations et les transferts et procure un effet « cocoon » recommandé pour les personnes très algiques.

**La classe II**

Cette classe de support est réservée aux patients ayant un risque d'escarre moyen à élevé selon une grille d'évaluation validée et ayant des antécédents d'escarres. Elle est attribuable maximum tous les trois ans. Elle comprend les matelas en mousse viscoélastique à mémoire de forme ainsi que les matelas pneumatiques à cellules télescopiques.

- **Le matelas à mémoire de forme :**

Le matelas à mémoire de forme est souvent présenté sous la forme d'un surmatelas en mousse viscoélastique reposant sur un support en mousse haute résilience, le tout étant englobé dans une housse. Il s'imprègne de la forme du corps en le moulant précisément et en douceur, le maintient en état de flottaison, ce qui permet d'entraîner une très nette diminution des points de pression grâce à l'augmentation de la surface corporelle en contact avec le matelas, gage d'une prévention efficace et d'une irrigation sanguine facilitée. De plus, les sources de frottements sont limitées avec ce système. Après compression, la mousse reprend lentement sa forme initiale.

Il est efficace et confortable pour le patient. L'entretien est aisé. Mais on notera que la mousse viscoélastique réduit la possibilité de mobilisation volontaire pour les personnes à mobilité réduite et qu'elle entraîne un phénomène de macération assez conséquent.

Les matelas à mémoire de forme sont très souvent utilisés à domicile.

Certains fabricants proposent désormais des matelas mousse à mémoire de forme avec des « inserts air ». Ils sont composés d'une couche de mousse viscoélastique de très haute densité pour une immersion en douceur au sein de la matière et donc une plus grande



surface de contact. La capacité de ces matelas à diminuer les pressions sur les zones à risque est renforcée par l'insertion d'un coussin à cellules à air au cœur du matelas.

Une méta-analyse de cinq essais randomisés chez 2016 patients a permis de démontrer l'efficacité de ces matelas en mousse par rapport à des matelas hospitaliers standards. Le risque de développer une escarre avec un matelas anti-escarre en mousse était deux fois moindre qu'avec un matelas hospitalier classique. (8% versus 16%) [77,82]



Figure 36: Matelas à mémoire de forme.  
D'après Alcura



Figure 37: Principe de la "mémoire de forme"

#### - **Le matelas pneumatique à cellules télescopiques :**

Il est peu utilisé en raison de son coût plus élevé que les autres ainsi qu'à cause de sa complexité. Il est formé d'une enveloppe de néoprène constituée d'alvéoles en forme de têtes remplies d'air. Ce type de support utilise le principe de la flottaison sèche, c'est-à-dire l'absence de pression alternée. Le gonflage s'effectue à l'aide d'une pompe à main, c'est pourquoi un réel apprentissage est requis. En effet, il faut gonfler au maximum le support avant de placer le patient dessus. Ensuite, un ajustage du gonflage est réalisé selon la morphologie et le poids du patient à l'aide d'une grille fournie par le prestataire. Une surveillance pluriquotidienne est requise, notamment via l'utilisation d'un manomètre.

Malgré sa difficulté d'installation, le matelas pneumatique à cellules télescopiques présente de nombreux avantages : la répartition des pressions est très bonne, la circulation de l'air entre les cellules limite la macération et les forces de cisaillement ainsi que celles de frottement sont diminuées.

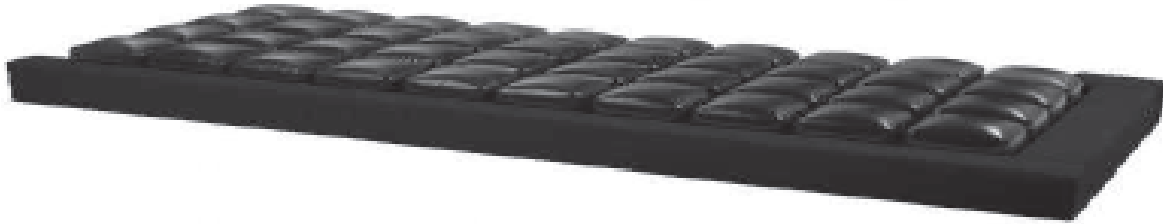


Figure 38: Matelas pneumatique à cellules télescopiques. D'après *Alcura*

### La classe III

Uniquement représentant des matelas de la classe III, **le matelas en mousse multistratée** permet une prévention des escarres chez des patients à risque élevé voire très élevé. C'est seulement tous les cinq ans que ces matelas peuvent être attribués.

De par sa présentation, il peut être considéré comme un condensé des matelas des classes précédentes. En effet, il est formé de trois couches de mousse de densités différentes :

- La couche supérieure est constituée d'une mousse très souple, extra-tendre, à très haute élasticité. Elle est à faible portance assurant ainsi la répartition des pressions, des pressions basses.
- La couche intermédiaire reprend la forme du matelas gaufré, afin d'assurer le moulage du corps, d'augmenter la surface portante, d'assurer la circulation de l'air limitant ainsi les forces de cisaillement et la macération.
- La couche inférieure, quant à elle, est formée d'un socle en mousse de haute résilience qui assure la stabilité du matelas et la bonne cohésion de l'ensemble, sur tous types de lits.

Une housse de protection intégrale imperméable aux liquides mais perméable à l'air est fournie.



Figure 39: Matelas en mousse multistratée (Classe III).  
D'après Alcura

#### (b) Les annexes au lit médicalisé [19,21]

Autour du lit médicalisé, de nombreux accessoires existent, tant pour faciliter le quotidien de la personne immobilisée en lui apportant du confort, que pour la sécuriser en lui offrant des solutions qui lui permettront de ne pas se mettre en danger.

Ces accessoires sont peu souvent prescrits en association avec le lit. Ils ne sont donc pas, ou du moins peu connus par les patients et par leur entourage. Il convient donc aux professionnels de santé, notamment aux pharmaciens d'officine d'apporter les informations nécessaires pour que le maintien à domicile puisse être agrémenté de ces différents annexes. Cela dit, même si le patient est orienté par son pharmacien vers un accessoire pouvant faire l'objet d'une prise en charge, une prescription médicale est nécessaire pour le remboursement.

Certains sont remboursés à l'achat, d'autres non, d'autres avec un dépassement. Pour d'autres, la location sera privilégiée avec des tarifs régressifs au bout d'un temps défini. Au cas par cas, le patient sera informé.

#### Les accessoires remboursés:

- **L'arceau de lit** (ou cerceau de lit) : Il va permettre de supprimer le poids de la literie sur le malade alité en évitant tout contact entre le patient et les draps. Ils sont recommandés notamment en cas de plaies. Il existe plusieurs tailles. Ils sont légers et résistants.



Figure 40: Trois tailles d'arceaux de lit.  
D'après Alcura

- **Les barrières de lit** : Elles vont permettre de sécuriser le patient, en l'empêchant de tomber en cas d'agitation, de désorientation ou de confusion. Ces barrières peuvent être munies de protection en mousse pour éviter que lors d'un contact prolongé entre la barrière et le corps du patient, ce dernier soit lésé. Peuvent également être retrouvées des filets de protections qui évitent le passage d'un membre entre les barrières mais le confort et l'efficacité seront bien moindres qu'avec les protections en mousse. A noter que ces protections sont fournies à la vente mais ne sont pas remboursées.
- **Le pied à sérum** : Il va permettre au patient de pouvoir recevoir à domicile les perfusions dont il a nécessité. Il est équipé d'une embase à cinq branches possédant des roulettes pour que le patient mobile, ne soit pas contraint de rester immobile durant la perfusion. Il est muni de plusieurs crochets pour supporter différents accessoires tels que des flacons, des poches de perfusion... Grâce à sa tige télescopique, il est réglable en hauteur et peut s'adapter sur le lit si le patient est alité.



Figure 41: Pied à sérum sur roulettes.  
D'après Alcura

- **La potence** : Elle permet au patient de se soulever de son lit et de prendre appui. Nous émettons la remarque qu'il existe des potences de lit sur pied qui peuvent être utilisées avec un lit non médicalisé.

### Les accessoires non remboursés :

- **L'appui-dos** (ou relève-buste) : En toile de polyamide, il paraît idéal pour les personnes désirant avoir une position inclinée dans leur lit. Il offre plusieurs niveaux d'inclinaison. Mais il est de moins en moins utilisé du fait de l'émergence des lits médicalisés avec la fonction relève-buste par commande électrique.



Figure 42: Appui-dos pour le lit.  
D'après Alcura

- **La table de lit** (souvent à roulettes) : Elle est intéressante pour les personnes longtemps alitées devant prendre leurs repas dans le lit, mais aussi pour leur permettre d'avoir certains objets à portée de main. Elles sont en général inclinables, réglables en hauteur.

#### (c) Les accessoires de positionnement dans le lit [19]

Encore appelées « aides au positionnement », ces accessoires s'inscrivent en parfaite complémentarité du choix du matelas. Ils sont plutôt simples d'utilisation, rapides à mettre en place et offrent un véritable service médical rendu. Ils vont permettre de positionner le patient de façon à réaliser une mise en décharge totale ou partielle d'une zone à risque en réduisant fortement les forces de cisaillement et les frictions dues au glissement. Ils vont aussi être utiles pour corriger les attitudes posturales vicieuses fréquemment en cause dans le processus de constitution des escarres.

Il faudra prendre garde à ne pas contraindre les mouvements spontanés du patient, ni sa mobilité, avec l'utilisation de ces aides au positionnement. Cela aurait des conséquences néfastes sur son confort mais aussi sur son état général qui pourrait se dégrader. Dans le cas où un positionnement inadéquat serait adopté, pourraient s'en suivre de graves suites : des problèmes respiratoires, circulatoires, un raidissement des articulations ou encore des contractures musculaires.

Il est indispensable d'être conscient que le positionnement du patient n'a pas pour unique but l'élimination de la pression. Il doit aussi avoir comme objectif le bien-être du patient, qui

doit primer à chaque étape de la prévention des escarres, même si parfois la balance « confort du patient / prévention de l'escarre » est bien difficile à mettre en équilibre.

Selon la zone à mettre en décharge ou la position à adopter, le choix du coussin de positionnement sera différent. En effet, il existe de nombreuses formes de coussins adaptées à différentes situations.

Le prestataire Alcura présente une importante catégorie d'accessoires qui permettent d'opter pour une position sans risque :

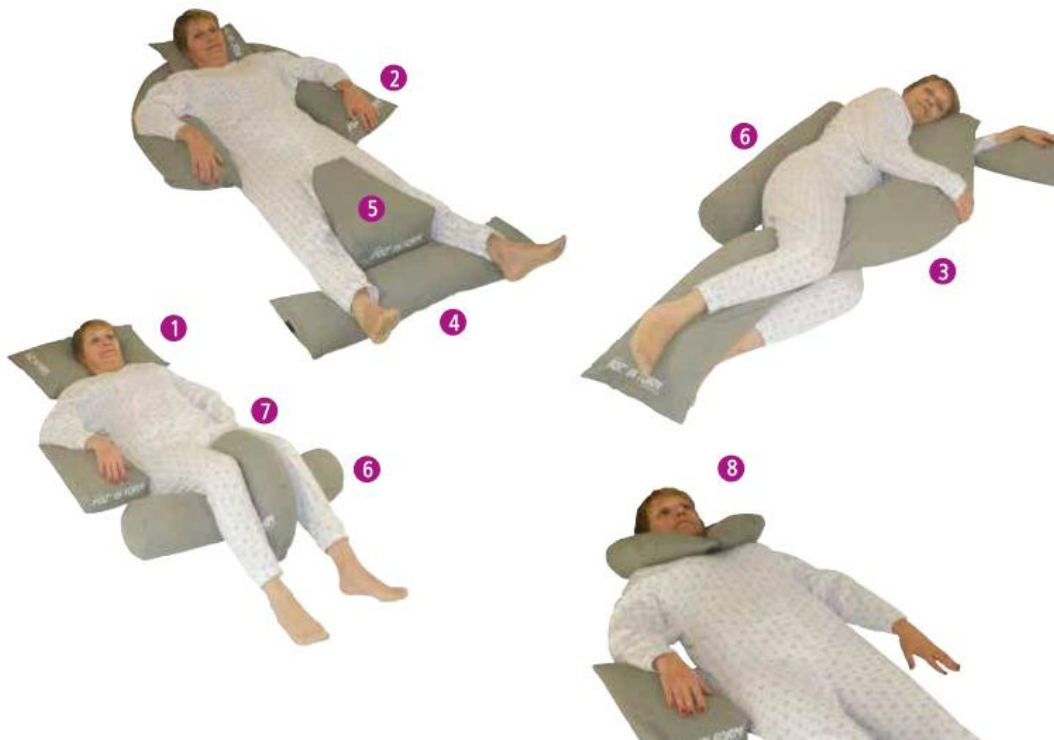


Tableau VII: Les accessoires de positionnement. D'après Alcura

1	<u>Le coussin universel</u> : En position allongée, il permet la mise en flexion des genoux et un positionnement en abduction des hanches.
2	<u>Le coussin demi-lune</u> : En position alitée ou semi-fowler, il cale le dos. Utilisable aussi au fauteuil où il permet le calage des appuis dorsaux ainsi qu'un bon positionnement des membres supérieurs.
3	<u>Le coussin de décubitus latéral</u> : C'est un coussin polyvalent car il va permettre le maintien du patient aussi bien au niveau des épaules que du dos que des hanches ou encore des genoux lors d'un positionnement en décubitus latéral.
4	<u>Le coussin de décharge des talons</u> : Grâce à une sangle fixée au pied du matelas, il assure une décharge totale du talon et maintient confortablement la position des chevilles.
5	<u>Le coussin d'abduction</u> : Il se place à l'entre-jambes du patient en position allongée pour une mise en abduction des hanches et pour stabiliser les jambes en position écartée. Ainsi, les phénomènes de friction et de cisaillement entre les cuisses, les genoux et les mollets sont limités.
6	<u>Le coussin cylindrique</u> : Placé entre les jambes, il évite les forces au niveau des cuisses et des genoux.
7	<u>Le coussin demi-bouée</u> : Il peut être utilisé autour du cou ou en complémentarité du coussin cylindrique pour assurer la mise en abduction des hanches.
8	<u>Le coussin bouée</u> : Utilisé comme collier de décharge, il permet un soulagement des appuis au niveau de la zone cervicale.

Parmi les dispositifs existants, il est possible de différencier ceux en mousse viscoélastique (« à mémoire de forme »), ceux en microbilles de polystyrène (très légères et de faible granulométrie, pour un meilleur confort et une grande adaptabilité des supports à la morphologie des patients) et enfin ceux qui associent ces deux matériaux, c'est-à-dire, ceux en mousse et microbilles associées.

L'ensemble des coussins de positionnement est détaillé dans l'annexe n°4.

#### (d) Les protections locales [15,19]

Certaines localisations à risque se doivent d'être davantage protégées des pressions qu'elles peuvent subir. Les protections locales apportent une mise en décharge supplémentaire au niveau des talons et des coudes majoritairement.

**Les protège-talons** : Encore nommés talonnières ou coussins de décharge des talons, ce type de protection permet d'éliminer tout appui néfaste au talon qui pourrait entraîner un excès de pression et par la suite la formation d'une escarre, avec toutes les conséquences que cela entraîne. Ils sont constitués d'une matière ayant des propriétés anti-escarres, le même type de matière qui est présent dans les matelas pour la prévention de ces plaies. On retrouve des talonnières en mousse viscoélastique, en gel, en fibres de silicone... La matière est alors recouverte d'une enveloppe dans laquelle le patient peut insérer son talon et ainsi être protégé.

Les coussins de décharge des talons peuvent être utilisés tant chez le patient assis que chez le patient alité.

Les protège-talons sont pris en charge à la vente sur la base du tarif LPPR, exception faite des talonnières les plus simples composées par exemple, de peau de mouton naturelle ou synthétique, qui ne sont pas remboursées et qui restent donc à la charge du patient. On notera tout de même pour ces dernières que malgré le fait qu'elles apportent un confort certain pour le patient, elles ne doivent pas être considérées comme un moyen de prévention à part entière et il faudra aussi tenir compte du fait qu'elles sont susceptibles de retenir l'humidité et donc de ce fait, d'augmenter la risque de macération. [75]



Figure 43: Talonnière  
D'après [www.escarre.fr](http://www.escarre.fr)



Figure 44: Protège-talons en peau de mouton.  
D'après [www.equipmedical.com](http://www.equipmedical.com)

Afin d'éviter la pose du talon sur une surface dure, il est également envisageable d'utiliser un dispositif moins fréquent : **l'anneau de surélévation**. C'est un disque constitué de mousse et recouvert de jersey, qui se place autour de la partie inférieure du mollet près de la cheville, laissant ainsi le talon « dans le vide ». Quelque soit la position du patient, le talon ne reposera pas sur le matelas, la pression au niveau de cette zone est donc écartée. Parfois controversée, la fréquence d'utilisation de cet anneau est bien moindre en comparaison aux protèges-talons.



Figure 45: Anneau de surélévation.  
D'après [www.sofamed.com](http://www.sofamed.com)



Sur le principe identique de mise en décharge, il existe des **protège-coudes** (ou coudières, ou coussins de décharge des coudes). Ils présentent des caractéristiques similaires mais avec une forme anatomique adaptée et spécifique à l'articulation en question.

C) Concernant les fauteuils [10,22]

(a) Bien se positionner sur son fauteuil roulant

Si l'on a vu précédemment que le bon positionnement au lit était une mesure primordiale pour la prévention de la survenue des escarres par excès de pression, il n'en demeure pas moins important d'enseigner les positions à adopter ou au contraire celles à rejeter lors de l'assise au fauteuil roulant. Il est démontré que l'installation au fauteuil dans de mauvaises conditions expose le patient à l'apparition d'escarres (surtout ischiatiques, sacrales et talonnières).

En effet, un repose-pied mal réglé ou un positionnement inadapté peuvent suffire à entraîner une escarre.

Prenons l'exemple du repose-pied :

- S'il est réglé anormalement haut, les ischions et le sacrum se chargeront en pression, ce qui engendrera une forte augmentation des risques d'apparition des escarres au niveau de ces zones.
- S'il est réglé trop bas, un « effet de bord » apparaît et de fortes pressions sont ressenties à l'avant des cuisses. Le risque de naissance des escarres est alors d'autant plus intense que ces pressions sont à majorer par la présence de forces de cisaillement.
- Un repose-pied réglé convenablement permet au contraire, une répartition des pressions idéale et de ce fait, une prévention active et donc efficace.

Plusieurs autres points sont à prendre en compte pour une mise en place optimale du patient sur le fauteuil roulant :

- Pour connaître la bonne profondeur de l'assise, il faut considérer que le patient doit être placé au fond de cette dernière.
- La largeur de l'assise doit être aussi étroite que possible en veillant tout de même à ne pas générer de points de pression.
- Les pieds doivent être placés de sorte à avoir le bassin dans une position neutre. La pression entre le pied et la palette favorise une position droite et évite qu'il glisse de la palette. Ainsi, il est possible de régler correctement la hauteur, l'angle et la profondeur des repose-jambes.
- Les cuisses doivent être aussi parallèles que possible, les genoux ne doivent pas partir ni en abduction ni adduction. Ils doivent également être au même niveau. Ceci est à prendre en compte pour connaître la largeur idéale des repose-jambes.
- Pour incliner l'assise, il est important de savoir que le contact entre le corps du patient et le dossier d'assise doit être aussi large que possible. Aussi, le coussin d'assise choisi doit permettre aux ischions de se positionner correctement. L'assise doit être inclinée de manière à équilibrer les points de pression et à apporter du confort au patient.

- Pour régler l'angle du dossier, la ligne entre les yeux et les oreilles doit être parallèle au sol et le dos du patient doit être pleinement en appui sur le dossier. Afin d'éviter que le patient ne glisse de son assise, il convient de mettre le dossier aussi droit que possible tout en respectant les consignes précédentes.
- Concernant la hauteur du dossier, elle doit permettre d'apporter un maintien au moins jusqu'à hauteur des omoplates. Les épaules ne doivent pas être poussées en avant.
- Pour la hauteur et la profondeur des accoudoirs : les épaules doivent être détendues et la position des accoudoirs doit permettre au patient de se repositionner facilement dans le fauteuil et de faire ses transferts s'il en a la capacité.
- L'appui-tête et l'appui-nuque sont fortement conseillés lorsque l'inclinaison du dossier est supérieure à 105°. L'appui-nuque doit être positionné comme suit :



Figure 46: Description d'un fauteuil roulant.  
D'après [www.medinov.fr](http://www.medinov.fr)

**Remarque :** Dans un fauteuil de repos, le protocole de prévention des escarres s'applique aussi. Les règles seront simples : en position assise, un coussin sera présent à la base du dos et un coussin sera aussi de rigueur sous les cuisses afin d'éviter le glissement du corps vers l'avant. Un coussin sous la plante des pieds préviendra les escarres talonnières. Enfin, pour diminuer les pressions ischiatiques, le dossier du fauteuil sera légèrement incliné en arrière.

(b) Les coussins [7,19,21]

Sur le même principe que pour la détermination du matelas adapté en fonction des risques, certains prestataires proposent un tableau récapitulatif des coussins de prévention adaptés en fonction des risques et des besoins du patient en question. L'évaluation sur l'échelle de Norton (ou une autre échelle validée) est toujours de rigueur.

A noter que l'ensemble des coussins est livré avec une housse ainsi qu'un sac pour en rendre le transport plus aisé.

Les coussins sont pris en charge à l'achat. Les prix de vente limite sont égaux aux tarifs de remboursement de la LPP (exception faite de certains coussins à cellules pneumatiques).

Tableau VIII: "Comment choisir le coussin de prévention le mieux adapté aux besoins de votre patient?"  
D'après Alcura

Echelle de Norton – Score	Niveau de risque	Classification et fréquence du renouvellement du support
Entre 14 et 16	FAIBLE A MOYEN	Coussin mousse + gel Classe I <i>Renouvelable tous les deux ans</i>
Entre 12 et 14	MOYEN A ELEVE	Coussin mousse viscoélastique Classe II <i>Renouvelable tous les trois ans</i>
		Pack thérapeutique spécial fauteuil roulant (coussin+dosseret) <i>Renouvelable tous les trois ans</i>
Entre 5 et 12	ELEVE A TRES ELEVE	Coussin à air statique bi-compartment <i>Renouvelable tous les trois ans</i>
		Coussin à air dynamique

Remarque : Le coussin en forme de bouée ne fait pas partie des supports d'aide à la prévention des escarres, malgré le fait qu'il soit parfois utilisé à tort. L'utilisation de ce matériel est en effet, vivement déconseillé car il ne fait que déplacer la zone de pression et crée des surpressions sur le pourtour de la zone mise en décharge.

**La classe I**

Les coussins de classe I seront à privilégier pour les patients au risque faible à moyen ou restant moins de 10 heures au fauteuil.

On distingue, tout comme pour les matelas, la classe IA et la classe IB.

La classe IA est renouvelable annuellement et réunit 3 types de coussins de prévention des escarres :

- **Le coussin en mousse monobloc:** Ce coussin est formé de mousse de polyuréthane de haute résilience, en un monobloc de mono densité avec la partie supérieure découpée en plots fixes de la forme d'un gaufrier. Il ne sera utile que pour un patient en assez bon état général et ayant un très faible risque, qui utilise partiellement ou transitoirement le fauteuil.



Figure 47: Le coussin en mousse monobloc. D'après Alcura

- **Le coussin à eau :** Il est constitué d'une enveloppe souple de PVC remplie d'eau, ainsi le patient est maintenu en flottaison. Les modalités d'utilisation ne semblent pas très simples (le coussin doit être rempli d'eau du robinet à 37°C en quantité adaptée au poids du patient et le stockage doit être éloigné de toute source de chaleur) mais le coussin à eau présente tout de même certains avantages : il est peu onéreux et l'eau permet une bonne répartition des pressions. Cela dit, la position assise stable est difficile à mettre en place et l'eau se refroidit dès le départ du patient.



Figure 48: Le coussin à eau.  
D'après Alcura

- **Le coussin à air statique :** Il est constitué d'une enveloppe en néoprène ou PVC qui renferme une ou plusieurs chambres remplies d'air. L'air insufflé ne circule que de manière passive entre les différentes chambres. Ces dernières ont la forme de plots ou de boudins accolés. Le réglage du gonflage est imprécis et le risque de crevaison est à prendre en compte.

La classe IB, quant à elle, possède une prise en charge dans la limite d'une unité tous les deux ans. Elle comprend 4 types de coussins :

- **Le coussin en gel** : Composés de gel de polyuréthane ou de silicone, ces coussins ont la capacité de s'adapter à la morphologie du corps. Ils abaissent la pression grâce à leur gel visco-fluide auto modelant. Leurs poids et leurs prix restent leurs inconvénients majeurs.



Figure 49: Le coussin en gel simple.  
D'après [www.escarre.fr](http://www.escarre.fr)

- **Le coussin en gel et en mousse** : Egalement composés d'un gel qui est, dans ce cas, associé à un support mousse, il est moins onéreux et moins lourd que le précédent. De plus, le confort semble meilleur qu'avec un coussin en gel simple. Pour les personnes présentant une instabilité de la position assise avec effet de glissement en avant, il existe des coussins en gel comportant une cale de stabilisation étudiée pour épouser le pubis et réglable en hauteur, ainsi qu'une légère inclinaison vers l'arrière des plots entourant le galbe des cuisses.



Figure 50: Le coussin en gel et mousse.  
D'après *Alcura*

- **Le coussin en mousse structurée formé de modules amovibles** : Présenté sous forme de plots amovibles de densité variable, il permet de diminuer les pressions au niveau des ischions et du sacrum. On prendra garde au sens de positionnement du coussin : les plots de mousse à faible densité seront à situer à l'arrière.
- **Le coussin en fibres siliconées** : Il correspond exactement au même modèle que le matelas homonyme. Ses fibres siliconées sont cloisonnées à l'intérieur d'une enveloppe de tissu, ainsi la répartition est homogène. L'efficacité de la prévention

semble limitée et l'utilisation de ce coussin sera réservée aux patients présentant un risque faible voire nul.

### **La classe II**

Pour la classe II, l'attribution sera encore plus limitée : un renouvellement tous les trois ans. On la réservera pour des patients avec un score inférieur à 14 sur l'échelle de Norton, avec des antécédents d'escarres ou restant assis au fauteuil plus de 10 heures par jour.

Sont retrouvés :

- **Le coussin à cellules pneumatiques** : Il est composé d'une enveloppe de néoprène formée d'alvéoles en forme de tétine, remplies d'air à l'aide d'une pompe. Le principe de la flottaison sèche est à nouveau utilisé. Il existe différentes hauteurs de cellules selon la taille et le poids du patient. Le gonflage complet doit s'effectuer avant que le patient prenne place sur le coussin puis il sera réajusté ensuite. Les pressions sont ainsi bien réparties, les effets de friction, de cisaillement et la macération sont réduits.



Figure 51: Coussin à cellules pneumatiques.  
D'après Alcura

- **Le coussin en mousse viscoélastique « à mémoire de forme »** : Formé d'une mousse très malléable qui se déforme par l'action du poids du patient, il permet un moulage doux et précis. La mousse reprend lentement sa position initiale, ainsi l'allègement de la pression est optimal. Il existe un coussin à mémoire de forme avec une butée pelvienne qui s'adapte à la morphologie par moulage de la zone sacro-coccygienne et ischiatique. Cela paraît être une alternative moins traumatisante que la contention.



Figure 52: Le coussin à mémoire de forme.  
D'après Alcura



Figure 53: Le coussin à mémoire de forme avec butée pelvienne.  
D'après Alcura

**Le pack thérapeutique spécial fauteuil roulant (dosseret + coussin)** : Le dosseret est moulé en mousse viscoélastique à mémoire de forme. Le positionnement du patient est amélioré et le glissement en avant amoindri. Il respecte la morphologie dorsale et le creux lombaire et renforce la prévention de l'escarre sacrale. Les vertus conjuguées de ce dosseret et du coussin aux caractéristiques identiques offrent un confort optimal, une stabilité accrue et une prévention rigoureuse.



Figure 54: Le pack thérapeutique pour fauteuil roulant.  
D'après Alcura

Remarque : Depuis quelques temps, de nouveaux moyens de prévention tendent à faire leur apparition. Prenons l'exemple d'Inspiral, cette petite entreprise française en plein essor en quête de marchés mondiaux. Inspiral propose un catalogue d'accessoires d'aide à la prévention des escarres varié : accessoires de positionnement, dossiers, coussins, matelas... Leur coussin Vicair est présenté sous la forme d'un coussin avec plusieurs compartiments. Ainsi, il sera possible de corriger la posture d'un patient en ajustant le nombre de Smartcells de chaque compartiment. 3 types de compartiments majeurs sont remarquables :

- (1) : Afin de corriger les asymétries
- (2) : Afin de permettre la propulsion podale
- (3) : Afin de définir une barrière souple empêchant le bassin de glisser vers l'avant [88]



### 3) Effleurage [7,15,24,25,26]

#### A) Définition et rôles

L'effleurage consiste à toucher la peau sans appuyer et en veillant à ce que les doigts n'aient pas un passage traumatisant. C'est un geste léger qui doit s'effectuer sur une peau propre, à mains nues et en utilisant les doigts à plat et la paume de la main, sans entraîner une dépression des éléments sous-cutanés. (Dans le cas de la réalisation de l'effleurage d'un patient en isolement septique, le port de gants n'est pas considéré comme une erreur).

L'effleurage est indiqué pour des patients alités ou assis avec la présence d'appuis prolongés, ou pour des patients présentant des troubles de la vascularisation, de la mobilité ou encore de la sensibilité.

Les objectifs et les rôles de l'effleurage sont multiples :

- Il permet de favoriser la micro-vascularisation cutanée.
- L'inspection des zones d'appui peut se faire à cette occasion. Ainsi la découverte d'une rougeur, d'une induration ou d'un œdème pourra se faire à un stade précoce.
- D'éventuelles douleurs neurogènes à type de brûlures, de décharges électriques pourront être mises en évidence.
- Enfin, il contribuera à la mise en place d'un soin relationnel de qualité entre soignant et patient pour apporter confort et bien-être à ce dernier.

Il est primordial de bien différencier l'effleurage du massage. Le massage (tout comme la friction d'ailleurs) est une activité considérée comme à risque : il diminue le débit circulatoire et a un effet traumatisant sur la peau. Les massages, longtemps préconisés pour stimuler la circulation artérielle, veineuse et lymphatique des sujets alités, voient désormais leur utilisation controversée (voire totalement réfutée) en matière de prévention des escarres.

En cas de doute sur le bien-fondé de la mise en place d'effleurage chez un patient, il sera conseillé de s'abstenir de le réaliser. En effet, la dangerosité de cet acte est bien réelle.

*Remarque : Certains sites internet mentionnent que l'utilisation de glaçons ou au contraire de sèche-cheveux seraient bénéfiques. Ces informations n'ont aucun fondement scientifique. Ces mesures sont donc à interdire formellement.*

#### B) Quand, comment et avec quoi réaliser l'effleurage ?

L'effleurage est recommandé à chaque changement de position (soit toutes les deux à trois heures) sur chaque site à risque et se doit de durer au minimum une à deux minutes par site. Il se doit d'être léger, superficiel, et de ne pas provoquer de douleurs ni de lésions tissulaires.

Cet acte est totalement contre-indiqué lorsque le patient présente une rougeur ne s'effaçant pas à la pression. L'escarre de stade I est déjà présente, et l'effleurage ne ferait qu'aggraver la situation. On considère que l'effleurage devient plus dangereux qu'utile dès lors que la barrière cutanée est altérée. Il sera également contre-indiqué sur les zones porteuses de



lésions cutanées diverses à type de dermatoses infectieuses ou sur des zones cutanées inflammatoires.

Pour la réalisation de l'effleurage, il est envisageable d'utiliser divers produits pour faciliter le glissement des doigts sur la peau (donc en diminuant le risque de traumatisme) tout en améliorant la vascularisation totale. Sont retrouvées : des huiles, des pommades, des crèmes. On notera tout de même qu'il n'est pas recommandé d'utiliser des produits contenant de l'alcool (comme l'eau de Cologne par exemple) car ils auraient pour conséquences de dessécher et d'altérer l'épiderme. Les produits colorés comme l'éosine par exemple, ne sont pas conseillés non plus, car en colorant la peau, ils pourraient indirectement, masquer l'apparition de lésions, notamment une rougeur persistante. Enfin, les produits « trop gras » comme la vaseline sont à exclure également à cause du risque d'occlusion des ports cutanés qui nuirait à l'oxygénation correcte de la peau.

### Le SANYRENE® : entre efficacité et controverse

Majoritairement, le SANYRENE® (*corpitinolol 60*) des laboratoires URGO est retrouvé. Ce dispositif médical marqué CE est présenté sous la forme d'un flacon de 20 ml avec pompe doseuse (des contenances de 10 et 50ml sont aussi disponibles à l'hôpital). C'est une huile composée de glycérides hyper oxygénés d'acides gras essentiels dont l'acide linoléique à 60% et l'acide linoléique. Elle contient aussi des tocophérols (vitamine E). Elle est agrémentée d'un parfum anis.



SANYRENE® est un produit non remboursé en ville et ne nécessite pas de prescription médicale.

#### - Efficacité :

Selon le VIDAL, à raison de trois ou quatre applications par jour, SANYRENE® renforce l'intégrité des zones cutanées à risque d'escarre. Utilisé en simple effleurage, ce produit restaure la fonction de barrière de l'épiderme et accélère le renouvellement cellulaire de la couche épidermique.

Une étude de large envergure (étude GIPPS), a été menée en milieu gériatrique, sur plus de mille patients à risque âgés d'au moins 60 ans hospitalisés en France dans 36 services hospitaliers de gérontologie et considérés comme à haut risque ou très haut risque d'ulcère cutané du à la pression. Les critères d'inclusion étaient les suivants : une hospitalisation datant d'au moins huit jours et prévue pour au moins deux mois de plus ainsi qu'une absence stricte d'escarre de la région sacrée ou talonnière. Chaque service a continué à traiter les patients jugés à risque selon ses habitudes : 451 patients ont été traités sans utilisation de topique cutané, 386 ont été traités par l'application de SANYRENE® et les 281 autres par divers autres topiques. Les auteurs ont pris comme critères de jugement la survenue d'un ulcère cutané du à la pression au bout de huit semaines. L'étude GIPPS a permis de mettre en évidence que l'utilisation de SANYRENE® (en association avec l'ensemble des mesures préventives en rigueur) permettait de réduire l'incidence de plus de

40% (des escarres pelviennes notamment, car pour les escarres talonnières aucun topique ne permettrait de diminuer significativement l'incidence d'apparition des ulcères cutanés dus à la pression ). Quand aux patients traités par d'autres topiques, ils ont vu leur risque réduit de 4% seulement. [26,68,81]

De plus, les laboratoires URGO explicitent que selon eux, aucune crème hydratante n'est plus adaptée que SANYRENE® dans la prévention de l'escarre si l'on considère deux points. Premièrement, le rôle d'une crème classique est d'hydrater les couches superficielles de la peau. Or, pour prévenir efficacement l'escarre, il convient d'agir sur la microcirculation cutanée, située plus profondément. En ayant une action seulement de surface, la crème hydratante n'aurait pas l'efficacité attendue. Secondement, pour faire pénétrer la crème, l'effleurage ne serait pas suffisant, il conviendrait donc de réaliser des frottements, qui seraient donc traumatisants, donc dangereux. Pour terminer, ils mettent en évidence que seule l'huile SANYRENE® mentionne l'indication « prévention de l'escarre » dans sa notice. [27].

La BIAFINE® (*tropolamine*), parfois retrouvée dans la prévention des escarres, est controversée. Ses indications AMM ne comprennent pas l'effleurage mais « l'érythème secondaire à une radiothérapie, une brûlure du 1<sup>er</sup> et du second degré ou autres plaies non infectées ».

Selon URGO, pour 35 centimes d'euros par jour uniquement, SANYRENE® est efficace pour réduire le risque d'escarre, si on l'insère dans la démarche préventive, en association aux autres mesures.

- Controverse :

(Annexe n°5)

Selon le rapport de la Commission d'Evaluation des Produits et Prestations du 11 janvier 2006, le service attendu du SANYRENE® est « insuffisant ». « Les données fournies ne permettent pas d'établir l'intérêt de SANYRENE® dans la prévention de l'escarre. De plus, selon la Commission, la méthodologie de l'étude GIPPS ne permet pas de démontrer clairement le lien de causalité entre l'utilisation de SANYRENE® et la non-survenue d'escarres : l'efficacité thérapeutique de ce topique n'est donc pas établie. Les auteurs de l'étude GIPPS affirment eux aussi, qu'un essai comparatif randomisé d'une intervention aurait apporté un bien meilleur niveau de preuve que l'étude observationnelle de cohorte menée. D'une manière générale, la CEPP rappelle que la place de n'importe quel topique n'est démontrée. [25,81]

Les laboratoires URGO souhaitait l'inscription de son produit sur la liste LPP mentionnée à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale. Ils revendiquaient une action bénéfique sur la pression d'oxygène transcutanée de la région sacrée ainsi qu'une amélioration du temps de renouvellement cellulaire, de la fermeté cutanée et de l'hydratation cutanée.

Pour demander le remboursement de leur dispositif médical, les laboratoires URGO ont réalisé une étude dans laquelle ils ont suivi trois groupes de patients : l'un utilisant

SANYRENE®, l'autre un autre topique et le dernier n'utilisant aucun produit. Selon le bilan de leur étude, l'utilisation du corpitinol 60 diminue significativement la survenue des escarres (notamment sacrées).

Or, selon la CEPP, la méthodologie de l'étude ne permet pas de démontrer le lien de causalité entre l'utilisation de SANYRENE® et l'absence de survenue d'escarres. De plus, un problème de comparabilité des groupes (échelles d'évaluation des risques différentes, facteurs de risque variables) et l'absence de randomisation rend l'étude non conforme. Ainsi, l'efficacité thérapeutique ne peut pas être établie.

De plus, l'utilisation de produits topiques dans la prévention des escarres ne fait pas partie des mesures de prévention (au contraire de l'effleurage) recommandées par l'ANAES, d'après la conférence de consensus de 2001, relative à la prévention des escarres chez les personnes âgées.

En conclusion, la CEPP estime que le service attendu par SANYRENE® est insuffisant pour l'inscription sur la liste prévue à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale.

*Pour résumer : Le bien-fondé de l'utilisation de l'huile de massage SANYRENE® est souvent controversé. Certains auteurs affirment son efficacité tandis que d'autres sont plus partagés. En l'absence de preuves fondées scientifiquement et non réfutables, il convient d'admettre que l'effleurage (prendre garde à ce qu'il ne soit pas confondu avec le massage traumatisant) est une mesure à mettre en place, et que l'utilisation de SANYRENE® reste la meilleure alliée. En effet, le patient ou les aidants pourront lors de cet effleurage, observer l'état cutané, en prendre soin et seront en mesure d'alerter rapidement en cas d'altération de l'intégrité cutanée.*

- 4) Prise en charge des incontinences [10,28,29,30,31,32]
  - A) Définitions

Le terme « incontinence » dérive du latin « incontiens » qui signifie « ne pas retenir vers soi » ou « ne pas avoir le contrôle sur ».

Selon les patients, l'incontinence peut être uniquement urinaire, uniquement fécale ou les deux conjointement. Contrairement aux idées reçues, il ne s'agit pas seulement d'un phénomène attribué aux séniors. Certes, leurs fréquences sont accentuées avec l'âge, mais elles peuvent survenir à n'importe quel stade de la vie.

L'identification du caractère provisoire ou définitif de l'incontinence permettra de déterminer les solutions et les moyens à mettre en place, pour l'hygiène, le confort et le bien-être du patient. En effet, les incontinences représentent un problème de santé qui conduit souvent à une réduction de la qualité de vie : les soucis d'hygiène liés vont souvent de pair avec des sentiments de honte, de stigmatisation, de dépression et d'isolement social.

L'incontinence urinaire, communément appelée « fuites urinaires » correspond à la perte incontrôlée et soudaine d'urine. C'est un phénomène rencontré fréquemment : en France, on estime entre 3 et 5 millions le nombre de personnes concernées. Une prédominance féminine est notable, avec 70% de femmes dénombrées. Ceci s'explique par leurs différences anatomiques : l'urètre de la femme est beaucoup plus court que celui de

l'homme, le sphincter de l'homme est plus puissant, et enfin, l'homme possède une prostate qui peut parfois aider à améliorer la continence. Mais les hommes ne sont pas épargnés non plus : l'incontinence urinaire touche environ 8% des hommes de 65 ans, et plus de 28% des hommes de plus de 90 ans.

L'incontinence fécale est définie, quand à elle, par l'exonération involontaire de selles et/ou de gaz, du fait de la perte de contrôle des intestins. Il s'agit d'une situation fréquente qui possède également un léger sexe/ratio féminin en raison notamment des lésions obstétricales. Selon la littérature médicale, ce symptôme serait présent chez près de 15% de la population adulte et chez plus de 50% des sujets âgés institutionnalisés.

## B) Rappels physiologiques et anatomiques

### (a) Le système urinaire

L'anatomie de l'appareil urinaire est relativement simple.

Il est composé de deux reins dont le rôle est d'épurer les substances inutiles provenant de la circulation sanguine afin de les transformer en urine. Les reins sont reliés à la vessie par les uretères, via lesquelles l'urine transite et est amenée dans la vessie où elle est stockée jusqu'à son émission. Une fois pleine, elle peut contenir jusqu'à 500 ml. La vessie quant à elle, est reliée au méat urinaire par l'urètre dont la taille varie chez l'homme et la femme. L'urètre masculin est long : il relie la vessie à l'orifice urinaire en traversant la verge. Au contraire, l'urètre féminin est plus court, il part de la vessie et se termine très rapidement dans la vulve par l'orifice urinaire.

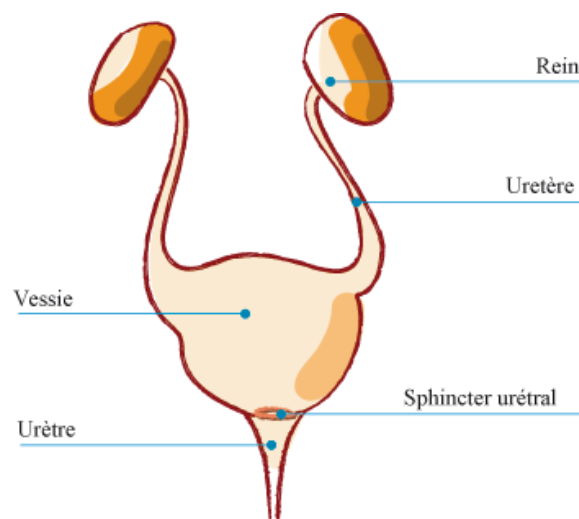


Figure 55: Appareil urinaire schématique  
D'après [www.sphère-sante.com](http://www.sphère-sante.com)

La vessie est composée de deux parties majeures :

- Le dôme vésical au niveau supérieur : Très élastique, il permet à la vessie de se distendre pour jouer son rôle de réservoir entre les mictions. La période entre deux mictions est nommée « phase de remplissage ». Le dôme vésical possède le détrusor, un muscle lisse puissant qui en se contractant, permet l'évacuation des urines vers l'orifice urinaire.
- Le col vésical au niveau inférieur : C'est le lieu de départ de l'urètre. Il permet à la vessie de retenir les urines grâce à la présence du sphincter urétral (il assure la continence urinaire). Ce dernier est renforcé chez l'homme par la prostate.

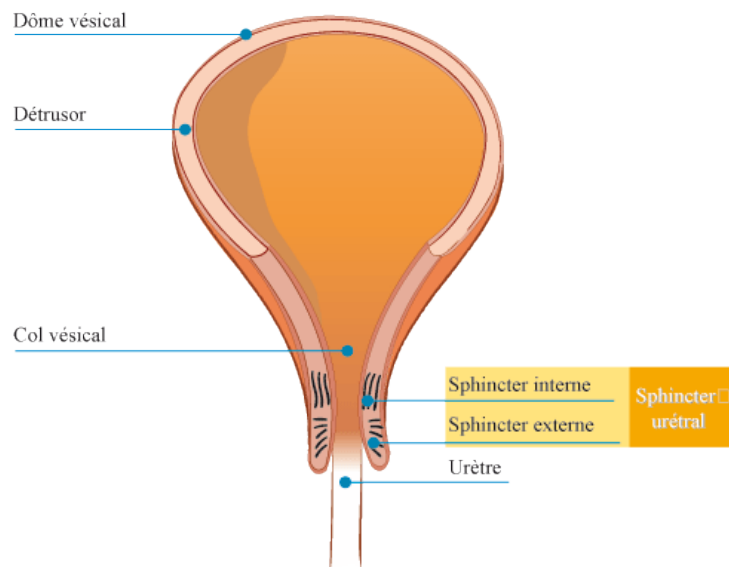


Figure 56: Schéma de la vessie  
D'après [www.sphere-sante.com](http://www.sphere-sante.com)

#### (b) Mécanisme de la miction

L'urine sécrétée par les reins s'écoule par les deux uretères en direction de la vessie.

Durant la phase de remplissage, les fibres sympathiques interviennent et stimulent les fibres musculaires lisses du col de la vessie et de l'urètre pour maintenir le col fermé et permettre ainsi son remplissage. Le système parasympathique est quand à lui, inhibé.

Lorsque la vessie atteint un certain niveau de remplissage, des récepteurs vésicaux envoient des messages au cortex qui peut soit continuer d'inhiber plus longtemps la contraction en activant le sphincter et les muscles du périnée, soit relaxer le sphincter et autoriser la miction. Dans ce cas, le parasympathique est activé entraînant ainsi la contraction du détrusor, tandis que le sympathique est inhibé de façon réflexe ouvrant ainsi les sphincters. Par ce mécanisme, l'évacuation de l'urine par le méat urinaire peut avoir lieu.

Une personne dont le système urinaire fonctionne correctement peut évacuer volontairement jusqu'à presque 3 litres d'urine par jour, à raison d'une moyenne de 6 mictions par jour d'une quantité de 500 millilitres.

### (c) Le système digestif

L'appareil digestif comporte différentes parties :

- La bouche
- L'œsophage
- L'estomac qui liquéfie les aliments
- L'intestin grêle (ou iléon) qui absorbe et met à disposition les nutriments nécessaires à l'organisme
- Le colon qui permet la réabsorption de l'eau
- Le rectum qui assure le stockage des matières fécales (avec le colon sigmoïde)
- L'anus par lequel a lieu la défécation
- Des sphincters anaux qui permettent de réguler et de rendre volontaire la défécation

Par ailleurs, dans la paroi digestive, il est possible de retrouver des centres nerveux appelés plexus mésentériques de Meissner et Auerbach qui permettent à l'intestin de se contracter pour faire avancer les selles : c'est le péristaltisme.

Le temps de transit des aliments dans l'appareil digestif dure en moyenne deux à trois jours.

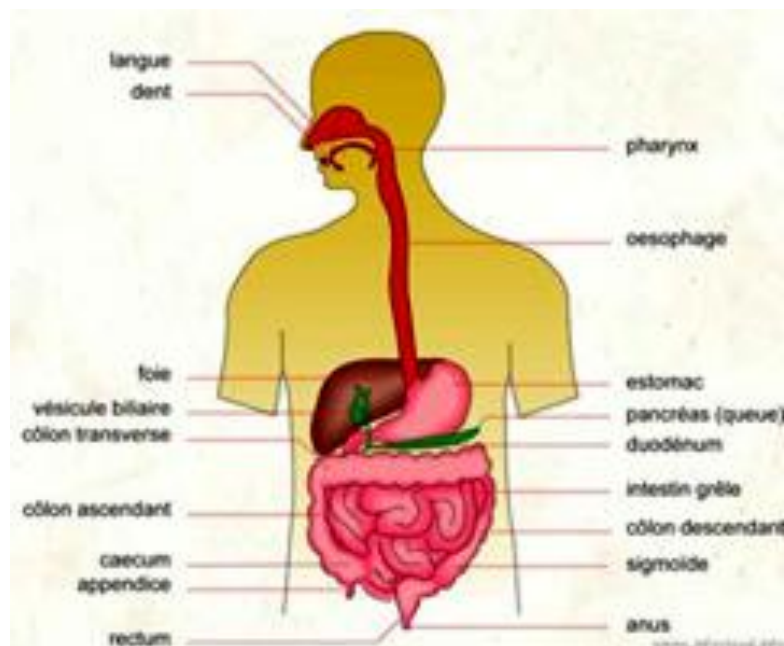


Figure 57: L'appareil digestif D'après [www.infovisual.info](http://www.infovisual.info)

#### (d) Mécanisme de la défécation

L'élimination des résidus non absorbables est donc la dernière fonction de l'appareil digestif.

Les selles provenant du colon passent dans l'ampoule rectale une à deux fois par jour. La distension de l'ampoule rectale due à l'accumulation de selles, via divers stimuli, entraîne une sensation de besoin. L'ouverture des sphincters de l'anus et la contraction de l'ampoule rectale contribue à l'évacuation des selles.

### C) Les différents types d'incontinence

#### (a) Urinaire

Selon le mécanisme de survenue, il est possible de différencier plusieurs formes d'incontinence :

##### - **L'incontinence d'effort :**

Elle est retrouvée chez plus de la moitié des incontinentes féminines. C'est la forme la plus fréquente des incontinenances urinaires.

Il s'agit d'une fuite en jet, peu abondante, de survenue brutale et sans sensation de besoin préalable.

Son mécanisme d'action s'explique par un affaiblissement du plancher pelvien, et par une diminution des résistances du sphincter urétral lors de la ménopause ou en période postopératoire par exemple.

Elle survient en général, à l'occasion d'un effort qui peut être minime : par exemple, une toux, des éternuements, des rires, un portage de charges, un saut peuvent suffire à provoquer une incontinence d'effort. D'une manière générale, on considère que toute activité augmentant la pression abdominale peut causer ce type d'incontinence. De ce fait, l'incontinence d'effort n'est jamais retrouvée pendant le sommeil.

##### - **L'incontinence urinaire par instabilité vésicale (ou impériosité) :**

Ce type d'incontinence concerne 25 % des incontinentes féminines, elle est donc moins fréquemment retrouvée que l'incontinence d'effort.

Il s'agit d'une émission d'une grande quantité d'urine, qui peut être diurne ou nocturne et qui est précédée d'un besoin urgent et incontrôlable d'uriner. C'est pourquoi, elle est parfois décrite comme une urgence mictionnelle.

Son mécanisme d'action relève d'une hyper tonicité vésicale déclenchant involontairement des contractions vésicales permanentes et anarchiques, d'une hypersensibilité du détrusor à l'acétylcholine ou d'une stimulation cholinergique trop intense entraînant la contraction de la vessie, donc l'émission de son contenu.

Ses causes peuvent être organiques (infections diverses, lithiases, cancers, troubles neurologiques...) ou non organiques (bruit de l'eau ou contact avec l'eau, colère, surprise, peur, rêves, prise de boissons telles que le café, le thé, le vin blanc...).

- **L'incontinence urinaire par regorgement :**

C'est la forme d'incontinence mise en cause majoritairement chez l'homme.

Ce type d'incontinence est, dans la plupart des cas, imputable à un rétrécissement de l'urètre par exemple, lors d'hypertrophie sénile de la prostate. L'augmentation du volume de la prostate va à terme, comprimer l'urètre. Ce blocage entraîne alors l'accumulation de l'urine dans la vessie et provoque la distension progressive de la paroi vésicale interne. La pression intra vésicale, causée par la rétention d'urine, finit par réussir à forcer le rétrécissement de l'urètre. L'urine va alors s'écouler, en permanence, goutte à goutte.

- **L'incontinence urinaire d'origine neurogène :**

Le contrôle sphinctérien devient difficile lors de certaines perturbations du système neurologique : maladie d'Alzheimer, de Parkinson, confusion mentale, dépressions nerveuses marquées...

- **L'énurésie**

La fuite d'urine durant le sommeil, également dénommée incontinence urinaire nocturne, se produit généralement chez les enfants en bas âge. Mais ce n'est pas une exclusivité : certains adultes souffrent aussi d'énurésie, notamment ceux qui suivent un traitement à base d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques.

Les incontinenances d'effort et par instabilité vésicale sont les plus souvent retrouvées. Il est possible également de les voir associées, notamment chez les personnes âgées qui présentent régulièrement ce genre de troubles. On parle alors d'**incontinence urinaire mixte**.

(b) Fécale

La continence anale est un phénomène complexe et multifactoriel : les sphincters doivent être fonctionnels, le rectum doit jouer son rôle de réservoir élastique et de siège de la sensation de besoin défécatoire, le colon doit propulser les matières fécales dont la consistance doit être normale... Toute anomalie d'un de ces facteurs peut entraîner une incontinence fécale.



L'incontinence fécale survient lorsque les forces de résistance de l'anus sont diminuées ou lorsque les capacités de réservoir du rectum sont dépassées.

La première situation est observée lorsque les sphincters de l'anus sont endommagés (séquelles d'un accouchement ou d'un geste chirurgical) ou lorsque leur commande est inefficace (atteinte de la commande nerveuse) : ce mécanisme est le plus souvent rencontré.

La seconde situation est rencontrée quand il existe des anomalies de la paroi du rectum (inflammation, tumeur) ou quand son contenu est trop excessif (diarrhées, matières dures, sécrétions multiples). Ces données simples en apparence sont en réalité compliquées par l'association des anomalies entre elles.

Peut être aussi retrouvée, une diminution de la compliance du rectum qui abaisse la capacité du rectum à stocker temporairement les selles dans le but d'une évacuation différée. Inversement, la compliance rectale peut être augmentée, ainsi les matières fécales peuvent s'accumuler dans le rectum et favoriser une incontinence par regorgement.

La constipation chronique peut engendrer un type d'incontinence fécale pour deux raisons. Tout d'abord, l'accumulation permanente de matière fécale non expulsée provoque une distension et un amincissement des muscles de l'anus et des intestins ainsi la fuite des selles est plus aisée par la suite. Ensuite, un patient sujet à la constipation aura tendance à abuser des laxatifs, or, l'utilisation chronique de ce genre de médicaments (qu'elle soit justifiée ou non), peut entraîner des fuites de selles à un moment donné.

L'incontinence fécale due aux maladies neurologiques n'est pas à considérer comme peu fréquente. En effet, selon les études, la prévalence de cette incontinence chez les patients atteints de sclérose en plaque peut aller jusqu'à 50%.

D'autres facteurs peuvent aussi rentrer en ligne de compte : Un diabète ou une pathologie du système nerveux autonome va altérer la capacité à ressentir le besoin de défécation, entraînant ainsi une « incontinence passive ».

#### D) Conséquences des incontinenances

Outre le coût financier, les incontinenances peuvent avoir un réel impact sur la vie de la personne touchée.

Prenons tout d'abord en compte, les conséquences sociales. Les incontinenances peuvent entraîner un sentiment de mal-être, de honte, de dénigration, d'altération de son image personnelle. Par refus d'acceptation, et par peur d'être jugée, une forte proportion des personnes concernées par l'incontinence n'en parleront pas, et de ce fait, n'auront aucune solution de mise en place. L'isolement social peut alors s'installer rapidement.

Les incontinenances peuvent aussi avoir des conséquences médicales, notamment en matière d'apparition d'escarres. En effet, il a été vu précédemment que la macération pouvait entraîner une altération de la barrière cutanée, et qu'elle pouvait être considérée comme un facteur de risque de survenue de cette plaie. L'incontinence urinaire ou fécale, si elle n'est pas prise en charge de manière optimale, expose la peau à des substances agressives (les

matières fécales très acides sont nocives pour les cellules cutanées), donc la fragilise. De plus, elle entretient une humidité permanente qui provoque macération des tissus cutanés et donc aggravation d'une lésion naissante.

La prise en charge des incontinences chez une personne déjà à risque d'escarre, doit faire entièrement partie de la démarche de soins de cette personne.

- E) Prise en charge médicale
  - (a) De l'incontinence urinaire

#### La rééducation comportementale :

La rééducation comportementale se pose sur la réalisation d'un calendrier mictionnel qui consiste à noter chaque jour durant 2 ou 3 jours consécutifs, les horaires, les quantités de mictions, le nombre de protections utilisées, les prises de boissons ainsi que les horaires et les circonstances des fuites. Le but est in fine, de retrouver une fréquence mictionnelle la plus proche de la normale, c'est-à-dire 5 à 7 mictions par jour et 0 à 1 miction nocturne.

Elle est basée sur deux méthodes :

- Les mictions programmées : Il s'agit d'une collaboration patient-médecin, qui détermine ensemble « un plan horaire de miction ». Le patient devra uriner de manière répétée et à heures fixes en fonction de son rythme d'élimination.
- L'entraînement vésical : Le patient devra apprendre à garder son calme, à se contrôler lorsque l'urgence se fait sentir en contractant ses muscles pelviens. Ceci permettra au bout d'un certain temps d'augmenter progressivement les intervalles entre deux mictions et donc la capacité vésicale.

#### La rééducation périnéale :

La rééducation des muscles du périnée s'adresse aux incontinences féminines, essentiellement touchées par l'incontinence d'effort et par impériosité. Elle est utilisée pour augmenter la force et la durabilité des contractions des muscles périnéaux. Cette technique aide les personnes incontinences à entretenir la contraction musculaire, à prévenir la réaction du périnée selon les mouvements du corps mais aussi à lutter contre le blocage surgissant parfois avant d'uriner.

Cette méthode est basée sur l'utilisation des capacités du courant électrique à améliorer certaines fonctions biophysiques des fibres musculaires.

Ce dispositif médical est remboursé par la Sécurité Sociale sur prescription médicale. Dans 80% des cas, un résultat satisfaisant est obtenu.

#### Les médicaments :

Parmi les différents types d'incontinence urinaire, seules l'incontinence par impériosité et l'incontinence par regorgement bénéficient de médicaments efficaces pour les traiter. Le but de ces traitements est dans un premier temps de réduire la fréquence mais aussi le volume des fuites urinaires, de nuit comme de jour. L'objectif terminal sera de faire disparaître totalement l'incontinence, lorsque cela sera envisageable. Les résultats sont considérés

comme mitigés : pour un tiers des patients traités, la guérison sera effective, pour un autre tiers, il y aura de l'amélioration mais pour le dernier tiers, ce sera un échec.

- L'incontinence urinaire par impériosité

Les mécanismes de l'hyperactivité de la vessie sont multiples et de ce fait, plusieurs traitements ont été testés. La contraction de la vessie est sous la dépendance des récepteurs muscariniques contenus dans le muscle de la paroi vésicale. La contraction de ce muscle se produit lorsque l'acétylcholine se fixe sur ces récepteurs. C'est ce mécanisme qui engendre donc la contraction du muscle de la vessie et donc les mictions. En effet, chez une personne continente, l'acétylcholine est libérée de façon consciente lorsque l'envie d'uriner se fait ressentir, ce qui entraîne une contraction normale et contrôlée de la vessie. En revanche, chez une personne incontinente par impériosité, l'acétylcholine est libérée sans contrôle conscient et volontaire de la personne, ce qui entraîne des fuites urinaires.

Le rôle des médicaments suivants est de bloquer les récepteurs muscariniques de la vessie et donc de diminuer sa capacité à se contracter de façon permanente.

**Les anticholinergiques antispasmodiques** (DITROPAN®, CERIS®, VESICARE®...) sont les médicaments les plus utilisés dans le traitement de l'incontinence urinaire. Ils vont avoir la capacité de bloquer les récepteurs muscariniques de la vessie et donc de diminuer sa possibilité de contraction.

En général proposés par cures de trois mois, ils ont des effets secondaires atropiniques relativement marqués, qui peuvent conduire le patient à l'arrêt du traitement ou à une inobservance : sécheresse buccale, troubles de l'accommodation oculaire, troubles gastro-intestinaux, troubles de la conscience...A noter que la fréquence de survenue de ces effets indésirables n'est pas la même pour tous les anticholinergiques ni pour tous les patients traités par cette classe médicamenteuse.

- L'incontinence urinaire par regorgement :

Pour envisager un traitement pour l'incontinence urinaire par regorgement, il est nécessaire de se souvenir que c'est une des complications de l'adénome de la prostate. Le traitement de l'incontinence urinaire par regorgement chez l'homme passera donc par le traitement de l'adénome de prostate. En général, ce dernier sera traité uniquement s'il provoque des symptômes qui entravent la qualité de vie du patient.

**Les extraits de plantes** (TADENAN®...) ont un mode d'action anti-inflammatoire et anti-œdémateux. Leur avantage notable est leur absence d'effets secondaires, mais leur efficacité reste inconstante.

**Les alpha-bloquants** (XATRAL®, JOSIR®, MECIR®, ZOXAN®...) agissent en diminuant la résistance à l'écoulement du flux urinaire au niveau du col de la vessie et de l'urètre prostatique. Leur efficacité est très bien prouvée et les effets sont encourageants. Cela dit, ils possèdent des effets indésirables importants à type de chutes de tension artérielle en position debout, de céphalées, de vertiges, voire de malaises. La balance bénéfice- risque devra donc être posée en instauration de traitement, mais aussi au cours du suivi, notamment chez la personne âgée, pour limiter le risque de chute.

**Les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase** (AVODART®, CHIBROPROSCAR®...) sont des traitements hormonaux visant à réduire le volume de la prostate, en empêchant la formation de dihydrotestostérone responsable de son développement. Après 6 mois de traitement, une diminution du volume prostatique est notable : de 20 à 30%. Leurs principaux effets secondaires sont une diminution de la libido réversible à l'arrêt du traitement.

Minoritairement, les myorelaxants, les psychotropes, les antidépresseurs tricycliques sont parfois prescrits.

- L'incontinence urinaire d'effort

Plusieurs médicaments ont été testés dans l'incontinence urinaire d'effort. Les résultats ont été variables, mais considérés comme non satisfaisants. C'est pourquoi, à l'heure actuelle, en France, il n'y a pas de médicaments commercialisés dans cette indication.

Les interventions chirurgicales

- L'incontinence urinaire d'effort

**La bandelette** d'Ulmsten a été mise au point en 1996 par le chirurgien suédois du même nom. Elle est aujourd'hui considérée comme la solution de référence pour l'incontinence urinaire d'effort et grâce à elle, de bons résultats sont obtenus : 80% de succès (absence totale et durable de fuites). Il s'agit d'une bandelette synthétique de polypropylène introduite par voie vaginale. Cette petite bande s'apparente à une bande de tissus auto-agrippante, dotée d'une très bonne tolérance pour pouvoir être utilisée chez la majorité des patientes souffrant de ce type d'incontinence.

Ce traitement chirurgical a pour but de repositionner le col et l'urètre en position anatomique mais aussi d'instaurer un nouveau support synthétique sous l'urètre à la manière d'un hamac. Lors d'un effort, l'urètre et le col vésical s'appuieront sur ce support qui assurera l'étanchéité de la vessie grâce à la pression exercée.

Cette technique, très appréciée pour ses prouesses, a rapidement été adoptée et les spécialistes ont cherché à encore l'améliorer pour limiter la morbidité liée à la pose de la bandelette, en l'occurrence le risque de plaies vésicales et digestives pendant l'opération chirurgicale. C'est cinq ans plus tard, en 2001 qu'un urologue français, le docteur Delorme, publiait la mise en place de la bandelette par une autre technique, une autre manière d'introduire la bandelette dans l'organisme pour rendre cette introduction moins traumatisante et moins à risque de perforation des organes abdominaux.

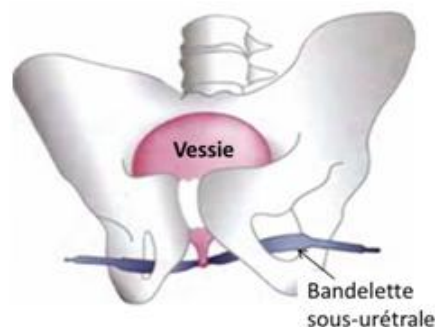


Figure 58: Positionnement d'une bandelette sous-urétrale chez la femme. D'après [www.celyatis.com](http://www.celyatis.com)

**Les injections péri-urétrales** de substances à base d'acide hyaluronique autour de l'urètre permettent de réduire l'évacuation des urines. Le produit est injecté directement dans la paroi du canal de l'urètre afin de réduire son diamètre. Ainsi, lors des efforts, la fermeture de l'urètre sera facilitée, sans pour autant, gêner la miction volontaire. C'est une solution uniquement provisoire car son efficacité limitée dans le temps, nécessite régulièrement de nouvelles injections pour obtenir et garantir le résultat escompté. De plus, le service médical rendu n'étant pas établi, aucun remboursement n'est actuellement accordé. Cependant cette technique a l'avantage de n'être que peu invasive du fait de sa réalisation par voie endo-urétrale, et d'avoir un effet immédiat pour le patient.

- *L'incontinence urinaire par regorgement*

**L'adénomectomie** : Un patient souffrant d'une incontinence d'effort possède un obstacle qui empêche l'écoulement optimal des urines, notamment via un adénome prostatique, qui va accroître le volume de la prostate, réduisant ainsi le diamètre de l'urètre et donc l'émission physiologique des urines. Un traitement chirurgical peut être proposé, mais en général, il ne sera conseillé que si le traitement médicamenteux mis en place auparavant, ne suffit pas à éliminer les symptômes. Le chirurgien pourra alors, en incisant la vessie, retirer une partie de la prostate adénomateuse.

- *L'incontinence urinaire par insuffisance sphinctérienne*

**Les ballons ACT** (Ajustable Continence Thérapie) sont placés de chaque côté du col vésical afin de créer un obstacle à l'évacuation des urines. Ces petits ballons, introduits sous anesthésie locale, offrent un taux de réussite d'environ 80%. Cette technique a l'avantage d'être ajustable à la personne (les ballons sont gonflés selon le besoin) et facilement réversible.

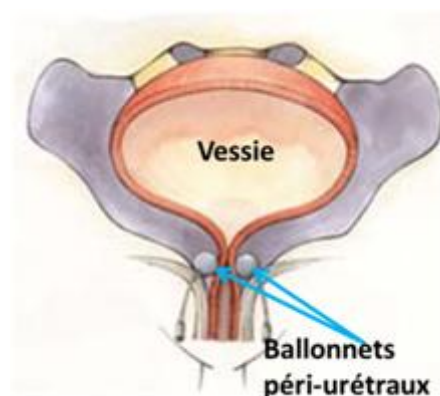


Figure 59: Les ballons ACT péri-urétraux chez la femme. D'après [www.celyatis.com](http://www.celyatis.com)

**Le sphincter artificiel** : Cette technique consiste à remplacer le système sphinctérien déficient par un dispositif assurant la fonction identique. Ce dispositif est un matériel synthétique implantable, commandé par le patient via une pompe permettant de contrôler la pression du col vésicale et donc d'uriner. Le taux de réussite de cette technique est de 85 à 100%. La durée de vie d'un sphincter artificiel est d'environ dix ans. C'est le traitement de référence pour l'incontinence par insuffisance sphinctérienne.

- L'incontinence urinaire par impériosité

**La neuromodulation sacrée** apporte une solution aux personnes dont le traitement médicamenteux n'a pas été efficace. Elle consiste à stimuler électriquement les nerfs sacrés. L'efficacité semble se maintenir dans le temps, et des résultats ont été remarquables chez 20 à 30% des patients. Une prise en charge à 100% est assurée par la sécurité sociale.

(b) De l'incontinence fécale

Les traitements médicamenteux et conseils hygiéno-diététiques

En cas d'incontinence anale par regorgement, il faudra avant tout, assurer un transit intestinal régulier et une vidange rectale optimale. L'augmentation de la ration quotidienne en fibres peut être une solution à envisager, de même que l'utilisation régulière de laxatifs non irritants (polyéthylènes glycols par exemple). L'administration de lavements ou de suppositoires peut aussi s'avérer efficace et nécessaire.

S'il s'agit d'une incontinence anale par accélération du transit (incontinence anale active), par insuffisance sphinctérienne ou par diminution de la capacité rectale, la démarche inverse doit être recommandée. Une réduction de l'apport en fibres alimentaires, l'utilisation de médicaments ralentisseurs du transit tels que le loperamide, d'argiles, d'antispasmodiques voire de chélateurs des sels biliaires sont autant de mesures qui doivent être mises en place. La prescription de tampons anaux, désormais pris en charge par la sécurité sociale, peut parfois s'avérer être une aide précieuse pour les patients avec une incontinence passive.

La rééducation périnéale et abdominale

Plusieurs types de rééducations existent. On retrouve la coordination recto-sphinctérienne (contraction du sphincter en réponse à une distension rectale), la sensibilité rectale (avec des ballonnets gonflés à volumes variables dans le rectum) et l'amélioration de la qualité de la contraction anale volontaire (force et durée). Des exercices courts (d'une dizaine de minutes) mais quotidiens de contraction volontaire et répétitive de l'anus sont proposés.

Il existe aussi des réflexes d'inhibition rectale à développer avec des techniques de biofeedback. Le but est d'apporter un délai de sécurité suffisant pour atteindre les toilettes.

Il est fondamental d'associer à la rééducation périnéale, une rééducation de la sangle abdominale et de la respiration. Le taux de succès semble varier entre 50 et 90%.

#### La neuromodulation des racines sacrées

D'abord développée dans le cadre de l'incontinence urinaire par instabilité vésicale, l'amélioration des signes digestifs associés chez certains patients a conduit à son utilisation pour traiter l'incontinence anale. Cette procédure est réservée aux formes sévères résistantes au traitement médical et à la rééducation.

#### La chirurgie de substitution sphinctérienne

En cas de lésion étendue du sphincter ou du périnée, de malformation anorectale ou d'incontinence fécale sévère neurogène, le recours à des techniques de substitution sphinctérienne est proposé afin de procéder au remplacement du sphincter physiologique par un sphincter anal artificiel. Le procédé est le même que pour le sphincter vésical artificiel.

#### La colostomie

Dans les formes les plus sévères et invalidantes d'incontinence anale, le recours à la colostomie ne doit pas être oublié. Un travail psychologique est souvent nécessaire pour faire accepter cette intervention par le patient, mais l'effet sur la qualité de vie peut être spectaculaire. La colostomie consiste en l'abouchement d'une partie du tube digestif au niveau de la peau. S'en suit la mise en place de poches adaptées au patient.

### F) Les différents types de protections disponibles [10,31,35,37]

Une autre solution pour pallier aux effets des incontinenances sont les protections. Souvent appelée « couche pour adulte », ou « change complet », les protections pour incontinenances ont beaucoup évolué ces dernières années et grâce aux développements technologiques, elle est aujourd'hui particulièrement fine (l'épaisseur de la protection sera bien évidemment corrélée à son degré d'absorbance), très discrète tout en assurant un maximum de sécurité à son utilisateur. Elle permet donc, de ce fait, de garder un rythme de vie habituel sans s'isoler socialement.

Les protections urinaires peuvent être considérées comme des couches généralement destinées à absorber l'urine qui s'échappe en cas de fuites urinaires. Elles sont assimilables à des serviettes périodiques pour les incontinenances légères et à des couches pour enfants pour les incontinenances plus sévères.

La plupart des protections urinaires, qu'il s'agisse de protections féminines ou masculines sont équipées de trois couches aux rôles bien distincts :

- *Le coussin diffuseur* (en contact avec le corps) est composé de fibres de cellulose. Il permet une diffusion rapide de l'urine dans les coussins inférieurs, ainsi la peau peut sécher rapidement et garder son pH physiologique.

- *Le coussin absorbant* (au milieu de la protection) est équipé de perles chargées d'absorber les liquides et de les transformer en gel non relargable pour les stocker. Son rôle est aussi de neutraliser les odeurs.
- *Le coussin inférieur*, quand à lui, assure le maintien de la protection, la diffusion et la répartition optimale de l'urine.

Différents types de produits existent selon le degré d'autonomie mictionnelle et de mobilité du patient, selon le volume, la fréquence et la répartition des fuites urinaires et selon également la corpulence. De ce fait, les protections urinaires sont à adapter individuellement aux besoins spécifiques de chaque personne.

On distingue :

- **Les coquilles** (*pour une incontinence légère : écoulement par gouttes*)

Elles sont réservées aux hommes et s'adaptent facilement à leur anatomie via leur forme. Elles engloberont ou non le scrotum.

Leur capacité d'absorption est évaluée entre 80 et 500 millilitres.



Figure 60: Protection anatomique type coquille

- **Les protections droites** (*pour une incontinence légère : écoulement par gouttes*)

Ce sont des produits de première génération utilisés à la fois chez l'homme et chez la femme. Ces protections sont de petite taille et se posent directement à l'intérieur du sous-vêtement.

Leur capacité d'absorption est semblable à celle des coquilles.

- **Les protections anatomiques** (*pour une incontinence moyenne : écoulement par gouttes ou en jet inférieur à 200ml*)



De tailles variées, les protections anatomiques sont conçues pour épouser l'anatomie de la personne. Elles peuvent être utilisées pour tous les types d'incontinences urinaires, et concernent aussi bien l'homme que la femme. Faciles à mettre et à retirer, elles sont réservées aux personnes pour lesquelles il persiste une autonomie mictionnelle.

Ce type de protection peut être placé directement dans le sous-vêtement de la personne grâce à leur bande adhésive ou être maintenu par des slips de maintien, encore appelés slips filets élastiques.



Figure 61: Les protections anatomiques pour incontinence

- **Les slips absorbants pour incontinence** (pour une incontinence modérée à sévère)

Les slips absorbants sont conçus comme des sous-vêtements, ils s'enfilent et se retirent comme un slip ou une culotte ordinaire, ce qui permet généralement aux personnes concernées d'assumer leur incontinence avec plus de facilité leur incontinence d'un point de vue psychologique. Le problème majeur est la macération avec le risque d'irritation cutanée.

- **Les changes complets** (pour une incontinence modérée à sévère)

Les changes complets sont des protections particulièrement adaptées dans les cas d'incontinence assez lourde. Ils possèdent des adhésifs repositionnables et un indicateur d'humidité. Il en existe différentes tailles déterminées par le tour de taille et taux d'absorption pour répondre aux multiples besoins des personnes incontinentes. Elles sont en général conseillées pour les personnes alitées et/ou grabataires.

Des « barrières anti-fuites » sont présentes à l'arrière de la protection et au niveau latéral.

Actuellement, les changes complets sont utilisés trop souvent, ils ne devraient l'être que lorsque la rééducation ou la mise aux toilettes est impossible. Les changes anatomiques ou les slips absorbants devraient être plus employés car ils permettent une rééducation comportementale mictionnelle chez des patients souffrant d'une forte incontinence mais avec une autonomie conservée.



Figure 62: Change complet pour incontinence

Conduite à tenir pour éviter le risque de lésion cutanée suite au port de protections pour incontinence :

- Procéder à des changes réguliers afin d'éviter la macération de la peau dans les urines et les selles
- Réaliser une toilette génito-anale au cours de chaque change, avec des produits doux, non agressifs (eau tiède, produits de toilette sans savon)
- Bien essuyer par tamponnement délicat les organes génitaux et la région anale, y compris le pli fessier
- Le change est un moment où il est possible d'apprécier l'état cutané de la personne. Précédemment, il a été rappelé l'importance de l'observation des points d'appui à chaque changement de position, pour détecter une éventuelle rougeur installée. Le change peut aussi être une occasion de surveiller cela.

**Récapitulatif :**

	Personnes mobiles	Personnes à mobilité réduite
Incontinence légère	Coquilles ou protections anatomiques	Coquilles ou protections anatomiques ou changes complets
Incontinence modérée	Protections anatomiques ou slips absorbants	Changes complets ou slips absorbants
Incontinence forte	Protections anatomiques ou slips absorbants	Changes complets ou slips absorbants

## G) Les aides matérielles [14,19,36,38]

### (a) La chaise garde-robe

Pour enrayer essentiellement l'incontinence par instabilité vésicale, il est conseillé d'abandonner les toilettes lointaines au profit d'une chaise garde-robe. Placée à proximité du patient, elle lui sera facilement et rapidement accessible. Nommée aussi chaise percée, fauteuil garde-robe ou encore Montauban, elle présente une assise comportant un seau pour le recueil des urines ou des matières fécales, recouverte d'un coussin facilement détachable pour faciliter le nettoyage. Divers modèles sont disponibles : certains sont fixes, d'autres à roulettes. Dans ce dernier cas, la chaise comporte quatre roulettes agrémentées chacune d'un frein, d'une barre repose-pieds réglable et amovible et d'une barre à pousser. Les accoudoirs peuvent être escamotables.

Pour les personnes de grande taille ou de forte corpulence, un modèle existe avec une plus grande largeur entre les accoudoirs. Ces modèles répondent à la LPP et sont pris en charge à l'achat. La location, au contraire n'est pas prise en charge, et est déconseillée pour des mesures évidentes d'hygiène.



Figure 63: Chaise garde-robe.

D'après Alcura

### (b) L'urinal

Pour les patients restant alités mais gardant une autonomie mictionnelle, il existe des dispositifs appelés urinaux. Ce sont des réservoirs en plastique le plus souvent, gradués, comportant une surface plane destinée à être posée stablement sur le lit. Il existe un modèle pour homme appelé couramment « un pistolet » et un modèle pour femme comportant un bec plus large. Ce système a aussi l'avantage de contrôler la diurèse et d'éviter le port de protections. Cependant, la possibilité de renversement des urines reste un inconvénient majeur. C'est pourquoi, il est préférable de se diriger vers un urinal doté d'un système anti-reflux pour une meilleure sécurité.



Figure 64: Urinal avec système anti-reflux

Autour du lit, il est également possible de retrouver des bassins de lit permettant le recueil des urines et des selles. Ils peuvent être en acier ou en polypropylène et sont munis d'une large poignée pour faciliter leur préhension.

Les urinaux et les bassins de lit ne sont pas remboursés.

(c) L'appareillage de drainage passif

⇒ **L'étui pénien :**

L'étui pénien se présente comme un préservatif qui se termine par un cône de raccord. Il est composé de latex, de silicone ou encore d'élastomère pour les patients à terrain allergique. Il est le plus souvent auto-adhésif et est relié à une poche collectrice d'urine par l'intermédiaire d'une tubulure. La poche collectrice est différente selon son utilisation, de jour ou de nuit. Les poches de jour ont une contenance de 500 à 1000 millilitres alors que la capacité des poches de nuit approche les 2 litres. Le patient peut placer la poche au mollet ou à la cuisse par l'intermédiaire d'un filet tubulaire de jambe ou par des attaches de type Velcro.

L'étui pénien, tout comme les poches, doivent être changés quotidiennement, au moment de la toilette.

L'étui pénien possède une bonne tolérance et évite les problèmes de macération (causant la fragilisation de la barrière cutanée). Cependant, il est nécessaire que le patient possède une certaine dextérité et une acuité visuelle : son utilisation n'est donc pas extrapolable à tous.

⇒ **Le collecteur d'urine**

Le collecteur d'urine est formé d'un anneau protecteur cutané que l'on colle au niveau des organes génitaux et d'une poche collectrice avec robinet de vidange. Ce système est réservé à la femme incontinente alitée.

Ce dispositif n'est pas pris en charge.

⇒ **L'obturateur urétral**

L'obturateur urétral est un petit cylindre terminé par un ballon qui se remplit naturellement d'air afin d'empêcher la miction. Au moment d'uriner, il faut tirer sur la cordelette pour libérer l'air du ballon.

On distingue :

- Les obturateurs à usage unique : ils sont réservés aux incontinences féminines d'effort légères à modérées. Dans les trois quarts des cas, la satisfaction est présente, mais l'inconvénient majeur reste son coût particulièrement élevé compte tenu du nombre quotidien nécessaire, sachant qu'un obturateur ne doit pas être laissé en place plus de 3 heures.
- L'obturateur mensuel : il est à changer tous les mois. Il est muni d'une turbine à commande magnétique permettant une vidange mécanique de la vessie. Ainsi, les fuites seront évitées et la vessie vidangée dans son intégralité. Il sera réservé à l'insuffisance sphinctérienne et à la rétention chronique. Il reste très peu utilisé du fait de ses complications majeures : infections, irritations de la vessie...

Les obturateurs, qu'ils soient à usage unique ou non, ne sont pas remboursés.

*Remarque : Il existe aussi des obturateurs anaux (PERISTEEN OBTAL® des laboratoires COLOPLAST). Ce sont des tampons de mousse de polyuréthane comprimée par un film hydrosoluble. Ils sont munis d'un cordon pour le retrait. Au contact de la muqueuse anale, le film superficiel comprimant le tampon se délite, l'obturateur s'ouvre alors en corolle et s'applique sur les parois de l'ampoule rectale dont il assure la fermeture mécanique en laissant tout de même passer les gaz. Ils sont indiqués pour les personnes souffrant d'incontinence fécale d'origine neurologique. Ils sont inscrits sur la liste LPP de l'article L165-1 du CSP et donc pris en charge pour les personnes citées précédemment.*

(d) Appareillage de drainage actif

⇒ **Les sondes**

Les sondes vésicales sont des appareils tubulaires creux destinés à être introduits dans la vessie en passant par l'urètre. Elles concernent essentiellement les incontinences par regorgement ou les rétentions chroniques.

Il existe différents types de sondage :

- Le sondage à demeure est indiqué chez la personne âgée en cas de rétention chronique lorsqu'aucune autre alternative n'est envisageable. Il permet un drainage continu de la vessie.
- Le sondage intermittent doit être réalisé plusieurs fois par jours. Il est souvent retrouvé chez les blessés médullaires, car difficile à mettre en œuvre chez la personne âgée du fait de la nécessité d'une bonne habileté, d'une vue correcte et d'une dextérité appropriée.

Les sondes sont prises en charge par la Sécurité Sociale dès lors qu'il y a une ordonnance.

## 5) Lutte contre la déshydratation [40,41,42]

### A) Définition

La déshydratation est une conséquence de la diminution des apports hydriques ou d'une perte trop importante d'eau. La déshydratation correspond donc à un manque d'eau et de sels minéraux dans le corps. Certaines personnes sont plus sensibles que d'autres ; les nourrissons, les jeunes enfants, les personnes âgées et les personnes souffrant d'une maladie chronique type diabète.

Boire est considéré comme la deuxième fonction vitale de l'être humain après la fonction respiratoire. L'eau a de nombreuses propriétés indispensables au bon fonctionnement de l'organisme : solvant pour toutes les réactions physiques, transport des nutriments du sang vers les organes, évacuation des déchets via les reins, lubrification des articulations, régulation de la température corporelle...

Indispensable à l'organisme, l'eau est le constituant le plus abondant du corps humain. A l'âge adulte, l'homme est constitué de 60 à 65 % d'eau (soit 45 litres en moyenne), et cette proportion est encore plus importante chez l'enfant puisqu'elle s'élève jusqu'à 75%, voire 80% chez le nouveau-né. Au contraire, chez la personne âgée, l'eau ne représente « que » 55% de son poids total.

La déshydratation est une pathologie fréquente, grave et le plus souvent évitable.

Certains organes sont plus riches en eau que d'autres. C'est le cas par exemple du cerveau, qui contient plus de 95% d'eau. Ainsi, cet organe sera très sensible à la déshydratation de l'individu.

#### (a) Régulation de l'eau corporelle

Pour voir comment l'organisme parvient à réguler son eau, il convient d'étudier les entrées et les sorties, les apports et les pertes. Pour que l'état d'hydratation soit constant, le bilan de l'eau doit être nul.

Il convient de boire environ 1.5 litre d'eau par jour (ces besoins étant accrus en période de forte chaleur, d'activité physique en fonction de l'état de santé propre à chaque individu). Les entrées d'eau se font aussi par l'alimentation : on considère qu'une alimentation « normale » apporte environ 1 litre d'eau (soupes, légumes, laitages...) et, à cela il faut rajouter un demi-litre fabriqué par l'organisme à partir des aliments.

Les sorties d'eau se font par la respiration et par la sueur (qui chaque jour, sont responsables de la perte d'un litre d'eau), par les selles (à hauteur de 0.2 litre) et en plus forte proportion par les urines, qui peuvent aller jusqu'à 2 litres quotidiennement. C'est le rein qui est responsable de la régulation du bilan hydrique. C'est lui qui adapte le volume urinaire en fonction des apports et des pertes dites obligatoires (selles, sueur, respiration).

## (b) Etiologies

Plusieurs causes susceptibles d'entraîner une déshydratation sont repérables :

- Les causes physiologiques liées au vieillissement
- Les causes psychologiques : inconscience, dépression, anorexie, confusion, désorientation, troubles de la compréhension, tentative de contrôle de l'incontinence urinaire
- Les causes fonctionnelles : mobilité réduite, diminution de l'énergie, diminution de la capacité de coordination des gestes, diminution de la capacité visuelle ou cognitive
- Les causes environnementales : environnement inconnu ou nouveau entraînant une perte de repères, canicule, chauffage trop élevé
- Les causes relatives à une affection : maladie d'Alzheimer (perte du réflexe de boire, perte de mémoire), incontinence urinaire, diarrhée, fièvre, vomissements, troubles de la déglutition, dyspnée
- Les causes iatrogènes : médicaments (diurétiques, laxatifs, lavements), situations nécessitant le jeûne, régime sans sel

## (c) Particularités du sujet âgé

Les apports hydriques du sujet âgé sont bien souvent insuffisants par rapport à ses besoins. En effet, il ne boit pas assez.

Il y a plusieurs raisons à ce phénomène.

- La diminution de l'eau corporelle totale : entre 30 et 70 ans, la perte d'eau est estimée à 6 litres.
- La diminution de la sensibilité du centre de la soif entraînant une hypodypsie : la prise de liquide est contrôlée par la soif, mais avec le vieillissement, ce mécanisme est altéré, dû à une augmentation du seuil de son stimulus qui est l'osmolarité plasmatique (elle passe de 294 mosmol/l chez l'adulte à 300 mosmol/l pour les plus âgés).
- L'altération physiologique rénale : La diminution du débit cardiaque et du flux plasmatique et la nouvelle répartition de la vascularisation contribuent à la baisse du débit de filtration glomérulaire. Le rein perd également une part de sa capacité de réabsorption du sodium. Ainsi, cette perturbation du bilan sodique induit des troubles du bilan hydrique avec majoration du risque de déshydratation. La possibilité du rein de concentrer les urines est aussi abaissée : de ce fait, il nécessitera une plus grande quantité d'eau pour éliminer une même quantité de déchets.
- La diminution des apports alimentaires s'accompagne inévitablement d'un déficit en eau : non-apport de l'eau contenue dans les aliments, de l'eau produite par l'oxydation des aliments et non-apports de boissons.
- La peur ou la volonté de réduire l'incontinence
- La régulation de la température corporelle est plus fastidieuse (donc une quantité plus importante d'eau est éliminée au niveau de la peau)
- Diverses pathologies : Alzheimer, Parkinson...
- Présence plus importante de médicaments type diurétique ou laxatifs

#### (d) Signes de déshydratation

Plusieurs signes, plusieurs indices peuvent faire penser à une déshydratation en cours. Il est primordial qu'ils soient repérés au plus vite afin de mettre en place le plus tôt possible des mesures de lutte afin d'enrayer au mieux le phénomène.

Une déshydratation grave correspond à une diminution du poids supérieure à 5% du poids total de la personne. Lorsque cette perte devient supérieure à 10%, le bon fonctionnement des organes (cœur, vaisseaux, foie, cerveau...) est compromis. Outre cette perte de poids à prendre en compte, la déshydratation peut s'accompagner de l'un ou de plusieurs des signes suivants :

- Une soif intense (même si chez les personnes âgées cette sensation est souvent retardée voire peu marquée)
- Une bouche, une langue et des lèvres sèches
- Un regard terne et des yeux enfoncés
- L'apparition d'un pli cutané (la peau tarde à retrouver son aspect initial lorsqu'elle est pincée)
- Une tachycardie, une tension artérielle plus basse
- Une peau sèche, froide et pâle
- Une fièvre
- Des urines en faible quantité ou de couleur plus foncée
- Des maux de tête, des vertiges, une désorientation
- Des troubles de la conscience, du langage
- Une modification du comportement à type d'agitation

Outre ces nombreux signes cliniques, il existe des signes biologiques qui doivent donner l'alerte. Il existe deux types de déshydratations qui sont détectables différemment :

- La déshydratation intracellulaire, également dite hypertonique, est due à une fuite d'eau en dehors des cellules vers le compartiment extracellulaire. Ce type de déshydratation entraîne une hypernatrémie ( $Na > 145$  mmol/l) et une hyperosmolarité. Cette déshydratation peut être causée par une fièvre sans compensation liquidienne, par un traitement diurétique ou simplement par l'incapacité de s'alimenter convenablement.
- La déshydratation extracellulaire, également qualifiée d'hypotonique, est la conséquence d'une perte de sodium engendrant une perte proportionnelle d'eau. La natrémie et l'osmolarité sont alors abaissées. On retrouve aussi une hémococoncentration (reflétée par une protidémie et une hématoците augmentées). Les traitements diurétiques sont également retrouvés dans les causes de cette déshydratation.
- La déshydratation globale reprend les signes biologiques précédents. Elle se traduit par une hémococoncentration et une déshydratation cellulaire. La natrémie, quant à elle, est souvent élevée mais elle peut être aussi normale ou basse.
-



## B) Conséquences

### (a) Générales

Globalement, la déshydratation est génératrice de lourdes conséquences sur l'état de santé des populations. Dans certains cas sévères, elle est susceptible de dégrader rapidement la santé conduisant vers une hausse de la mortalité. La canicule de 2003 en France l'a tristement rappelé.

De plus, les déshydratations peuvent entraîner des complications sur de nombreux organes. Les complications neurologiques auront pour conséquence d'altérer le niveau de conscience, d'entraîner un déclin cognitif et fonctionnel allant même dans l'extrême jusqu'au coma. Par diminution du flux sanguin et par hémococoncentration, la déshydratation pourra causer des accidents thromboemboliques artériels ou veineux, des infarctus, des embolies pulmonaires. Au niveau rénal, les infections urinaires seront fréquentes et l'insuffisance rénale aiguë s'installera progressivement.

Il est important de remarquer également que la baisse de tension artérielle provoquée entre autre par la déshydratation est susceptible d'entraîner des chutes et donc d'accroître le risque de fractures, donc la baisse de l'autonomie de la personne.

### (b) Concernant les escarres

Le manque d'eau entraîne une perte d'élasticité de la peau, donc de fait, une moindre résistance de la barrière cutanée face aux épreuves qui lui sont affligées, notamment à la pression.

En effet, précédemment, il a été cité le fait que la déshydratation pouvait avoir des répercussions au niveau neuropsychique. Un ralentissement, une adynamie voire une baisse d'énergie et des troubles de la vigilance étaient remarquables. Une baisse de mobilisation ayant directement un impact sur l'augmentation du risque d'apparition d'escarres, il est donc facile d'établir la relation entre la déshydratation et le risque de survenue d'escarre qu'elle engendre.

## C) Moyens de lutte contre la déshydratation

### (a) Prévention

Comme dans tous les domaines, le meilleur traitement de la déshydratation reste la prévention.

Les règles hygiéno-diététiques seront à rappeler à chaque occasion, notamment aux personnes âgées qui comme cela a déjà été énoncé, perçoivent nettement moins la sensation de soif. Les personnes âgées devront être informées sur la quantité de liquide quotidienne nécessaire (1.5l à 2l), et ce, encore plus, lors d'épisodes de fièvre (majoration de 500 cc par degré de température excédant 37°C), de diarrhée ou de vomissement. Lors d'une canicule ou simplement d'une élévation de la température, il sera bon également d'interpeler les personnes à ce sujet.

Avec l'absence de soif, il est illusoire de penser que la prise suffisante de boissons sera effective au cours du temps. Il faut donc conseiller de prendre des petites quantités de

liquide, de façon régulière et sous différents aspects : vin, eau, café, thé, jus de fruits, soupes... L'alternance liquides chauds et froids ainsi que salés et sucrés semblent être efficace. De même, il sera souhaitable d'augmenter la consommation d'aliments riches en eau comme les légumes verts, les crudités, les fruits, les yaourts...

De plus, il est important de tout mettre en œuvre pour faciliter l'accès à la boisson de la personne : carafe d'eau toujours pleine, verre servi à proximité du sujet ...

Pour les personnes ayant des difficultés de préhension, souffrant de tremblements ou ne pouvant se mettre en position assise, boire au verre peut devenir un obstacle. C'est pourquoi, il existe différents types de verres adaptés à ces personnes, qui permettent soit une meilleure préhension grâce à des anses, soit une prise de boissons en position semi-allongée avec la présence de couvercle particulier, notamment des « becs canard ».



Figure 65: Verre bec verseur.  
D'après [19]



Figure 66 : Verre avec double poignée de préhension. D'après [19]

En cas de troubles de la déglutition, il sera possible de se tourner vers des eaux gélifiées ou de poudres épaississantes au goût neutre (pour les soupes et les potages par exemple) fournies par de nombreux laboratoires. Dans ce cas, il est important de notifier au patient qu'une eau gélifiée correspond à 125 ml d'eau, et de ce fait, pour consommer l'équivalent d'un litre d'eau, il doit prendre 8 coupelles. Grâce à l'utilisation de ces produits, l'hydratation pourra avoir lieu sans risque de fausse-route.

#### (b) Traitement

Le traitement de la déshydratation doit être rapide sur 24 à 48 heures, efficace et sans excès. La quantité nécessaire dépend du déficit estimé qui correspond au déficit en eau libre calculé par l'équation suivante :  $(\text{poids en kg} \times 0.45) - (140 / \text{natrémie} \times \text{poids} \times 0.45)$ .

La réhydratation implique un suivi des paramètres biologiques.

La voie orale sera systématiquement privilégiée lorsque l'état du patient le permet. Seront proposés des liquides de faible osmolarité comme de l'eau ou des bouillons lors d'hypernatrémie. Au contraire, lors d'un taux sodique trop faible, les liquides d'osmolarité élevée comme des boissons sucrées ou bicarbonatées seront présentés.

Parfois, en fonction du seuil de déshydratation et de la situation clinique, il est nécessaire d'avoir recours à une voie entérale ou parentérale intraveineuse ou sous-cutanée. Il faudra cependant veiller, malgré l'importance d'une réhydratation rapide, d'éviter les transferts trop rapides d'eau vers les cellules, à cause du risque d'œdème cérébral.

La perfusion sous-cutanée ou hypodermoclyse est une technique utilisée pour traiter une déshydratation modérée ou mieux encore, la prévenir dans tout contexte clinique susceptible de la favoriser. La perfusion peut se faire dans de nombreux sites, en particulier les cuisses et la paroi abdominale. Les solutés à utiliser sont le sérum salé isotonique ou le sérum glucosé à 5% (toujours additionné de 2 à 4 g de NaCl/litre). Il est possible d'administrer 3 litres par jour en deux sites différents. C'est une technique simple qui ne nécessite pas de surveillance aussi stricte que la perfusion intraveineuse. Elle peut être pratiquée à domicile, sans difficultés.

## 6) Correction des troubles nutritionnels [7,15,40,43,44,45 ]

### A) Définition de la dénutrition

La dénutrition est un état pathologique qui se caractérise par des besoins métaboliques de l'organisme non couverts par manque d'apports protéino-énergétiques (éviations alimentaires, perte d'appétit), par augmentation des besoins (hyper catabolisme du à un cancer par exemple) ou encore par malabsorption des nutriments (maladie cœliaque, maladie de Crohn).



Elle est définie par une perte de poids involontaire de 5% du poids habituel en 1 mois ou de 10% au cours des 6 derniers mois.

La prévalence de la dénutrition est estimée à 4 à 10% de la population à domicile (les chiffres augmentent en institution jusqu'à 40% et jusqu'à 70% en établissement hospitalier).

En France, la dénutrition touche plus de 800 000 personnes. Les personnes âgées vivant à domicile sont les plus touchées par ce fléau : on estime à 450 000 seniors dénutris en France. Ce chiffre s'explique en partie par la perte d'autonomie : difficulté à s'approvisionner, à cuisiner, à s'alimenter ainsi que les diverses pathologies présentes.

### B) Dépistage

#### (a) Repérer les signes d'alerte d'une dénutrition

Le diagnostic de la dénutrition est un point essentiel d'autant plus que son évolution est souvent insidieuse. Il n'existe pas de véritable consensus commun à tous pour déterminer de façon optimale la dénutrition. Plusieurs marqueurs peuvent être utilisés mais aucun d'entre eux ne possède assez de sensibilité et de spécificité pour être interprété seul.

### ❖ **Paramètres biologiques :**

- **L'IMC** (Indice de Masse corporelle ou Index de Quetelet)

Il correspond au rapport du poids (en kg) sur la taille élevée au carré (m<sup>2</sup>). Il permet de préciser le niveau de corpulence et de quantifier le niveau de maigreur. L'IMC est normalement compris entre 18.5 et 25kg/m<sup>2</sup>. La dénutrition est probable devant un IMC inférieur à 18.5 kg/m<sup>2</sup> et certaine quand l'IMC passe la frontière des 16.5 kg/m<sup>2</sup>. Chez la personne âgée, on admet un risque à partir d'un IMC inférieur à 21 kg/m<sup>2</sup>.

Lorsqu'une personne peine à tenir la station debout ou si elle présente des troubles statiques, scoliotiques ou des tassements vertébraux, il se peut que la mesure de la taille devienne fastidieuse. Dans ces cas présents, il est recommandé d'utiliser les formules de Chumlea qui permettent d'obtenir la taille à partir de la hauteur talon-genou. Le patient est mis en position de décubitus dorsal avec le genou fléchi à 90°, la toise est placée sous le pied et la partie mobile au dessus du genou au niveau des condyles. La formule suivant est ensuite appliquée :

*Formule de Chumlea :*

Homme → Taille (cm) = 64.19 - 0.04\*Age(année) +2.03\* hauteur talon genou (cm)

Femme → Taille (cm) = 84.88 – 0.24\*Age(année) + 1.83 \* hauteur talon genou (cm)

- **Le dosage de l'albuminémie**

Les protéines sériques sont considérées comme des marqueurs de l'état nutritionnel car, théoriquement, la vitesse de synthèse des protéines synthétisées par le foie est liée à la biodisponibilité des acides aminés, qu'ils soient d'origine alimentaire ou provenant de protéines endogènes.

L'albuminémie est le témoin d'une carence protéique retentissant sur les fonctions de défense de l'organisme. La concentration plasmatique de l'albumine doit toujours être interprétée en fonction du niveau de la CRP (protéine de l'inflammation) et de l'éventuelle présence d'autres causes d'hypo albuminémie (insuffisance hépatique, syndrome néphrotique, pertes digestives). L'albuminémie est un marqueur peu réactif de l'évolution à court terme de l'état nutritionnel compte tenu de sa demi-vie d'environ 3 semaines. Une hypo albuminémie sera donc un critère de dénutrition ancienne et prolongée mais ne permettra pas à elle seule, de mettre en évidence des troubles récents.

Une albuminémie comprise entre 30 et 35 g/l reflète une dénutrition modérée, et en dessous de 30g/l, la dénutrition est qualifiée de sévère. L'albuminémie est le marqueur biologique de dénutrition le plus simple, même s'il présente plusieurs inconvénients dont sa non-spécificité.

- **Le dosage de la pré-albumine (ou transthyrétine)**

La transthyrétine (TTR) est synthétisée par le foie et fait partie des protéines vectrices des hormones thyroïdiennes et de la vitamine A. Elle possède une demi-vie relativement courte (48 heures) en comparaison avec celle de l'albumine. Son dosage paraît donc intéressant pour dépister les dénutritions récentes.

Le seuil de TTR défini pour poser le diagnostic de dénutrition se situe à un dosage inférieur à 200 mg/l. A partir et en dessous de 100 mg/l, on parle de dénutrition sévère.

- **La perte de poids** (se reporter à la définition de la dénutrition)

Il sera important de prendre garde à réaliser la pesée à chaque fois dans les mêmes conditions : même balance, même moment de la journée, même tenue vestimentaire...L'idéal, selon diverses recommandations, étant à jeun, le matin, en sous-vêtements, vessie vide et pieds nus.

#### ❖ **Autres signes :**

Certains signes peuvent alerter l'entourage médical ou familial sur le risque de dénutrition :

- Le manque d'appétit : la personne ne termine plus son assiette alors que c'est inhabituel chez elle, elle supprime un ou plusieurs repas, ou tout simplement elle diminue progressivement les quantités de nourriture
- Une perte de poids par rapport au poids habituel
- Le repli sur soi : la fatigue et le manque d'énergie provoqués par la dénutrition peuvent entraîner un isolement ainsi que le fait de ne plus sortir de chez soi pour faire les courses
- 

(b) Cas particulier de la personne âgée [15,46,83]

Le vieillissement n'est pas une pathologie en soi, mais un phénomène inéluctable naturel qui entraîne des modifications importantes. Ces modifications influencent le sujet âgé sur ses choix alimentaires et ont par conséquent, un impact sur ses apports nutritionnels qualitatifs et quantitatifs.

#### ❖ **Des caractéristiques spécifiques entraînant un terrain à risque**

Selon la HAS, il est possible de définir plusieurs situations à risque de dénutrition pour les personnes âgées :

Tableau IX: Situations à risque de dénutrition chez les personnes âgées. D'après [46]

<b>Psycho-socio-environnementales</b>	<b>Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique</b>	<b>Traitements médicamenteux au long cours</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolement social</li> <li>• Deuil</li> <li>• Difficultés financières</li> <li>• Maltraitance</li> <li>• Hospitalisation</li> <li>• Changement des habitudes de vie : entrée en institution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleur</li> <li>• Pathologie infectieuse</li> <li>• Fracture entraînant une impotence fonctionnelle</li> <li>• Intervention chirurgicale</li> <li>• Constipation sévère</li> <li>• Escarres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polymédication</li> <li>• Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, etc.</li> <li>• Corticoïdes au long cours</li> </ul>
<b>Troubles bucco-dentaires</b>	<b>Régimes restrictifs</b>	<b>Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble de la mastication</li> <li>• Mauvais état dentaire</li> <li>• Appareillage mal adapté</li> <li>• Sécheresse de la bouche</li> <li>• Candidose oro-pharyngée</li> <li>• Dysgueusie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sans sel</li> <li>• Amaigrissant</li> <li>• Diabétique</li> <li>• Hypcholestérolémiant</li> <li>• Sans résidu au long cours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie d'Alzheimer</li> <li>• Autres démences</li> <li>• Syndrome confusionnel</li> <li>• Troubles de la vigilance</li> <li>• Syndrome parkinsonien</li> </ul>
<b>Troubles de la déglutition</b>	<b>Dépendance pour les actes de la vie quotidienne</b>	<b>Troubles psychiatriques</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pathologie ORL</li> <li>• Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépendance pour l'alimentation</li> <li>• Dépendance pour la mobilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndromes dépressifs</li> <li>• Troubles du comportement</li> </ul>

- Les problèmes socio-environnementaux :

L'isolement social est fréquent chez la personne âgée, ne faisant que s'accroître avec l'avancée dans l'âge : disparition du conjoint, des amis, d'un proche ou encore d'un animal de compagnie. L'envie de manger correctement, ou simplement de se mettre à table n'est plus présente, l'appétit est perdu et le désintérêt pour l'alimentation se fait sentir. En effet, certains auteurs avancent le fait que le repas partagé dure plus longtemps et permet de consommer jusqu'à 25% de plus de nourriture.

Les difficultés financières ou pour s'approvisionner peuvent aussi être un facteur limitant d'une bonne alimentation.

Une hospitalisation ou une entrée en institution bouleversent le quotidien, les habitudes prises par la personne âgée : ceci peut aussi favoriser le repli sur soi, et l'absence d'appétit d'où le risque de dénutrition.

- Les troubles bucco-dentaires :

La littérature estime que plus de 40% des personnes âgées présentent un édentement total. Un nombre de vingt dents minimum est requis pour le maintien d'une fonction masticatoire correcte et d'une bonne nutrition. L'édentement impose des modifications du régime alimentaire excluant les aliments durs comme la viande ou certains fruits, et favorisant les textures molles, mixées ne nécessitant pas une mastication pour être déglutis. Cependant, mastiquer les aliments permet d'extraire leurs saveurs, de ce fait, il y a moins de plaisir à manger.

Au cours du vieillissement, les fonctions sensorielles s'atténuent pouvant être aggravées par des pathologies ou des médicaments. Les fonctions gustatives, olfactives, visuelles, tactiles et auditives vont déclencher l'envie de manger. Or, à partir de 50 ans, on observe une diminution de la perception du goût appelé hypogoussie. Le seuil de détection des saveurs est augmenté en affectant par ordre croissant : le sucré, l'acide, l'amer et le salé. Ainsi, les personnes âgées ont tendance à préférer des aliments sucrés et à rejeter les plats salés. Ces modifications pourraient être dues à la réduction du nombre de papilles et de bourgeons gustatifs qui se régénèrent plus lentement avec l'âge. Le goût doit être à tout prix stimulé par des saveurs variées pour éviter une monotonie alimentaire.

Parfois, l'hygiène buccodentaire est déficiente et les candidoses oropharyngées, de surcroît, fréquentes. La présence d'un appareil dentaire est parfois un bon point qui permet à la personne âgée de conserver une alimentation diversifiée, sous réserve qu'il soit de bonne qualité et bien adapté à la personne.

- Le vieillissement de l'appareil digestif :

Le vieillissement de l'appareil digestif n'est pas à lui seul, responsable de la dénutrition, en revanche, cette dernière aggrave les modifications fonctionnelles dues au vieillissement. Les maladies digestives comme la maladie ulcéreuse évoluent à bas bruit et l'anorexie apparaît comme la seule manifestation clinique.

La capacité fonctionnelle de l'appareil gastro-intestinal est réduite pouvant contribuer à des changements dans la motilité. En effet, la vidange gastrique ralentit chez le sujet âgé, ce qui provoque des troubles de la déglutition mais aussi un effet de satiété précoce et un retard sur la diminution de la glycémie postprandiale favorisant le risque d'anorexie. Le ralentissement de la motilité gastrique et de la motricité colique conduisant à une constipation et une prolifération bactérienne ne favorise pas non plus, une bonne absorption des nutriments..

- Les affections aiguës :

Qu'il s'agisse d'une infection, d'une destruction tissulaire comme c'est le cas lors d'un infarctus myocardique ou d'un accident vasculaire cérébral, d'une réparation tissulaire lors de fractures ou encore lors d'apparition d'escarres, un état d'hyper catabolisme se met en marche. C'est pourquoi en l'absence d'augmentation des apports alimentaires, les nutriments indispensables seront prélevés sur les réserves organiques.

- Les régimes restrictifs :

Apeurée par sa pathologie et par les conséquences qu'un mauvais suivi de régime pourrait avoir sur sa santé, une personne âgée peut se restreindre à l'extrême allant même jusqu'à se priver de manger ou se carencer de façon importante dans le but de « bien suivre » le régime prescrit. Il est à noter que les régimes diététiques (sans sel, hypocholestérolémiant, sans résidu...) au long cours sont dangereux car anorexigènes. La diminution des sécrétions enzymatiques digestives et le ralentissement du transit intestinal survenant avec l'âge peut inciter les personnes âgées à s'imposer certains régimes dans le but de supprimer certaines conséquences (« je ne mange jamais de légumes sinon je suis constipée »)

- Les traitements médicamenteux au long cours :

Les personnes âgées sont souvent polymédicamentés. Ils sont amenés à prendre des médicaments avant et pendant le repas, ce qui nécessite l'ingestion d'une quantité d'eau notable s'accompagnant nécessairement d'une sensation de satiété précoce et de réduction de la prise alimentaire.

De plus, certains médicaments favorisent des lésions buccales de type stomatite (inflammation de la muqueuse), glossite (inflammation de la langue), ulcération ou candidose. Ces lésions sont sources de douleurs et souvent exacerbées par la prise alimentaire. D'autres médicaments entraînent des troubles digestifs, une diminution de la sécrétion salivaire causant une sécheresse buccale, une altération du goût et de l'odorat. Même si les données scientifiques ne permettent pas d'établir avec précision, l'impact potentiel de chaque médicament sur les modifications gustatives, il est cependant admis que le zopiclone laisse un goût amer en bouche et que la métronidazole offre un goût métallique.

- Les syndromes démentiels et autres troubles neurologiques :

Les personnes âgées atteintes de syndromes démentiels comme la maladie d'Alzheimer peuvent ne pas se rappeler qu'il est nécessaire de manger plusieurs fois par jour, ou oublier si le repas a déjà été pris ou non.

❖ Des outils spécifiques à mettre en place :

Le questionnaire de Payette : (annexe n°6)

Le questionnaire de Payette (ou DNA : dépistage nutritionnel des aînés) a été développé à partir de l'étude des apports énergétiques et nutritionnels de personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile. C'est un questionnaire court, très sensible et spécifique, facile à utiliser par tous les professionnels de santé. Il recueille des informations sur la corpulence, la perte de poids possible, des douleurs qui pourraient diminuer l'autonomie, la vision, l'appétit, les événements de vie récents et stressants ainsi qu'une liste d'aliments consommés ou non lors du petit déjeuner. Un score permet de classer le sujet selon trois catégories de risque nutritionnel : élevé, moyen ou bas. Cet outil permet de dépister les personnes âgées ayant besoin d'une aide pour l'alimentation. Il identifie celles qui présentent des carences d'apport pouvant entraîner à la longue des pertes de poids ou des déficiences alimentaires. L'utilité de ce questionnaire n'a été démontrée que pour des personnes âgées en perte d'autonomie, et vivant à domicile.

Le MNA (Mini Nutritional Assessment) pour dépister le statut nutritionnel et la dénutrition protéino-énergétique (annexe n°7)

Validé en 1994, le MNA permet d'évaluer le statut nutritionnel et de diagnostiquer la dénutrition protéino-énergétique des personnes âgées. Il s'agit d'un questionnaire de 18 items portant sur l'anthropométrie (circonférence du mollet et circonférence brachiale) qui évaluent la masse musculaire et adipeuse de l'organisme, l'IMC, le nombre de médicaments, les maladies aiguës au cours des trois derniers mois, la présence d'escarres, la mobilité,



l'appétit, les habitudes alimentaires ainsi que la santé subjective qui est un bon reflet de l'état de santé des personnes âgées. Chez les personnes présentant une altération des fonctions cognitives, le test devra être réalisé avec l'aide de la famille ou du personnel soignant.

Le MNA comprend deux étapes. La première correspond à un dépistage et comprend 6 items. Il faut compter environ 3 minutes pour réaliser cette première partie du MNA (versus 10 min pour le réaliser dans sa globalité). Sont détectés une baisse d'appétit et/ou des apports alimentaires, une perte de poids dans les trois mois précédents, une motricité réduite, une pathologie aiguë ou un stress, un problème neuropsychologique ou encore une baisse de l'IMC. Le score maximum de cette première partie est de 14. Un score de 12 indique que l'état nutritionnel est satisfaisant et ne nécessite pas la réalisation de la deuxième partie du MNA. Un score inférieur à 12 encouragera la réalisation de la seconde partie. Dans ce cas, les scores obtenus seront ajoutés. Un score situé entre 17 et 23.5 détecte un risque de malnutrition et un score en dessous de 17 indique une dénutrition protéino-énergétique. Le MNA permet donc de confirmer le diagnostic de dénutrition ou de risque de dénutrition. Il en identifie les causes et permet de proposer une correction.

Le MNA dans sa forme complète prend en compte en outre la présence d'une poly médication, d'escarre, le nombre de repas quotidiens...

(c) Le dépistage de la dénutrition : synthèse (selon la HAS)

<b>La dénutrition modérée</b>	
<b>Adultes &lt; 70 ans</b>	<b>Adultes &gt;70 ans</b>
<b>IMC &lt;18.5</b>	<b>IMC &lt; 21</b>
<b>Perte de poids &gt; 5% en 1 mois</b>	
<b>Perte de poids &gt; 10% en 6 mois</b>	
<b>Albuminémie &lt; 30 g/l</b>	<b>Albuminémie &lt; 35 g/l</b>
<b>Pré-albuminémie &lt; 11 mg/l</b>	<b>Pré-albuminémie &lt; 110 mg/l</b>
<b>MNA global &lt; 17</b>	

<b>La dénutrition sévère</b>	
<b>Adultes &lt; 70 ans</b>	<b>Adultes &gt;70 ans</b>
<b>IMC &lt; 16</b>	<b>IMC &lt;18</b>
<b>Perte de poids &gt; 10% en 1 mois</b>	
<b>Perte de poids &gt; 15% en 6 mois</b>	
<b>Albuminémie &lt; 20g/l</b>	<b>Albuminémie &lt; 30 g/l</b>
<b>Pré-albuminémie &lt; 50 mg/l</b>	<b>Pré-albuminémie &lt; 50 mg/l</b>

On rappelle ici que l'absence de ces critères n'exclue pas pour autant un bon état nutritionnel du patient. C'est pourquoi, il faut l'évaluer dans sa globalité et tenir compte des facteurs de risque afin de diagnostiquer le plus précocement possible la dénutrition et d'anticiper un éventuel déclin rapide.

C) Conséquences  
(a) Générales

La dénutrition peut avoir d'importantes conséquences néfastes. Elle entraîne ou aggrave un état de fébrilité. Elle se traduit par :

- Un affaiblissement musculaire (sarcopénie) qui provoque à son tour, des difficultés à se déplacer, des risques de chutes et de fractures associées, donc une perte d'autonomie
- Une altération de l'état général avec un amaigrissement, une fatigue, une anémie
- Une baisse des défenses immunitaires donc une hausse des risques infectieux et une diminution de l'efficacité des traitements médicamenteux voire une augmentation de leur toxicité. En effet, un patient dénutri est en hypo albuminémie. Or, l'albumine est une protéine plasmatique qui par fixation avec le médicament, joue le rôle de transporteur. Si la quantité d'albumine diminue, il y a par conséquent, une augmentation du taux de médicaments sous forme libre dans le sang, pouvant entraîner un risque de toxicité notamment pour les médicaments à marge thérapeutique étroite (AVK, digitalique, antiépileptique...).
- Une hospitalisation ou une augmentation de la durée de séjour hospitalier
- Une déshydratation, avec tous ses effets délétères vus précédemment

Parallèlement au problème de dénutrition protéino-énergétique, les personnes dénutries sont particulièrement à risque de carence en micronutriments, notamment en calcium, en fer, en rétinol, en vitamine B, C ou encore D. La carence en vitamine C et en calcium est susceptible d'accentuer le phénomène d'ostéoporose ou de le faire apparaître.

La morbi-mortalité augmente également, et cela de façon indépendante des pathologies sous-jacentes et des autres facteurs de risque : globalement, on estime que la dénutrition augmente de 2 à 4 fois le risque de mortalité et de 4 à 6 fois celui de morbidité.

D'après le docteur Monique Ferry, la dénutrition est une véritable spirale, un réel cercle vicieux qui à terme peut conduire fatalement à la mise en jeu du pronostic vital.

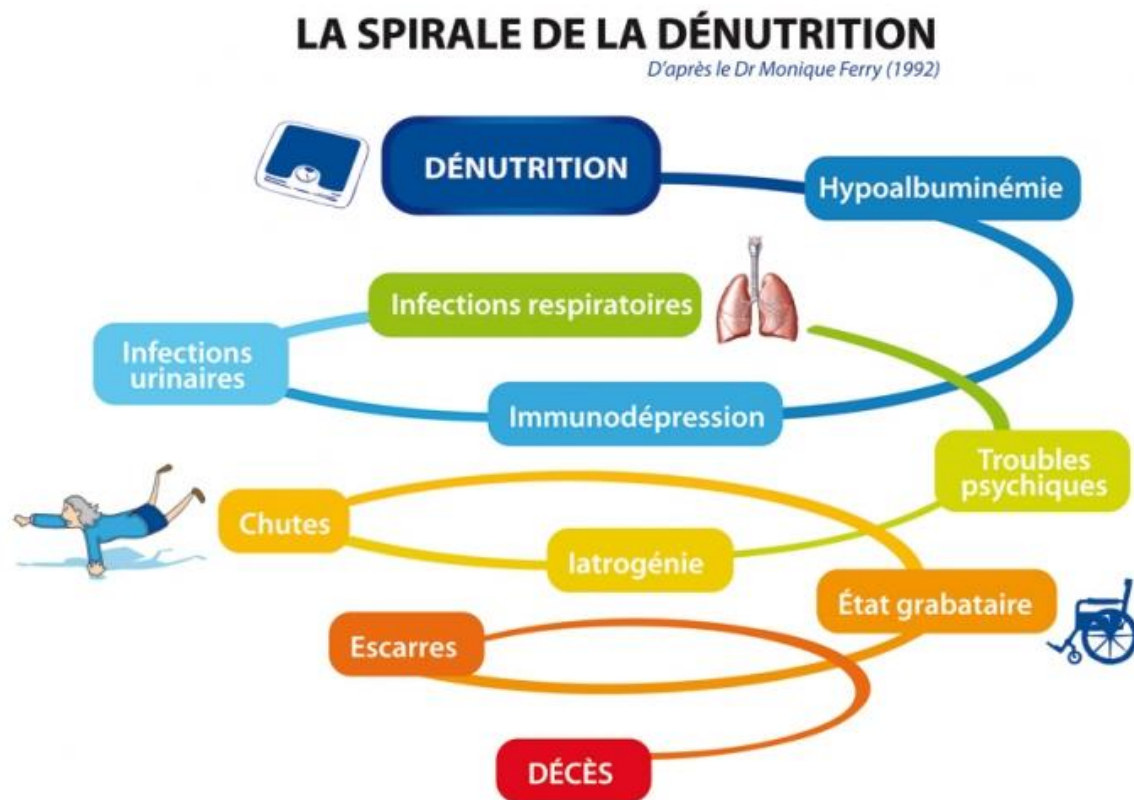


Figure 67: La spirale de la dénutrition du Dr FERRY. D'après [40]

#### (b) Concernant les escarres

Selon l'HAS, « la dénutrition résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, notamment musculaires, qui ont des conséquences fonctionnelles délétères ». Dans le domaine de l'escarre, la question est donc de savoir si la dénutrition est une cause ou une conséquence ?

L'escarre est une situation d'hyper-catabolisme. D'une part, il y a une perte de substrats protéiques, de l'autre, pour corriger cette situation à risque, l'organisme a des besoins protéiques et énergétiques plus importants, le tout se déroulant dans un contexte inflammatoire qui consomme également beaucoup de protéines. Il est évident que la dénutrition est un facteur de risque de survenue d'escarre (ce point est d'ailleurs pris en compte dans l'échelle de Braden par exemple).

On considère donc que la dénutrition représente un facteur prédictif de la survenue d'escarre au même titre que l'immobilisation. Les bénéfices cliniques de la prise en charge nutritionnelle ont été évalués aussi bien dans la prévention que dans la cicatrisation des

escarres. Les conclusions d'études contrôlées montrent que l'apport de suppléments caloriques per os ou par voie entérale permet de diminuer de manière significative l'incidence des escarres en comparaison au placebo. En ce qui concerne le traitement des escarres, les travaux de la littérature restent très hétérogènes et manquent souvent de qualité méthodologique pour apporter des réponses claires quand aux bénéfices en terme de cicatrisation.

Les mécanismes expliquant le lien entre l'enrichissement protéino-calorique et la diminution du risque de survenue d'escarre restent mal connus. L'hypothèse théorique émise est que l'augmentation des apports caloriques induit une amélioration de l'état nutritionnel permettant ainsi d'augmenter la quantité de masse tissulaire des proéminences osseuses, créant ainsi un véritable « matelas de protection ». L'augmentation de la surface de pression ainsi créée permet une plus large distribution des pressions et réduit ainsi le risque d'ischémie si néfaste. De même, l'amélioration de l'état de la peau induit par l'intervention nutritionnelle aide à accroître sa résistance aux forces mécaniques telles que la pression, le cisaillement et la friction.

D'après les recommandations de l'EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel), l'intervention nutritionnelle a pour objectif d'apporter pour tout patient à risque de dénutrition et d'escarres, un minimum de 30-35 kcal par kg de poids corporel et par jour avec 1.5g de protéines/kg/jour et 1ml d'apports hydriques par kcal et par jour. En outre, les différents collèges recommandent pour lutter contre les escarres de privilégier la nutrition orale avec une alimentation enrichie en protéines et avec des CNO. La nutrition entérale ne sera envisagée que lorsque la voie orale est insuffisante voire impossible.[47]

La dénutrition a un impact sur la cicatrisation. En effet, elle altère les processus complexes de cicatrisation et d'inflammation, ce qui retarde les réparations tissulaires. En cas d'escarre constituée, elle ralentira donc significativement sa guérison.

#### D) Prise en charge de la dénutrition [46,48] (a) Générale

La stratégie de prise en charge nutritionnelle est fondée sur le statut nutritionnel du patient et le niveau d'apports alimentaires énergétiques et protéiques spontanés. Elle tient compte du type et de la sévérité de la dénutrition et des pathologies sous-jacentes, des handicaps associés ainsi que de leur évolution prévisible (troubles de la déglutition notamment).

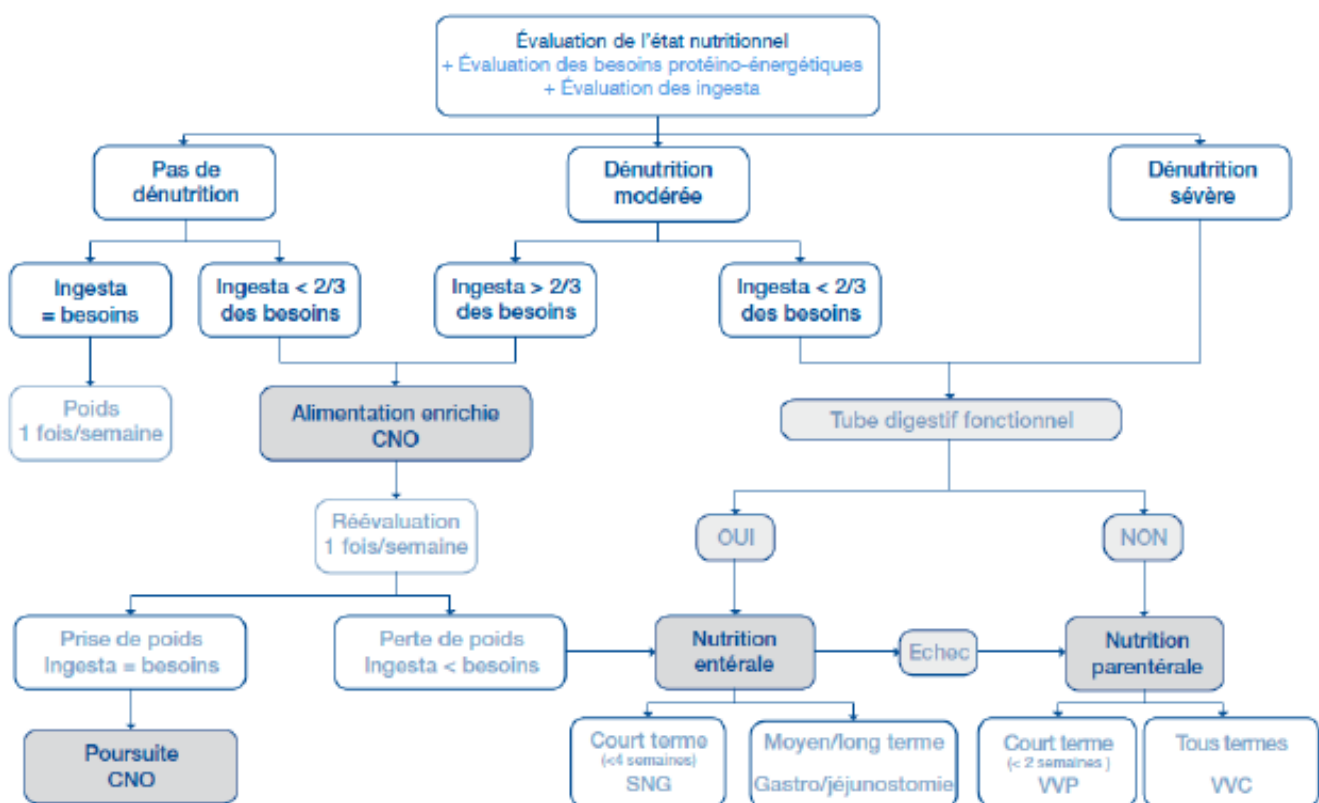
Lorsqu'un diagnostic de dénutrition a été posé, plusieurs solutions s'offrent aux soignants pour la prise en charge : enrichir l'alimentation, donner des compléments nutritionnels oraux (CNO), recourir à la nutrition entérale (NE) ou en dernier recours à la nutrition parentérale (NP). En effet, la voie orale sera toujours privilégiée en première intention. En cas d'échec la nutrition entérale sera envisagée en tenant compte des caractéristiques somatiques du malade et des considérations éthiques. Enfin lorsque cette dernière méthode ne sera pas envisageable, il sera possible de recourir à la nutrition parentérale. Il est nécessaire de

savoir également, que la prise alimentaire per os est toujours envisageable comme supplémenter, malgré la mise en place de nutrition entérale ou parentérale.

La NE et la NP sont considérées comme deux méthodes de nutrition artificielle. La prescription de ce type d'alimentation doit se faire en intégrant l'avis du patient et/ou de son entourage ainsi qu'en tenant compte des considérations éthiques.

La société francophone de nutrition et du métabolisme (SFNEP) a établi un arbre décisionnel permettant de faciliter le choix thérapeutique. Cet arbre prend en compte l'état nutritionnel corrélé aux besoins et aux ingestas (c'est-à-dire les apports alimentaires) du patient. Lors d'une dénutrition sévère, il ne prend pas en compte la possibilité d'un apport alimentaire normal (par voie orale) et propose immédiatement une prise en charge entérale ou parentérale selon la fonctionnalité du tube digestif. Concernant les possibilités thérapeutiques, cet arbre décisionnel détaille la nutrition artificielle selon qu'il s'agisse d'une solution à court ou long terme. En cas d'échec de la nutrition entérale, la parentérale est bien envisagée. Les conseils diététiques, notamment l'enrichissement de l'alimentation semblent absents dans cet arbre. Pourtant, il est bon de rappeler que c'est effectivement la mesure prioritaire à conseiller.

L'objectif majeur de cette prise en charge thérapeutique est, au minimum, l'arrêt de la détérioration de l'état nutritionnel et si possible, un retour et un maintien à un poids idéal.



CNO : compléments nutritionnels oraux ; SNG : sonde naso-gastrique ; VVP : voie veineuse périphérique ; VVC : voie veineuse centrale

Figure 68: Prise en charge de la dénutrition, d'après la Société Francophone de nutrition et du métabolisme

Les conseils nutritionnels à apporter en premier lieu sont les suivants :

- Augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée
- Eviter une période de jeûne nocturne trop longue (elle doit être inférieure à 12 heures)
- Privilégier des produits riches en énergie et en protéines et adaptés aux goûts du patient. Les apports protéiques doivent être accrus par la consommation sous forme de viande, de poisson ou d'œuf, de manière biquotidienne. De plus, chez le sujet dénutri, il faut conserver un apport de matières grasses et de produits sucrés afin d'avoir une source d'énergie.
- Organiser une aide aux repas (technique et humaine) et favoriser un environnement agréable
- Enrichir l'alimentation avec différents produits de base type poudre de lait, lait concentré entier, fromage râpé, œufs, crème fraîche, beurre fondu, pâtes ou semoule enrichies en protéines. Cet enrichissement a pour but d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume.

Tableau X: Quelques méthodes pour enrichir l'alimentation. D'après [48]

<b>Modalités pratiques d'enrichissement des repas</b>	
<b>Poudre de lait ou lait concentré</b>	3 cuillère à soupe (20g) = 8g de protéines
<b>Fromage râpé</b>	20 g de gruyère = 5g de protéines
<b>Œufs</b>	1 jaune d'œuf = 3g de protéines
<b>Poudre de protéines</b>	1 cuillère à soupe (5g) = 5 g de protéines
<b>Crème fraîche épaisse</b>	1 cuillère à soupe (25g) = 80 calories
<b>Beurre fondu, huile</b>	1 cuillère à soupe (10g) = 90 calories

La HAS récapitule la stratégie de prise en charge sous la forme du tableau suivant :

Tableau XI: Prise en charge nutritionnelle. D'après [46]

		Statut nutritionnel		
		Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation <sup>1</sup> à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation <sup>1</sup> à 15 jours
	Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation <sup>1</sup> à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation <sup>1</sup> à 15 jours et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation <sup>1</sup> à 1 semaine et si échec : NE
	Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation <sup>1</sup> à 1 semaine, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation <sup>1</sup> à 1 semaine et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation <sup>1</sup> à 1 semaine

Certaines personnes comme les personnes âgées peuvent avoir des difficultés pour utiliser des accessoires de cuisine : par exemple, elles consommeront moins de légumes frais si elles ne peuvent plus utiliser un couteau pour les éplucher, elles ne mangeront plus de viande si il leur est impossible de la couper dans leur assiette. Des couverts adaptés aux personnes souffrant de rhumatismes ou atteintes d'autres troubles leur permettraient de continuer à se nourrir convenablement.



Figure 69: Couverts ergonomiques courbés pour faciliter la prise alimentaire chez les personnes dont les mouvements du poignet sont limités. D'après [19]

(b) Complémentation nutritionnelle orale [43,46,48,49,50]

Les compléments nutritionnels oraux (CNO) sont des préparations nutritives complètes administrables par voie orale, hyper énergétiques et/ou hyper protidiques, de goûts et de textures variées. Les CNO permettent d'avoir, sous un volume restreint, un apport énergétique et/ou protéique important.

Les CNO sont qualifiés par la réglementation d'aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales (ADDFMS). Seuls les produits conformes à l'arrêté du 20 septembre 2000 relatif aux ADDFMS peuvent être pris en charge et inscrits sur la LPPR. L'article 2 de cet arrêté précise que « *la composition des aliments destinés à des fins médicales spéciales doit être adaptée aux besoins nutritionnels particuliers des personnes auxquelles ils sont destinés et doit être fondée sur des données scientifiques générales admises. Leur utilisation, conformément aux instructions du fabricant, doit permettre de répondre aux besoins nutritionnels de ces personnes tels qu'établis par des données scientifiques généralement admises* ».

A leurs débuts, les CNO n'étaient remboursés que pour les malades atteints d'épidermolyse bulleuse dystrophique ou dermolytique, de mucoviscidose, pour les malades dénutris infectés par le VIH, ou atteints de tumeurs, d'hémopathies malignes ou de maladies neuromusculaires. Depuis le JO du 8 août 2008, la prise en charge s'est étendue à tous les patients présentant une dénutrition, quelque soit la pathologie initiale.

La prescription de CNO peut émaner d'un service hospitalier avec des médecins et des diététiciens spécialistes en dénutrition, mais pas seulement. En effet, les médecins de ville, généralistes et spécialistes sont tout à fait à même de prescrire cette complémentation. En général, la primo-prescription est réalisée pour un mois maximum afin de procéder ensuite à une réévaluation médicale s'appuyant sur les paramètres suivants : le poids, l'état nutritionnel, l'évolution de la pathologie, l'estimation des ingestas, la tolérance des CNO ainsi que l'observance du patient. Puis s'il est nécessaire de poursuivre, les renouvellements seront effectués pour trois mois maximum.

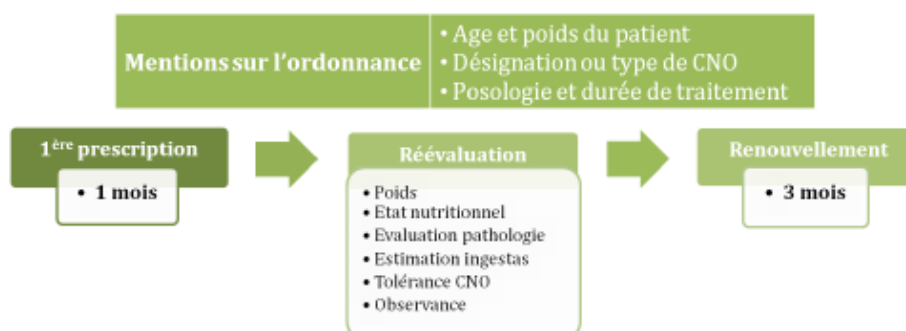


Figure 70: Règles de prescription des CNO, d'après Légifrance: Arrêté du 2 décembre 2009, Décret n°2012-860 du 5 juillet 2012



→ **Présentation :**

Les CNO sont disponibles en version sucrée et salée. Différentes textures, différentes saveurs existent afin de répondre le plus largement possible aux besoins nutritionnels spécifiques, aux éventuels handicaps mais aussi aux goûts des patients.

→ **Composition**

Les CNO se répartissent en trois catégories principales :

- Les produits polymériques : ce sont les plus largement utilisés. Ils apportent des protéines, des glucides, des lipides, des minéraux, des vitamines et des oligoéléments. Ils sont classés en fonction de leur apport protéique et calorique. Ils peuvent être avec ou sans lactose, avec ou sans fibre, selon les besoins et les attentes du prescripteur pour son patient. On notera que les céréales, les bouillies et les plats mixés peuvent contenir du gluten : il faudra donc prendre garde aux possibles allergies.
- Les produits glucido-protidiques : ils sont dépourvus (ou très pauvres) en lipides. Ils sont composés de protéines animales ou végétales, ou d'hydrolysats de protéines du lactosérum.
- Les produits ne contenant qu'un seul macronutriment : on y retrouve soit des protéines seules, soit uniquement des glucides ou des lipides.

Il existe aussi des produits spécifiques, formulés pour des pathologies ciblées aux besoins bien définis et connus : intolérance au glucose, maladie de Crohn, insuffisance rénale dialysée, cancer, chimiothérapie ou radiothérapie susceptibles d'entraîner des mucites. Les escarres ont aussi leur complémentation nutritionnelle orale spécifique : CUBITAN® du laboratoire Nutricia ou CLINUTREN REPAIR® du laboratoire Nestlé Health Science. Ces produits hyperprotidiques et hyperénergétiques sont enrichis en arginine, en proline, en vitamines et oligoéléments antioxydants, des substances très intéressantes pour envisager une meilleure réparation tissulaire. Sa composition semble avoir des effets très positifs concernant la cicatrisation d'une escarre dans un contexte de dénutrition.

→ **Indications**

Les CNO doivent être à tout prix considérés en tant que produits de complément (comme leur nom l'indique) et jamais, en tant que produits de remplacement.

Lorsqu'une dénutrition est diagnostiquée, des conseils diététiques doivent être rappelés : l'alimentation doit être variée, adaptée à la dentition du patient, appétissante et équilibrée. La prise alimentaire est répartie en trois repas principaux (avec des collations), et doit avoir lieu, dans la mesure du possible, dans un environnement agréable et chaleureux. Dans un premier temps, l'alimentation sera enrichie de manière naturelle, en ajoutant, dans les plats quotidiens, divers produits tels que : le fromage râpé, le jambon, les œufs... En cas d'échec de ces mesures, les CNO seront envisagés et rajoutés à l'alimentation. Ils la compléteront mais ne la remplaceront pas.

Idéalement, la complémentation orale devrait apporter quotidiennement, au moins 30g de protéines (ou 400 kcals) et au maximum 80g (soit 1000 kcals). Elle est à poursuivre tant que les apports oraux spontanés ne sont pas quantitativement ni qualitativement satisfaisants.

→ **Contre-indications**

Comme pour la prescription de tout médicament, il est primordial de détecter d'éventuelles contre-indications à l'utilisation des CNO. Elles sont certes peu nombreuses, mais absolues. On évitera la supplémentation orale en cas de besoins nutritionnels couverts, de fausses routes répétitives (pour les CNO liquides), de coma ou de troubles de la vigilance, de diarrhées sévères ou de fistules digestives graves ou encore en présence d'une pancréatite aiguë.

→ **Tolérance**

Les CNO ne sont pas particulièrement pourvoyeurs d'effets indésirables. Il a toute fois, été noté quelques effets gastro-intestinaux mineurs tels que des nausées, des ballonnements abdominaux et des diarrhées. En général, ce type d'effets est majoré par la présence de fibres dans les compléments alimentaires. Si un patient est confronté à ce type de désagréments, il conviendra de lui proposer un produit sans résidus.

Cela dit, dans la majorité des cas, la tolérance de ces produits est excellente.

→ **Efficacité**

L'amélioration du statut nutritionnel par l'administration de CNO a été démontrée par de nombreuses études. L'indicateur le plus communément utilisé est le poids et il semble que l'utilisation de ces compléments permet de gagner du poids, ou du moins, d'en restreindre la perte. De plus, une supplémentation par CNO permet d'augmenter significativement les taux d'albumine et pré-albumine sériques.

→ **Intérêt économique** : [63]

Il a été vu précédemment que les complications liées à la dénutrition avaient de fortes répercussions économiques, notamment lorsque les complications nécessitent une hospitalisation. A titre d'exemple, pour une journée d'hospitalisation en C.H.U, il faut compter aux alentours de 1000€ en sachant que les tarifs dépendent bien sur du service dans lequel est admis le patient (cela peut atteindre jusqu'à 3000€ dans les services de chirurgie). A cela, se rajoute encore le prix des analyses médicales et les traitements administrés. On obtient ainsi un aperçu de l'ampleur qu'un séjour hospitalier entraîne d'un point de vue économique.

Une méta-analyse réalisée en 2010, démontre que l'utilisation des CNO peut réduire considérablement la proportion de patients admis ou réadmis à l'hôpital. Il est donc légitime de penser qu'une prise en charge par CNO peut participer aux réductions des frais de santé, notamment des personnes âgées. Les études scientifiques manquent cependant de données pour établir un lien précis et d'autres études plus avancées pourraient déterminer avec justesse le lien entre la prescription de CNO et la réduction du taux d'hospitalisation.

(c) La nutrition entérale [40,46]

La nutrition entérale (NE) consiste à administrer des nutriments, de manière passive dans le tube digestif par l'intermédiaire d'une sonde.

La nutrition entérale (NE) est indiquée en deuxième intention si la prise en charge nutritionnelle orale a échoué ou en première intention en cas de troubles sévères de la déglutition ou de dénutrition sévères avec apports alimentaires très faibles.

→ **Principe de fonctionnement**

L'administration nutritionnelle est effective grâce à un matériel médical spécifique : une sonde, une tubulure ainsi qu'un régulateur de débit.

Il existe différents types de sondes, déterminés en fonction de la durée de la NE envisagée :

- Pour un traitement de courte durée (moins d'un mois), on utilise des sondes nasales. Elles sont introduites dans le nez et amènent le mélange nutritif au niveau gastrique, duodénal ou jéjunal. Ces sondes nasales peuvent rester en place plusieurs semaines, sous condition qu'elles soient minutieusement rincées après chaque usage. Elles sont peu traumatisantes pour le patient.
- Pour un traitement plus long, on utilisera soit la sonde de gastrostomie (introduite directement dans l'estomac par chirurgie) ou la sonde de jéjunostomie (placée dans le jéjunum). Ces sondes permettent d'éviter la présence prolongée d'une sonde nasale parfois jugée inesthétique et irritante.

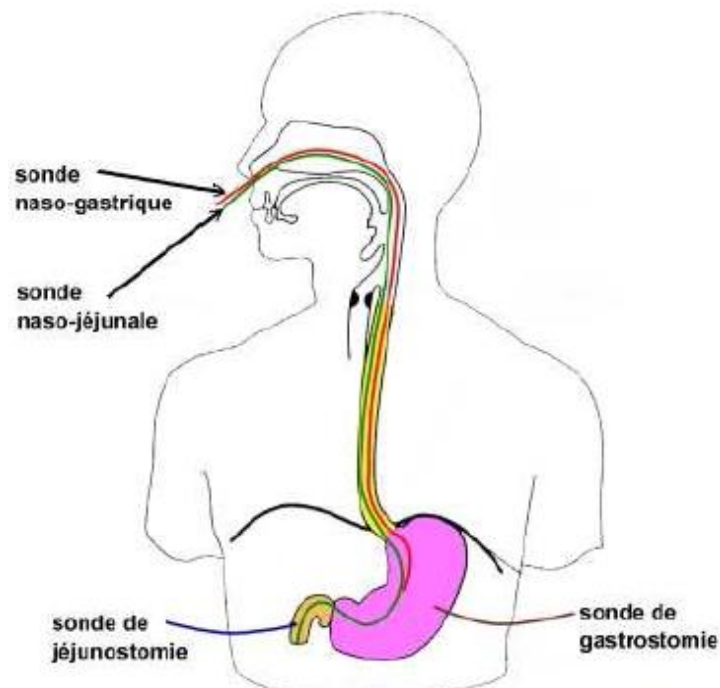


Figure 71: Les différents types de sondes pour la nutrition entérale

Lorsque cela est possible, à domicile notamment, la NE cyclique est préférée à la NE continue. Pour cause, elle améliore le sentiment de liberté du patient qui n'est pas dans la nécessité d'être constamment relié à sa pompe.

→ **Indications**

La nutrition entérale est indiquée chez les sujets dénutris ou à risque de dénutrition, ayant un tube digestif fonctionnel, et chez qui la prise en charge orale est un échec ou est insuffisante. En apportant macronutriments (protéines, lipides et glucides) mais aussi micronutriments (vitamines et minéraux), la NE permet de lutter contre la dénutrition mais aussi contre la deshydratation.

→ **Mise en place en ambulatoire**

Auparavant destinée à la réserve hospitalière, la NE est désormais accessible en pharmacie d'officine et fait l'objet d'une inscription à la LPP depuis octobre 2000.

Pour la mise en place de la sonde, pour évaluer la tolérance et éduquer le patient et son entourage, une hospitalisation de quelques jours est à envisager. Lors de ce séjour hospitalier, une prescription initiale aura lieu. Elle sera renouvelée par le médecin traitant qui agira en fonction de l'état nutritionnel du patient, de sa tolérance et de son observance.

Le pharmacien d'officine pourra, lors de la dispensation des produits pour NE, s'assurer de plusieurs points notamment de la position dans laquelle doit se trouver le patient : le passage de nutriments se fera uniquement en position assise voire semi-couchée, mais ne sera pas autorisée en position couchée du fait du risque trop important de régurgitation. Un des autres rôles du pharmacien dans la nutrition entérale est de savoir si la prise des médicaments se fait par la sonde. Auquel cas, il convient d'adapter la forme galénique des médicaments prescrits en favorisant les formes solubles ou liquides. Et si cela n'est pas envisageable, il doit être dans la capacité de renseigner les soignants sur la possibilité d'écraser les comprimés et d'ouvrir certaines gélules.

(d) La nutrition parentérale [46]

La nutrition parentérale est réservée aux trois situations suivantes :

- Les malabsorptions sévères anatomiques ou fonctionnelles
- Les occlusions intestinales aiguës ou chroniques
- L'échec d'une nutrition orale ou entérale bien conduite (mauvaise tolérance)

Elle est mise en œuvre dans des services spécialisés, dans le cadre d'un projet thérapeutique cohérent.

Du fait de son coût élevé, de sa complexité, de la nécessité d'utiliser une voie veineuse centrale dans la majorité des cas, elle est très peu rencontrée à domicile. Elle requiert un accès veineux par cathéter central, des conditions d'asepsie rigoureuse et un débit de perfusion stable. Cette technique, à risque infectieux, est à éviter chez la personne âgée.

La nutrition parentérale n'empêche pas de s'alimenter : elle peut sans problème être associée à une alimentation orale ou une nutrition entérale.

La NP ne peut pas faire l'objet d'une prise en charge à la LPPR.

## **PARTIE N°2 : CONSEILS ET RECOMMANDATIONS DE LA PART DU PHARMACIEN DANS LE CADRE DE LA PREVENTION DES ESCARRES**

En prenant en compte toutes les conséquences vues dans la première partie de la survenue d'une ou de plusieurs escarres, il est possible d'affirmer que ces plaies de pression ont un réel impact néfaste sur le confort de vie des personnes.

Les escarres touchent en grande majorité les personnes âgées. Une grande part de ces personnes a le souhait de rester le plus longtemps chez elles, à domicile, sans être contraintes de devoir rejoindre un hébergement spécialisé ou un hôpital : c'est le maintien à domicile (MAD). L'apparition d'une escarre peut à terme, compromettre la possibilité de poursuivre ou même d'envisager un MAD.

Le maintien à domicile peut donc se définir comme l'expression du désir d'un nombre grandissant de personnes qui ont fait le choix de demeurer dans leur domicile jusqu'au bout de leur vie, c'est-à-dire qu'elles ont souhaité continuer à vivre et mourir chez elles (d'après l'INSEE, le domicile est le second lieu de décès après l'hôpital). La personne reste chez elle sur le long terme, malgré une baisse d'autonomie, en conservant autant qu'elle le peut et qu'elle le souhaite, sa place dans le milieu familial et géographique qui lui est propre.

D'un point de vue plus médical, le maintien à domicile se décrit comme « la fourniture en vente ou en location de matériels nécessaires pour des personnes de tout âges, dépendantes ou non, mais aussi handicapées définitives ou temporaires ».

l) La place du pharmacien d'officine dans le MAD [51, 52,53]

Face à l'intérêt grandissant des personnes souhaitant continuer de vivre à domicile, malgré leur âge ou leur degré de dépendance, une coopération pluri-professionnelle doit se mettre en place pour assurer au mieux un MAD efficace, confortable et sécuritaire.

Actuellement, le MAD est en plein essor. On observe de plus en plus de filiales de vente ou de location de matériel pour la prise en charge de la personne à domicile. Le matériel de MAD n'appartient pas, en effet, au monopole pharmaceutique, même si on considère que les officinaux représentent près de 45% du marché.

Face à cet environnement très concurrentiel, le pharmacien d'officine doit valoriser ces compétences, ces connaissances, et les mettre à profit pour être un acteur toujours plus présent, du MAD. La notion de proximité, d'accessibilité et les contacts réguliers que le patient a avec son pharmacien, permet d'instaurer une relation de confiance et ainsi de connaître au mieux les besoins et les attentes de la personne souhaitant rester à domicile.

D'après l'article L 5232-3 du Code de la Santé Publique paru le 19 décembre 2006, « la délivrance de matériel de maintien à domicile [...] inscrit sur une liste fixée par arrêté du ministère chargé de la Santé est soumise à une obligation de formation ou d'expérience professionnelle de leurs distributeurs ». Le diplôme universitaire de MAD semble un bon tremplin pour agrémenter ses connaissances en termes de MAD, mais leurs réactualisations

sont nécessaires, et l'officinal se doit d'être informé des nouveautés et des changements. Pour se fournir en matériel, l'officinal a plusieurs solutions envisageables. Il peut s'adresser directement au fabricant, mais ce n'est la méthode la plus souvent rencontrée du fait de la nécessité de commander de grosses quantités. Plus couramment, le pharmacien d'officine a recours aux grossistes répartiteurs. En effet, ces grossistes ont créé des sociétés spécialisées dans la vente et la location de MAD. Ils sont donc à même de renseigner et de conseiller plus précisément le pharmacien pour que ce dernier puisse prendre en charge son patient de manière optimale.

Communiquer au comptoir sur le maintien à domicile semble également une mesure phare à mettre en place, tout comme une vitrine où seraient exposés plusieurs outils du MAD, pour montrer aux patients, l'ampleur des mesures qui peuvent être mises à sa disposition.

Malgré le développement toujours plus important du matériel de MAD et la volonté de nombreux professionnels de santé d'accompagner le patient à son domicile pour qu'il puisse y demeurer paisiblement, certaines situations sont trop difficiles à gérer sans risque pour le patient. Ces limites au MAD sont rencontrées lorsqu'un patient habite dans un logement inadéquat où la surface restreinte n'autorise pas la possibilité d'installer le matériel ou encore lorsque les conditions d'hygiène ne sont pas optimales. Le manque de structures d'aides à domicile dans certaines régions ou la pénurie d'intervenants, le coût financier de certaines prestations ou la démobilisation au fil du temps des aidants sont également considérés comme des freins à la mise en place ou à la poursuite d'un MAD dans des conditions acceptables. Il ne faut pas non plus oublier le degré de dépendance de la personne aidée. Si celui-ci devient trop important, il sera de plus en plus compliqué de gérer cela à domicile et le placement en institution peut apparaître comme une nécessité.

## II) Installation d'un lit et de son matelas

Un lit médicalisé peut s'avérer nécessaire lorsque la dépendance d'une personne se fait sentir ou lorsque son autonomie s'amenuise. L'ajout d'un matelas pour la prévention des escarres doit être pensé lorsque le risque de développer ce genre de plaie est présent (évaluation avec une échelle validée), lorsque le temps d'alitement s'allonge et lorsque sa capacité à se mouvoir seul se réduit.

### 1) Conditions de prescription et de prise en charge [20,54,55]

#### A. La prescription

Un lit médicalisé doit être prescrit par un médecin, qui aura jugé que l'état du patient dont il a le soin nécessite l'usage d'un lit médicalisé.

Le libellé de l'ordonnance devra comporter certaines mentions obligatoires, telles que si le lit est prévu à l'achat, à la location (dans ce cas la durée devra être mentionnée) et si la prescription est en rapport avec une affection de longue durée. Les accessoires souhaités par le prescripteur doivent aussi être précisés : potence, barrières...

Le matelas, par contre, sera nécessairement acheté par le patient. Le médecin précisera le type de matelas qu'il souhaite pour son patient.

Les prescriptions médicales de location doivent être rédigées sur des ordonnances séparées des traitements médicaux.

A tout moment, la location pourra être interrompue ou modifiée en cas d'évolution de la santé du patient.

## B. La prise en charge

L'article L165-1 du Code de la Sécurité Sociale définit les conditions de remboursement des lits médicaux. (Annexe n°8)

Cet article distingue les lits médicaux « standards », les lits médicaux pour enfants de 3 à 12 ans et les lits médicaux pour patients de plus de 135 kg. Le lit médical doit être garanti au minimum cinq années, temps au bout duquel la prise en charge pourra être renouvelée par l'Assurance Maladie.

Un lit médicalisé peut être remboursé par la sécurité sociale s'il dispose d'au moins deux fonctions non manuelles (hauteur variable électrique, relève buste électrique, relève jambes électrique...).

Une maintenance annuelle doit être envisagée par le fournisseur du lit. La maintenance d'un bien est définie par « l'ensemble de toutes les actions techniques, administratives et de management durant le cycle de vie du bien, destinées à le maintenir ou à le rétablir dans un état dans lequel il peut accomplir la fonction requise ». Les dispositions réglementaires relatives à la maintenance des dispositifs médicaux prévues par le CSP concernent la phase d'exploitation, c'est-à-dire la phase après la mise sur le marché. Ce cadre réglementaire impose donc de définir une politique de maintenance qui permette de garantir la qualité et la sécurité des soins. La maintenance apporte donc une contribution essentielle à la sûreté de fonctionnement de ces produits.

En fonction de la durée envisagée nécessaire de la mise à disposition d'un lit médicalisé et du statut de prise en charge de son patient, le médecin prescripteur pourra se diriger vers la location ou l'achat. La location permet aux assurés pris en charge à 100% dans le cadre d'une ALD par exemple, de n'avoir aucun frais à charge. Pour les autres personnes, l'achat devient plus intéressant financièrement lorsque l'utilisation du lit est prévue pour une longue durée.

L'achat du matelas est par contre obligatoire. Il est pris en charge par la sécurité sociale. Les conditions de renouvellement dépendent de la classe dans laquelle le matelas en question est situé. La prise en charge se fait tous les ans, tous les deux ans ou tous les trois selon le modèle. Le tableau VI résume les durées à attendre avant de prétendre à un renouvellement. A noter que comme précisé auparavant, en cas d'aggravation de l'état de santé d'un patient nécessitant un changement de classe de matelas, le médecin pourra prescrire un nouveau matelas sans respecter les délais requis.



## 2) L'agencement du domicile

En tant qu'acteur à part entière du maintien à domicile, le pharmacien intervient dans l'aménagement du cadre de vie quand les gestes du quotidien deviennent plus difficiles voire impossibles. La chambre de tout humain est un lieu privilégié. Pour le patient en perte d'autonomie, ça doit être de même. Parfois, il arrive même que la chambre à coucher se transforme en lieu de vie principal. Il est alors important et primordial de lui donner un aspect agréable et veiller à ne pas lui donner un aspect trop hospitalier.

Comme nous venons de le voir, plusieurs modèles de lits existent sur le marché et tendent à s'adapter aux besoins et aux volontés de chaque patient.

Il paraît nécessaire, avant la mise à disposition du lit prescrit, que l'officinal se rende au domicile du patient pour observer l'environnement de la chambre et ainsi déterminer le matériel le plus adapté, et pour éventuellement conseiller la personne ou ses aidants sur l'optimisation de la surface afin de faciliter au mieux la prise en charge et la sécurité.

## 3) Les mesures à respecter avec un lit médicalisé et son matelas

Le pharmacien s'attardera sur quelques conseils de base afin que le patient ou ses aidants, n'entravent pas, par mégarde ou méconnaissance, le bon fonctionnement du lit médicalisé et de son matelas anti-escarre associé.

- Le drap du dessous ne devra pas être bordé, pour laisser libre champ au matelas d'exécuter les manœuvres nécessaires. Le drap housse sera envisageable mais seulement s'il est suffisamment ample.
- Les épaisseurs multiples entre le matelas et la peau du patient comme les alèses seront à éviter. Un seul drap sera interposé entre le patient et son matelas.
- Les barrières de sécurité seront mises en place, tant pour prévenir des chutes lors des mouvements que pour aider le patient à se mobiliser.
- La potence sera sans cesse à disposition du patient pour qu'il puisse se soulever (même si ce n'est que légèrement, la pression sera limitée).
- Si le patient ne se mobilise pas seul, les changements de position se feront avec du matériel adapté ou en le soulevant du plan du lit, mais jamais en le faisant glisser.
- La housse protectrice est lavable en machine.

## 4) Lorsque le matériel n'est plus adapté...

A chaque fois que le pharmacien aura la possibilité de dialoguer avec les aidants de son patient ou avec le patient lui-même, il devra l'interroger sur divers points pour s'assurer que le matériel présent au domicile est encore adapté à l'état de santé et de mobilité du patient. Il pourra se renseigner sur une éventuelle augmentation du temps d'alitement du patient, sur une altération de son état général qui le conduira à réaliser une nouvelle évaluation à l'aide de l'échelle de Norton par exemple. Pour avoir un point de comparaison, le pharmacien lors de la délivrance de la mise à disposition du matelas prescrit, devra veiller à réaliser une première évaluation qui lui servira de repère. Le score pourra être annoté sur l'ordonnance

de prescription, sur le dossier de location ou encore sur la fiche patient dans le logiciel informatique.

Si le pharmacien repère un changement d'état pouvant et devant conduire à un changement de matelas, il devra en informer le médecin sans attendre pour que des mesures soient mises en place rapidement.

### III) Mise à disposition d'un fauteuil roulant et de ses accessoires [56]

Nous traiterons ici, uniquement les fauteuils roulants dits « manuels » car ce sont ceux qui sont le plus souvent rencontrés en officine. Mais d'autres modèles existent : le fauteuil roulant verticalisateur, le fauteuil roulant électrique, le fauteuil roulant électrique monte-marche...

Le fauteuil roulant manuel est une aide technique pour les personnes présentant de manière temporaire ou définitive des difficultés de déambulation. Selon les modèles de fauteuils, il existe différentes largeurs d'assise,, différentes profondeurs, hauteurs de dossiers... Le fauteuil doit impérativement correspondre à la morphologie de l'utilisateur. Mais il n'y a pas que ce critère qui doit rentrer en ligne de compte lors du choix d'un fauteuil roulant. En effet, doivent également être pris en compte : la pathologie à l'origine de la baisse de mobilité, les contraintes architecturales (agencement de la maison), l'utilisation prévue en intérieur ou extérieur, la possibilité d'être chargé en voiture...

#### 1) Conditions de prescription et de prise en charge

Les modèles de fauteuils doivent être conformes aux caractéristiques définies par le cahier des charges mis au point par CERAH (Centre d'Etudes et de Recherche sur l'Appareillage des Handicapés) et le ministère chargé de la Santé.

La prescription médicale doit être rédigée sur une ordonnance classique (distincte du traitement médicamenteux) pour la location ou l'achat d'un fauteuil roulant. Les adjonctions et options nécessaires (repose-jambes, appui-tête, tige porte-sérum...) doivent être mentionnées par le prescripteur.

L'achat des fauteuils roulant manuels n'est pas soumis à la formalité de l'entente préalable.

L'inscription à la LPPR des fauteuils roulant permet une prise en charge à l'achat et à la location (avec un tarif dégressif à partir de la 52<sup>ème</sup> semaine).

Pour permettre la mise en décharge des zones à risque d'escarres, il sera envisageable et préférable de procéder à l'installation d'un coussin anti-escarre sur l'assise du fauteuil roulant. Les conditions de renouvellement seront les mêmes qu'indiquées dans le tableau VIII. Il existe également un « pack fauteuil roulant » composé d'un coussin et d'un dossier en mousse viscoélastique afin d'assurer une prévention optimale et un confort au patient.

Le renouvellement d'un fauteuil roulant est également soumis à prescription. Aucune durée réglementaire n'est définie. Il sera changé lorsque l'état du patient le nécessitera ou lorsque son état d'usure sera trop important. L'usage est d'en rembourser un tous les cinq ans, mais en réalité, cela se fera au cas par cas.

## 2) Mesures à respecter

Les personnes en fauteuil roulant sont à risque élevé de développer une escarre : du fait de la pression (position assise prolongée), de la friction (bras frottant sur la roue lorsque le fauteuil est en mouvement) mais aussi du cisaillement (lors du « glissement en avant »). Pour réduire ces risques, il est possible d'enseigner quelques mesures aux utilisateurs :

- Utilisation correcte du coussin anti-escarres, qui ne doit pas être séparé du corps du patient par de multiples couches...
- Position assise droite
- Réalisation de techniques de soulagement des pressions (se pencher en avant tout en gardant les fesses bien au fond du fauteuil, se pencher d'un côté et de l'autre ou encore se soulever légèrement en prenant appui sur les bras)

### Sur quels critères spécifiques choisir un fauteuil roulant adapté au patient et limitant le risque d'escarre?

- Le dossier doit être convenablement ajusté, il doit arriver à la pointe des omoplates. Son dispositif d'inclinaison doit être facilement manœuvrable mais garantir tout de même un blocage efficace pour assurer la sécurité.
- La largeur de l'assise doit correspondre à la largeur du bassin de la personne à laquelle on ajoute 2 centimètres.
- La profondeur du siège doit être légèrement inférieure à la longueur de la cuisse. La distance entre le bord du siège et la plicature des genoux doit être comprise entre 4 et 10 centimètres.
- Le réglage en hauteur des repose-pieds se fait pour que la cuisse repose par toute sa face inférieure sur l'assise, permettant ainsi d'assurer une bonne répartition des pressions.

*Remarque : De plus en plus d'informations sont à disposition du patient. Pour exemple, l'Annexe n°9 montre la notice livrée avec un coussin de prévention des escarres, en mousse viscoélastique. Ce livret d'information est très détaillé, et plutôt complet. Par contre, il n'exclut pas les conseils donnés par le pharmacien lors de la délivrance, car des conseils oraux auront toujours plus de poids (surtout lorsqu'ils émanent d'un professionnel de santé) que des données écrites.*

## IV) Trouver la solution adaptée à chaque type d'incontinence

### 1) Connaître le sujet et savoir l'aborder avec les patients concernés

L'incontinence urinaire fait partie des maladies taboues. Objet de non-dits honteux ou de silences coupables, les fuites urinaires ramènent à des images péjoratives. Pourtant, de nombreuses solutions existent et font que ce trouble ne doit pas être considéré comme une fatalité.

Le 1<sup>er</sup> juillet 1998, l'OMS organisait la première consultation internationale sur l'incontinence. A cette occasion déjà, de nombreux spécialistes avaient rappelé « qu'il y a plus de 200 millions de cas d'incontinence dans le monde et la vie de ces personnes, qui trop souvent souffrent en silence d'un trouble qui leur gâche l'existence, en est profondément perturbée ».

Plusieurs années plus tard, et malgré les importants changements en matière de santé, l'incontinence urinaire reste un tabou. Elle touche aujourd'hui plus de 4 millions de personnes seulement en France, mais moins de la moitié ces personnes en ont déjà parlé à un professionnel de santé. Ceci peut s'expliquer par le fait que dans l'opinion publique, l'incontinence reste un signe de sénilité. Or, ce n'est pas le cas, puisque à tout âge, un individu peut être sujet à ce type de désagrément. Il est possible de prendre par exemple le cas de la femme en période post-accouchement.

Le pharmacien a un rôle essentiel de conseil, d'écoute et discrétion. Avant toute chose et avant d'aborder le sujet de l'incontinence avec un patient, il devra veiller à instaurer un climat de confiance pour déclencher le dialogue et permettre au patient de se confier sans peur de jugement.

Disposer des produits, des affiches ou des brochures dans l'espace de vente peut permettre au patient de susciter des questions. Indirectes ou sans détour, il sera important que le pharmacien puisse engager la conversation et permettre au patient de se livrer sans tabous.

Une affiche dans l'espace de confidentialité peut également s'avérer être un bon point. En effet, le patient, seul à seul avec le professionnel de santé, aura sans doute plus de facilité à poser des questions et à se renseigner sur les diverses mesures à mettre en place. Cette prise de parole est moins évidente dans l'espace de vente, par peur d'être écouté, jugé par les autres patients présents dans la pharmacie.

Lors de la demande spontanée de protections pour incontinence, le pharmacien pourra inviter le patient à le suivre dans l'espace de confidentialité afin d'optimiser la discrétion de l'entretien et ainsi d'évoquer avec son patient les diverses solutions à sa portée, avec la remise éventuelle d'échantillons, qui pourront lui permettre de voir quel produit lui conviendrait le mieux, quel produit serait le plus adapté pour prendre en charge son incontinence.

Le choix des mots de la part du pharmacien devra être pesé, Il sera préférable d'aborder le terme de « fuites urinaires » voire même de « faiblesse urinaire » plutôt que le mot « incontinence » si tabou qui évoque une sensation de non-contrôle de soi, de vieillesse, de fin de vie. De même, le terme « couche » sera à mettre de côté de par sa connotation infantilissante, au profit des « protections ».

Le pharmacien devra également détecter les situations dans lesquelles une consultation médicale semble nécessaire. Il rappellera qu'un dialogue avec son médecin est important et que des mesures, qu'elles soient médicamenteuses ou chirurgicales sont à même parfois, de soigner l'incontinence.

## 2) Des mesures préventives de base

Le pharmacien pourra offrir quelques conseils simples à tenter de mettre en place pour enrayer ou au moins améliorer la situation :

- Faire attention à son poids, car un surpoids est susceptible de provoquer une pression constante sur la vessie et sur les muscles qui l'entourent.

- Prévenir la constipation et les troubles du transit en général, par une alimentation riche en fibres et la pratique d'une activité physique régulière.
- Prévenir les infections urinaires provocatrices fréquentes de fuites urinaires impérieuses. Des compléments alimentaires phytothérapeutiques agissant sur la sphère urinaire peuvent alors être envisagés en cas de récurrences fréquentes.
- Limiter la prise d'aliments irritants : les agrumes, le chocolat, les tomates, les plats épicés font partie des aliments irritants de la vessie et stimulant sa contraction. Pour la même raison, il faudra réduire sa consommation de thé, de café et d'alcool.
- Restreindre le port des talons hauts qui peuvent modifier le rapport de force entre les muscles dorsaux et les abdominaux entraînant un déséquilibre de la statique pelvienne et une fragilisation du périnée.
- Ne pas réduire le volume quotidien de boissons, mais boire un peu moins à partir de 18 heures pour réduire le nombre de mictions nocturnes.
- Aller aux toilettes de manière régulière, même quand le besoin ne se fait pas sentir.

### 3) Adapter la protection proposée au problème rencontré

Lorsque le dialogue s'engage avec le patient, le pharmacien devra veiller à poser des questions pertinentes pour cibler au mieux les caractéristiques de l'incontinence rencontrée par son patient. Il devra aussi le laisser s'exprimer librement pour évoquer son ressenti et l'impact de ses fuites sur sa vie quotidienne en société. Des informations typiques devront être recueillies : la fréquence, la quantité, les circonstances d'apparition, depuis combien de temps, les horaires (diurnes ou nocturnes), les éventuelles douleurs associées....

Si le pharmacien estime qu'une consultation médicale n'est pas nécessaire dans l'immédiat, il pourra proposer à son patient divers produits qui seront adaptés à son souci. Il sera aussi possible d'orienter le patient vers l'acquisition d'une chaise garde-robe si durant son discours, le pharmacien a remarqué que les fuites urinaires étaient en partie dues au fait que le patient n'est pas assez mobile pour se rendre suffisamment rapidement aux toilettes lorsque l'envie se fait sentir.

Mais avant de proposer une solution matérielle, la prise en charge thérapeutique commencera toujours par un rappel minutieux des règles hygiéno-diététiques citées précédemment. Dans de nombreux domaines, y compris celui de l'incontinence, la modification de certaines habitudes et conditions de vie ont démontré un effet positif.

Si cette dernière solution n'est pas efficace, le pharmacien se dirigera vers une issue matérielle. Il existe actuellement sur le marché de nombreux produits, de forme et de capacité d'absorption différentes. Ces produits ont été décrits au cours de la partie précédente.

En fonction du degré d'autonomie de son patient, en fonction du volume approximatif, de la fréquence et la répartition des fuites urinaires pendant la journée et la nuit et en tenant compte de sa corpulence, le pharmacien pourra proposer à son patient des échantillons différents tant sur la forme anatomique que sur l'absorption et l'invitera à les tester pour voir quelle protection lui correspond le mieux au quotidien. Etant donné qu'il n'est pas aisé de trouver d'emblée la protection adaptée à l'handicap du patient, il est nécessaire de disposer d'un large échantillonnage et d'une documentation adéquate à distribuer au patient, afin qu'il puisse trouver la meilleure réponse, du moins, la plus spécifique.

Avant de prendre congé avec le patient, le pharmacien s'attardera à donner quelques recommandations pratiques :

- Le nombre de changes envisagés doit être d'environ de quatre par jour. En effet, il est nécessaire de changer la protection dès lors qu'elle est humide pour éviter le phénomène de macération, propice à l'apparition de nombreuses conséquences néfastes pour l'intégrité de la peau.
- L'essuyage des organes génitaux et du pli inter-fessier doit être soigneux.
- La protection se glisse d'avant en arrière, sur une peau propre et sèche.

Ainsi, le patient se sentira suivi, considéré comme une personne à part entière et ainsi sera plus susceptible de vivre convenablement avec son incontinence.

*Actuellement, le circuit GMS assure 80% des ventes du marché des protections pour incontinence. Dans ce contexte, l'officine a cependant une carte maitresse à jouer dans cette problématique qui reste fortement liée à la santé. C'est au pharmacien de mettre en avant ses atouts !*

#### 4) Diriger vers une aide financière [57,58]

Toutes les protections pour incontinence disponibles en officine ne sont pas remboursées par l'Assurance Maladie. Cela constitue un véritable budget pour les personnes qui en nécessitent. Ces dernières ne sont parfois pas au courant des aides qui peuvent leur être attribuées. Le pharmacien peut alors relayer les informations en leur proposant de contacter des organismes qui gèrent l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie). Cette aide financière est attribuée dans le cadre du maintien à domicile pour les personnes âgées d'au moins 60 ans. Le montant attribué varie en fonction du degré de perte d'autonomie et des revenus de la personne concernée. Le plan d'aide est établi par une équipe médico-sociale qui se déplace au domicile du patient, pour recenser précisément les besoins et les aides nécessaires à son MAD.

On estime la réduction du budget d'un patient incontinent de 30 à 50% grâce à la mise en place de cette aide. Ceci n'est pas négligeable compte tenu du panier moyen d'une personne incontinence qui s'élève entre 120 et 300 euros mensuels selon le type d'incontinence.

#### 5) Conseiller des aides humaines et sociales [58]

Même si l'incontinence n'est pas une maladie au sens propre du terme, la personne souffre : elle voit son degré d'autonomie diminuer, une réduction de ses activités et se sent dévalorisée. A un stade plus avancé, apparaissent des difficultés dans les relations avec la famille et les soignants. En effet, la toilette locale, le nettoyage des vêtements et de la literie constituent des tâches à sans cesse recommencer afin d'assurer une hygiène convenable.

Si la charge devient trop importante pour l'entourage et avant de se tourner vers l'institutionnalisation, il est préférable de contacter des associations comme l'AAPI (Association d'Aide aux Personnes Incontinentes) qui regroupent des professionnels de santé chargés d'élaborer des guides pédagogiques, des fiches techniques sur les différentes solutions existantes. Une permanence téléphonique est également disponible pour soutenir

les personnes incontinentes, mais aussi leurs familles. Le site de l'association [www.aapi.asso.fr](http://www.aapi.asso.fr) propose les différents contacts possibles.

V) Conseiller et encourager la complémentation nutritionnelle orale

1) Prévenir et détecter la dénutrition à l'officine

D'une manière générale, la prévention s'adresse à l'ensemble de la population et a pour objectif de maintenir un bon état nutritionnel avec une alimentation équilibrée, variée et adaptés mais aussi de garder une activité physique accompagnée d'une surveillance du poids.

Au niveau national, la mise en place d'une politique nutritionnelle est apparue comme une priorité de santé publique. En effet, la nutrition est un facteur de protection ou à contrario, de risque pour certaines pathologies. En quelques années, plusieurs programmes ont vu le jour dont le PNNS (Programme National Nutrition Santé) lancé en 2001, prolongé en 2006 puis en 2011. La dénutrition est l'un des axes du PNNS 3 de 2011-2015 : « prévenir, dépister et prendre en charge la dénutrition ». Un des objectifs de cette campagne est la diminution de 30% du pourcentage de personnes dénutries (notamment âgées). Plusieurs actions sont prévues à destination des familles, des aidants mais aussi des professionnels de santé, dont les pharmaciens d'officine.

En effet, la prévention de la dénutrition est l'affaire de tous : l'entourage familial, les aidants, les équipes médicales et paramédicales. Tous, doivent être attentifs à la personne et connaître quelques signes simples d'alerte :

- Réduction du nombre de repas quotidiens
- Régimes
- Perte d'autonomie physique et psychique
- Problèmes bucco-dentaires, et troubles de la déglutition
- Veuvage, isolement, solitude, dépression
- Constipation, toute maladie aigue
- ...

Aucun de ces signes n'évoque à lui seul la dénutrition mais ils doivent inciter à approfondir la situation clinique globale.

A l'officine, le pharmacien connaît bien ses patients habituels. Il les voit au minimum tous les mois pour leur traitement chronique, voire plus lorsqu'un traitement aigu vient s'interposer. Au fil du temps, il est à même de repérer quelques indices de dénutrition tels que des vêtements devenus flottants, une face amaigrie, une poignée de main moins énergique, une fatigue accentuée...

Lorsqu'il suspecte un risque, le pharmacien d'officine peut effectuer un test rapide de préférence dans l'espace de confidentialité : c'est le test de Brocker, qui permet une première approche. Si le score est supérieur ou égal à 3, il doit être corrélé aux autres facteurs vus précédemment. Il n'est pas possible d'affirmer une dénutrition en tenant

compte uniquement du résultat de ce test, mais grâce à lui, il sera possible d'engager la conversation à ce sujet, et ainsi de mettre en évidence d'autres risques.

Tableau XII: Test de Brocker

		OUI	NON
1	Vous sentez-vous capable de faire les courses, la cuisine ou de vous mettre à table ?	0	1
2	Mangez-vous tous les jours des fruits, des légumes verts et des laitages ?	0	1
3	Avez-vous maigri de 2 kg ou plus dans le dernier mois, ou de 4 kg dans les six derniers mois ?	0	1
4	Avez-vous une maladie ou un handicap qui vous gêne pour vous alimenter ?	0	1
5	Avez-vous subi une intervention chirurgicale ou avez-vous eu une affection aigüe durant le dernier mois ?	0	1
6	Avez-vous une impression de dégoût, de manque d'appétit ou de n'avoir jamais faim au moment des repas ?	0	1
7	Mangez-vous souvent seul(e) ?	0	1
8	Buvez-vous plus de 3 verres de vin, de bière ou plusieurs alcools par jour ?	0	1
9	Faites-vous 3 repas par jour ?	0	1
10	Prenez-vous 3 médicaments ou plus par jour ?	0	1
TOTAL :			

Le pharmacien, outre la réalisation de divers tests comme celui cité précédemment, peut en tant qu'acteur de santé publique et professionnel de santé, offrir des conseils d'hygiène de vie au patient, mais aussi à sa famille et à ses aidants. Lorsqu'il n'y a plus suffisamment d'appétit, la prise alimentaire est compromise. Diverses solutions peuvent alors être offertes pour pallier à certaines difficultés relatives par le patient à son pharmacien. Le guide de l'INPES de 2006 a été édité pour accompagner les patients. On y retrouve ces exemples sur lesquels le pharmacien peut prendre appui pour une bonne prise en charge de son patient.

Tableau XIII: Conseils pour améliorer la prise alimentaire selon les facteurs limitant rencontrés à l'officine. D'après l'INPES de 2006

Facteurs susceptibles de limiter l'alimentation	Conseils à apporter
<b>Troubles de la déglutition ou de la mastication</b>	Adapter la texture des aliments, réadapter la prothèse dentaire et optimiser la posture à table
<b>Troubles du goût et de l'odorat</b>	Rehausser le goût des aliments par l'ajout d'herbes ou de condiments, mastiquer plus longtemps pour extraire les saveurs des aliments
<b>Sécheresse buccale</b>	Boire par petites quantités mais fréquemment, hydrater la bouche avec de la salive artificielle, sucer des pastilles
<b>Nausées et vomissements</b>	Eviter les odeurs fortes, les aliments gras.



	Manger froid, et fractionner les repas.
<b>Constipation</b>	Augmenter les prises de boissons pendant et en dehors des repas, pratiquer une activité physique raisonnable, favoriser les aliments riches en fibres.

Des conseils de base plus généraux mais de ce fait, applicables par l'ensemble de la population, peuvent aussi être rappelés à tout moment par le pharmacien d'officine. Ainsi, les fruits et les légumes sont riches en vitamines et en minéraux mais ils contiennent aussi des antioxydants pour protéger les cellules des radicaux libres responsables du vieillissement accéléré des cellules. Ils contiennent aussi des fibres favorisant un bon transit. Leur consommation doit être d'au moins cinq fruits et légumes par jour, avec une répartition assez homogène. Les féculents, eux, doivent être consommés à chaque repas car ils sont source d'énergie grâce à leur apport en glucides complexes. La viande, le poisson ou les œufs apportent des protéines indispensables pour préserver la masse et la force musculaire (notamment des personnes âgées). Le lait et les produits laitiers sont sources de calcium et permettent de diminuer le risque d'ostéoporose associé à la dénutrition.

Avec la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » (HPST) de 2009, le métier de pharmacien d'officine a connu un grand tournant. En plus d'être le spécialiste du médicament, il peut s'investir dans de nouvelles missions de prévention, de dépistage, de conseils personnalisés. La concrétisation de cette loi en 2013 par l'implication du pharmacien dans le suivi des patients sous AVK peut laisser penser à de futurs projets... Le PNNS 3 suggère par ailleurs la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique sur le thème de la dénutrition en ville.

Quand on sait l'importance du « facteur dénutrition » tant sur l'aspect préventif que curatif dans les escarres, on comprend aisément qu'il n'est pas possible de mettre en place un programme de prévention des escarres, sans chercher à détecter une dénutrition naissante chez une personne déjà à risque.

## 2) Les différents types de CNO [59,60,61,62]

Quatre laboratoires dominent le marché des CNO : Nutricia (appartenant au groupe Danone), Nestlé, Fresenius Kabi (laboratoire international) et Lactalis (laboratoire français). Nutricia détient la gamme *Fortimel*, Nestlé les gammes *Renutryl* et *Clinutren*, Fresenius la gamme *Fresubin* et enfin Lactalis commercialise les gammes *Delical* et *Gelodiet*.

Les CNO sont répartis en trois catégories selon leur composition :

- Les mélanges polymériques : Ce sont des mélanges complets qui apportent des protéines, des glucides, des lipides, des minéraux, des vitamines et des oligoéléments. Ce sont les plus utilisés en pratique courante, et ils peuvent se présenter sous plusieurs sous-classes en fonction de leur apport calorique et protidique : les normoénergétiques, les hyperénergétiques, les normoprotidiques ou les hyperprotidiques.

- Les mélanges glucido-protidiques : Ces mélanges sont des produits dépourvus de lipides ou de composition très pauvre. Ils sont par contre, riches en glucides, ce qui leur permet d'apporter une énergie suffisante. Ils sont préparés à base de fruits, de légumes ou de leurs arômes. Il s'agit de jus, de compotes...
- Les produits monomériques : Ils ne possèdent qu'un seul type de macronutriments et sont destinés à l'enrichissement de l'alimentation. Ils sont composés de « protéines seules » dans les cas de déficit d'apport de « glucides seuls » dans les cas de déficit énergétique, et de « lipides seuls » dans les cas de malabsorption lipidique. Les deux premiers cas sont les plus souvent retrouvés.

Les compléments nutritionnels oraux peuvent aussi être divisés en deux grandes variétés sucrés et salés qui sont proposés en différentes textures : liquide (type boisson ou potage), semi-liquide (type yaourt à boire), pâteuse (type crème et compote), sous forme de plats mixés ou de biscuits ou encore de poudre à diluer/saupoudrer. Pour chaque type de compléments sucrés ou salés, il existe de nombreux arômes.

- Les compléments sucrés :

Ils se présentent sous plusieurs formes : des boissons lactées, des jus de fruits, des crèmes dessert, des compotes et des céréales en poudre.

Certains laboratoires offrent diverses possibilités avec ces produits : certains peuvent être congelés afin de préparer les glaces ou des sorbets, d'autres peuvent être dégustés chauds après passage au micro-ondes ou dans une casserole, mais en veillant à ne pas les faire bouillir, sans quoi ils seraient susceptibles de perdre une part de leur pouvoir nutritionnel, et d'autres peuvent être dilués dans un liquide comme du lait froid ou tiède, de l'eau, de la limonade, du jus de fruits... Tout ceci étant prévu dans le but de varier les prises et se s'adapter aux goûts spécifiques de chacun pour permettre une observance optimale.

- Les compléments salés :

Il existe des potages (qui peuvent être consommés seuls, à la place du potage habituel, ou mélangés à ce dernier pour ne pas bousculer les habitudes du patient), des plats mixés à reconstituer ou prêts à l'emploi (qui peuvent être agrémentés de divers assaisonnements ou épices).

- Les boissons lactées au gout neutre :

Elles peuvent être utilisées de la même façon que le lait est utilisé couramment. C'est-à-dire qu'il est possible de s'en servir pour préparer une purée, des sauces, des desserts... Il est aussi envisageable de rajouter du cacao en poudre à la manière d'un chocolat chaud, ou bien du café en poudre à la façon d'un café au lait.

- Les poudres de protéines :

Grâce à leurs arômes neutres, ces poudres de protéines peuvent aussi être ajoutées aux boissons et aux préparations tant salées que sucrées.

On notera aussi la présence de CNO adaptés à différentes pathologies :

- **Les CNO pour les personnes présentant des troubles de la glycémie** : Ils possèdent un faible indice glycémique car ils sont édulcorés et ne contiennent pas de saccharose. Le pic glucidique postprandial est atténué grâce à la présence de fibres qui ralentissent l'absorption des sucres et leur passage dans le sang. L'inconvénient de ces produits réside dans leur effet satiétogène plus marqué. L'utilisation de CNO spécialement conçus pour les diabétiques est donc intéressante pour limiter les fluctuations glycémiques trop importantes mais il faut tenir compte de leur effet sur l'appétit du patient et surveiller la tolérance, de manière individuelle. On retrouve dans cette catégorie des boissons lactées, des crèmes dessert et des céréales.
- **Les CNO pour les patients qui présentent des escarres** : Deux produits majeurs conçus spécialement pour les réparations tissulaires, donc notamment des escarres sont retrouvés en officine : Cubitan® du laboratoire Nutricia et Clinutren Repair® du laboratoire Nestlé Health Science. Détaillons par exemple la composition du Cubitan® pour comprendre son intérêt dans la prise en charge de l'escarre. Cubitan® est constitué de 20g de protéines pour compenser les pertes dues à l'exsudation, mais aussi les pertes azotées et pour réduire l'hyper catabolisme engendré par la présence de l'escarre. Ce produit possède aussi 3g d'arginine pour aider à stimuler la circulation en favorisant la vasodilatation et à booster la réparation des tissus en augmentant la synthèse de collagène et de cellules immunitaires. Trois micronutriments spécifiques de la réparation tissulaire sont également présents : ce sont le zinc qui aide à la régénération tissulaire, la vitamine C qui favorise la formation de collagène et la vitamine E pour son pouvoir anti-oxydant. Les laboratoires Nutricia mettent à disposition leur produit avec trois arômes : fraise, vanille et chocolat. Ils mettent en avant le pouvoir de Cubitan® grâce aux résultats de leurs études. Après seulement trois semaines de complémentation orale par Cubitan® (à raison de prise bi voire tri-quotidienne), une réduction significative de 29% de la surface de l'escarre était visible et le temps de cicatrisation nettement raccourci. Et après 9 semaines de traitement, le diamètre de l'escarre était réduit de plus de moitié et chez 20% des patients, une fermeture totale de la plaie était observée.[64,65,66]
- **Les CNO pour une utilisation péri opératoire en chirurgie oncologique ou à haut risque** : Un seul représentant dans cette catégorie est disponible, c'est l'Oral Impact® de chez Nestlé Health Science. Pouvant être utilisé comme seule source d'alimentation, il est enrichi en immunonutriments (arginine, acides gras oméga3 et en nucléotides). La prescription de ce produit doit être réalisée sur une ordonnance d'exception et par un oncologue, un anesthésiste, un gastroentérologue ou un chirurgien digestif.
- **Les CNO pour les patients atteints de cancers** : Nutricia avec Fortimel Care® par exemple, possède la réponse adaptée aux patients souffrant de dénutrition associée à un cancer. C'est un complément hyper énergétique et hyper protidique, enrichi en acide gras oméga3, en antioxydants et en fibres alimentaires. Il est dépourvu de gluten et de lactose.

L'Annexe n°10 résume l'ensemble des CNO disponibles, en fonction de leurs caractéristiques et de leurs indications. [67,68]

### 3) Le respect de la prescription

Dans la pratique officinale générale, il est fréquent que des ordonnances soient jugées non conformes ou incomplètes par le pharmacien. Dans ce cas, il convient de rappeler le prescripteur afin d'obtenir les précisions nécessaires.

Lors de la délivrance de CNO, il est aussi possible de se trouver en présence d'une ordonnance considérée comme non conforme aux décrets, non réglementaire. On considère une prescription conforme lorsqu'elle comporte l'âge et le poids du patient, la dénomination ou le type de CNO, la posologie et la durée de traitement. Les anomalies les plus souvent rencontrées sont un manque de précision dans la dénomination du produit, un nombre de prises quotidiennes non précisé et le poids (ou l'IMC) absent. L'appel au prescripteur est alors requis pour obtenir les informations manquantes. Si ce dernier n'est pas joignable, le pharmacien se doit de dispenser le complément le plus adapté pour le patient. Pour se faire, il sera primordial de questionner le patient ou son entourage pour détecter d'éventuels troubles de la déglutition ou d'éventuelles pathologies conjointes à la dénutrition. Le pharmacien doit dans un premier temps avoir une idée du stade de dénutrition de son patient en demandant son poids et sa taille (dans le but de calculer l'IMC). Puis, le pharmacien doit estimer les besoins protéino-énergétiques du patient : il doit prendre en compte les besoins corporels, c'est-à-dire 30 à 40 kcal/kg/jour et 1.5 g/kg/jour de protéines.

### 4) La délivrance et les conseils à l'officine

Plus de 32 millions d'unités de compléments nutritionnels oraux sont vendues chaque année dans les officines de France. Le pharmacien est donc un interlocuteur privilégié pour informer et conseiller les patients lors de la délivrance puisque encore une fois, c'est avec lui que le patient aura le dernier contact avant d'être chez lui, avec ses CNO.

En premier lieu, suite au décret du 5 juillet 2012, le pharmacien doit délivrer « le volume de produits correspondant à une durée de traitement maximale d'un mois » et s'il existe « le conditionnement le plus économique dans le respect de l'ordonnance ». Puis en accord avec la prescription ou à défaut en liaison avec le prescripteur ou suite aux indications du patient concerné, le pharmacien doit dispenser des CNO adaptés à ses éventuelles pathologies. Par exemple, nous pouvons citer la délivrance de produits sans gluten chez un patient atteint d'une maladie cœliaque, avec édulcorants si le patient est diabétique ou avec des fibres si le patient est sujet à la constipation. Le pharmacien devra également veiller à prendre garde à la texture des produits qu'il délivre : les compotes, les crèmes dessert, les plats mixés et les céréales seront sans doute plus adaptés que les jus de fruits ou les boissons lactées si le patient présente un risque de fausses route.

Ensuite, lors de cette dispensation, en veillant tout de même à respecter toutes les mesures que l'on vient de citer, il ne faudra pas hésiter à varier entre les différents arômes voire entre les différentes textures pour s'adapter au mieux aux goûts du patient et pour éviter la lassitude et ainsi favoriser l'observance. Enfin, dans le cas d'un début de traitement, il est préférable (si le patient peut se rendre facilement à l'officine), de ne pas délivrer la totalité de

l'ordonnance d'un seul trait pour s'assurer que la texture ou les arômes conviennent au patient et facilite sa prise. A ce titre, des échantillons peuvent être proposés pour que le patient puisse tester l'ampleur des produits à sa disposition.

Le pharmacien est tenu d'informer le patient sur les modalités de prise des CNO lorsqu'il les lui délivre. En effet, ces derniers doivent « compléter » comme leur nom l'indique, et non pas « remplacer » un repas. Ils devront donc être pris en collation c'est-à-dire deux heures avant ou après les repas pour que l'appétit soit conservé aux moments des repas. Certains produits comme les potages ou les crèmes dessert pourront être pris en complément du repas, soit comme dessert, soit comme entrée. Mais en aucun cas, ils ne devront être pris à la place du plat principal. Quand aux plats mixés, ils seront à ingérer en remplacement du plat principal mais n'empêcheront pas la présence d'une entrée et d'un dessert. On rappelle ici, que les CNO sont des produits très riches et concentrés, ils doivent donc être consommés lentement afin de faciliter leur digestion.

Les CNO se consomment agréablement mieux lorsqu'ils sont servis à bonne température. Pour une raison de saveur (et non de conservation), il est préférable de les placer au réfrigérateur avant leur consommation, même si certains parfums (chocolat, moka...) peut être réchauffés au micro-ondes ou dans une casserole. Certaines crèmes dessert peuvent même être dégustées en glace après un passage au congélateur.

Lors de la consommation d'un CNO conditionné en bouteille, le patient devra veiller à penser à agiter la bouteille avant emploi.

La conservation des compléments nutritionnels oraux avant ouverture se fait dans un endroit sec et à température ambiante jusqu'à la date de péremption. Une fois ouverts, les CNO sont consommables dans les 24 heures s'ils sont conservés au réfrigérateur, ou dans les 2 heures s'ils sont laissés à température ambiante. Le patient ne devra donc pas hésiter à fractionner les prises durant la journée.

Le pharmacien pourra aussi indiquer des recettes, qui, prévues par les laboratoires aident à varier les saveurs, les textures et à favoriser une bonne observance. Les CNO en effet, peuvent être cuisinés et intégrés à diverses recettes sans pour autant perdre leur qualité nutritionnelle. Par exemple, il est possible d'envisager de remplacer le lait d'une purée par un CNO de saveur neutre. Quelques recettes se trouvent en Annexe n°11 [59,60,61,62]

Enfin, et ce malgré l'ensemble des conseils oraux donnés par le pharmacien à son patient, le professionnel de santé doit envisager la remise d'une fiche récapitulative pour optimiser l'usage des CNO en ambulatoire. (Annexe n°12)

## **PARTIE N°3 : MISE EN PLACE D'UNE INTERVENTION PERSONNALISEE AU DOMICILE DES PATIENTS A RISQUE**

En tant que professionnel de santé et acteur majeur de santé publique, le pharmacien d'officine est confronté chaque jour à de nombreuses reprises à des patients considérés à risque d'escarres, ou à leurs proches lorsque leur mobilité trop altérée ne leur permet plus le déplacement à l'officine. Au gré des dispensations mensuelles voire plus fréquentes, il peut suivre au plus juste l'évolution de l'état de santé de ses patients.

La genèse d'une escarre, comme on a pu le voir dans les deux premières parties de ce manuscrit, est sujette à entraîner de nombreuses conséquences sur tous les plans : physiquement, psychologiquement mais aussi en aggravant de manière parfois irréversible l'état de santé de la personne touchée.

En offrant la possibilité à son patient de disposer d'outils de maintien à domicile pour la prévention des escarres, de compléments nutritionnels oraux, de protections contre les incontinences, de solutions d'effleurage, le pharmacien contribue matériellement la prévention des escarres. Cependant, il se doit de jouer également un rôle de prévention par la mise à disposition de conseils adaptés et spécifiques et de mesures nécessaires à mettre en œuvre chaque jour, pour le bien-être et le confort du patient. Le pharmacien doit montrer et mettre en avant sa plus-value de professionnel de santé, au service des patients.

Une intervention personnalisée au domicile des patients, en fonction de leurs risques réels de développer des escarres et de leur capacité à lutter contre ceux ci, a été pensée. Avant de développer et d'expliciter cette intervention pharmaceutique, nous allons évoquer les résultats d'une évaluation des pratiques professionnelles réalisée dans un EHPAD au cours de l'année 2015, concernant la prévention individuelle des escarres en milieu institutionnel.

- I) Evaluation des pratiques professionnelles en EHPAD
  - 1) Objectif et déroulement de l'étude

Cette évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été menée durant l'année 2015 dans un EHPAD (Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes) de la région dijonnaise.

Elle a été réalisée dans le but d'évaluer à la fois les connaissances mais aussi les actions mises en place en terme de prévention des escarres en milieu gériatrique. Elle a eu également comme objectif de mettre en évidence les points positifs qui se doivent de perdurer dans le temps donc les actions mises en place et d'une manière convenable mais aussi de corriger les éventuelles failles du processus de prévention.

Les personnes âgées étant la classe de population la plus touchée par les escarres, c'est pourquoi ce sujet d'EPP a été pensé en institution gériatrique.

### La trame de cette EPP reposait comme suit :

Premièrement, en collaboration avec un groupe de travail formé pour l'occasion (constitué du médecin référent de l'EHPAD, de la cellule qualité du CHU de Dijon et de moi-même, externe en pharmacie), un questionnaire a été établi. (*Annexe n°13*). Ce questionnaire a été réfléchi pour qu'il puisse permettre de cibler les principales mesures mises ou au contraire à mettre en place, en termes de prévention des escarres chez l'ensemble des résidents.

Le personnel soignant de l'EHPAD, c'est-à-dire les infirmiers et les aides-soignants, (car ce sont eux qui sont au plus près des résidents au quotidien) ont été invité à remplir un exemplaire de ce questionnaire pour chaque résident. Afin d'être le plus exhaustif possible, il a été décidé que l'ensemble des questionnaires devait être rempli dans un court laps de temps, et ce, afin d'éviter de fausser les données recueillies, car les escarres sont une pathologie d'apparition brusque. Les soignants avaient comme consigne de remplir les questionnaires en se basant sur les actions réellement menées, mises en place au jour du remplissage du questionnaire. Autrement dit, ils ne devaient pas se baser sur ce qui devrait être fait, si les protocoles étaient respectés à la lettre, mais bien sur ce qui était réellement fait. Ils devaient donc penser à la pratique et non pas à la théorie. Ce recueil de données s'est effectué sur deux semaines. Plus de 70 questionnaires ont été réunis, ce qui a donc permis d'avoir un nombre de données suffisant pour être statistiquement extrapolables.

L'analyse des réponses aux questionnaires a pu être effectuée. Un logiciel de statistique a permis de mettre en évidence les acquis, les points à améliorer mais aussi les difficultés rencontrées par les soignants au quotidien (puisque le questionnaire était composé à la fois de questions fermées pour cibler les réponses, mais aussi de questions ouvertes où les soignants pouvaient laisser libre court à leurs réponses pour exprimer leurs contraintes quotidiennes).

Suite au rapport brut de l'analyse de cette première phase de remplissage, et en fonction des points majeurs relevés, une intervention pharmaceutique s'est déroulée dans l'EHPAD à l'attention de l'ensemble du personnel soignant en charge des résidents chaque jour. Des rappels généraux sur les escarres ont été donnés, et nous avons insisté sur l'importance de l'ensemble des mesures à mettre en place pour les prévenir, sans oublier de mettre un point d'honneur à expliciter les conséquences de l'apparition d'une escarre.

Quelques mois plus tard, une deuxième phase de remplissage des mêmes questionnaires, dans les mêmes conditions que précédemment a été envisagée : à savoir, un questionnaire par patient et en fonction des actions réellement menées. Ceci a été pensé pour voir l'impact de l'intervention pharmaceutique dans le service, positif, négatif ou néant.

La dernière étape de l'EPP a pu avoir lieu : il a s'agit d'analyser les réponses aux questionnaires de cette deuxième phase de remplissage puis de les comparer au bilan de la première phase. Ainsi, a pu être évalué l'impact de l'intervention pharmaceutique sur la prévention des escarres dans le service.

## 2) Résultats et discussion

Nous allons évoquer quelques résultats de cette évaluation des pratiques professionnelles. Globalement, il est possible d'affirmer, au vu des résultats que nous énoncerons ci-après, que le rappel des mesures préventives a entraîné des changements positifs dans la prise en charge des résidents.

Voyons les avancées majeures mises en évidence lors de la comparaison des deux phases de remplissage.

Premièrement, il était demandé d'évaluer le potentiel de risque de formation d'une escarre de chaque patient. Les soignants étaient invités à choisir entre les qualificatifs « faible, moyen ou fort ». Lors de la première phase, c'est la réponse « faible » qui a été majoritaire. Puis après le rappel des nombreux facteurs de risque lors de l'intervention, les réponses « moyen et fort » ont été mises en avant lors de la deuxième phase de remplissage. Il paraît donc important de connaître l'ensemble des facteurs de risque (même s'ils sont nombreux), et ce, afin de ne pas sous-estimer le risque du patient.

Ensuite, nous avons cherché à savoir si les sites à risque d'escarres étaient suffisamment surveillés. Lors de la première phase, le résultat était plutôt satisfaisant, puisque les localisations préférentielles n'étaient pas contrôlées que chez moins de 10% des résidents. Mais une avancée a encore eu lieu, puisque après l'intervention pharmaceutique, l'ensemble des résidents a fait l'objet d'une inspection des sites à risque. Ceci est très important et notable lorsqu'on connaît la pertinence de cette mesure pour combattre l'escarre naissante dès l'apparition d'une rougeur.

Concernant la fréquence des changements de position, les résultats obtenus en première lieu n'étaient pas satisfaisants. En effet, les soignants ne mettaient pas en œuvre les changements de position toutes les trois heures, et beaucoup de résidents étaient considérés comme assez mobiles pour ne pas avoir à gérer cette mesure. De ce fait, une attention toute particulière avait été accordée pour insister sur l'importance des changements de position qui permettent une mise en décharge des zones d'appui (ce qui est important du fait du rôle majeur de la pression) et donc une diminution du risque d'apparition d'escarres. De plus, il a aussi été rappelé la baisse de capacité sensorielle chez les personnes âgées, qui ne les rendront pas forcément conscientes du laps de temps qu'il ne faut pas dépasser dans une position donnée. Lors de la deuxième phase de l'étude, les résultats furent concluants : chez 70% des résidents, les changements de position sont devenus effectifs toutes les trois heures, et ce, même la nuit. A ce propos, les soignants ont soulevé une question éthique, qui mérite réflexion, mais qui ne trouve pas de réponse « toute faite » : « Faut-il privilégier le confort du patient (notamment la nuit) ou la prévention des escarres ? ». En sachant que la prévention des escarres est primordiale pour le confort du patient, mais qu'en effet, la qualité du sommeil de ce dernier peut être compromise par des réveils plusieurs fois par nuit et donc nuire en quelques sortes, à son confort.

Pour terminer, un point tout particulier a été prévu concernant la prise en charge ou la prévention de la dénutrition chez les résidents de cet EHPAD. Les soignants pouvaient répondre en choisissant parmi quatre affirmations : « le résident n'est pas dénutri », « le conseil d'un diététicien a été demandé », « le résident est sous complémentation



nutritionnelle orale » ou « la dénutrition ne fait pas partie des priorités de soin ». Après l'intervention pharmaceutique, deux points sont notables. La demande de prise en charge par un diététicien augmente considérablement puisqu'elle était effective chez 8% des résidents et qu'elle est passée à près de 50% : l'alimentation d'un résident sur deux est donc désormais prise en charge par un diététicien. La deuxième remarque concerne la prise de CNO par les résidents : 65% des résidents sont maintenant concernés. C'est une avancée majeure car les avantages de ces produits ont été étudiés et ils permettent de contrôler la dénutrition en évitant qu'elle s'accroisse, pour ne pas compromettre l'état de santé général des résidents, qui de par leur âge avancé, aurait des répercussions potentiellement graves et irréversibles.

**Pour conclure :** Le bien-fondé de cette évaluation des pratiques professionnelles a été mis en avant par l'ensemble des participants, que ce soit les membres du groupe de travail que les soignants y ayant participé. Ces derniers ont apprécié le rappel qui a été fait entre les deux phases de remplissage des questionnaires, puisque comme ils l'ont rappelé : des formations diverses leur ont permis d'acquérir des connaissances, mais au fil du temps, et sans rappel, elles se font moins précises.

*Le résultat globalement satisfaisant et enrichissant de cette EPP en milieu gériatrique nous a invité à poursuivre cet apprentissage de connaissances pour la prévention des escarres. Nous avons décidé, cette fois, en tant que pharmacien d'officine, de nous rendre au domicile des patients, jugés à risque d'escarre pour leur faire part des mesures nécessaires à mettre en place pour leur bien-être. Mais avant cela, nous avons cherché à connaître l'avis des professionnels de santé nous entourant, et qui interviennent également auprès du patient, concernant le rôle du pharmacien d'officine en matière de prévention des escarres. Car même s'il est admis que le pharmacien, en tant que professionnel de santé a son rôle à jouer, qu'en pensent réellement les médecins, les infirmiers/infirmières ?*

## II) Le rôle du pharmacien d'officine vu par les autres professionnels de santé

Avant la mise en place des interventions au domicile des patients jugés à risque d'escarres, nous avons cherché à connaître le point de vue des professionnels de santé intervenant en ambulatoire auprès de ces patients, concernant le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention de ces plaies de pression. Les démarches de ces professionnels ont aussi été étudiées.

### 1) Démarche

Nous avons décidé de cibler deux professionnels de santé majeurs, à savoir les médecins généralistes et les infirmiers/infirmières libéraux/libérales, car ce sont eux qui prennent en charge la plupart du temps les patients à risque d'escarres ou avec une escarre constituée à

leur domicile. Des questionnaires ont été établis puis distribués aux médecins exerçant à proximité de la pharmacie du Vieux Marché à Pierre-De-Bresse (71), et aux deux cabinets infirmiers de la ville. (*Annexe n°14*)

Lors de la réalisation de ces questionnaires, notre volonté était de cibler des thèmes particuliers afin d'avoir des réponses précises à nos interrogations et de mettre en évidence à quelle place les médecins généralistes et les infirmiers situent les pharmaciens d'officine dans l'éducation des patients en termes de prévention des escarres, mais aussi comment ils prennent en charge un patient présentant un risque d'escarre.

## 2) Résultats

Cinq questionnaires infirmiers ont été complétés, et un nombre identique de médecins généralistes a répondu à notre appel.

### A) Pour les médecins généralistes

Quels sont les facteurs de risque chez un patient qui vous dirigent vers la prescription de matériel de prévention des escarres ?

Voici l'ensemble des réponses recueillies. Les termes cités par les médecins sont respectés et le graphique reprend exhaustivement les réponses données.

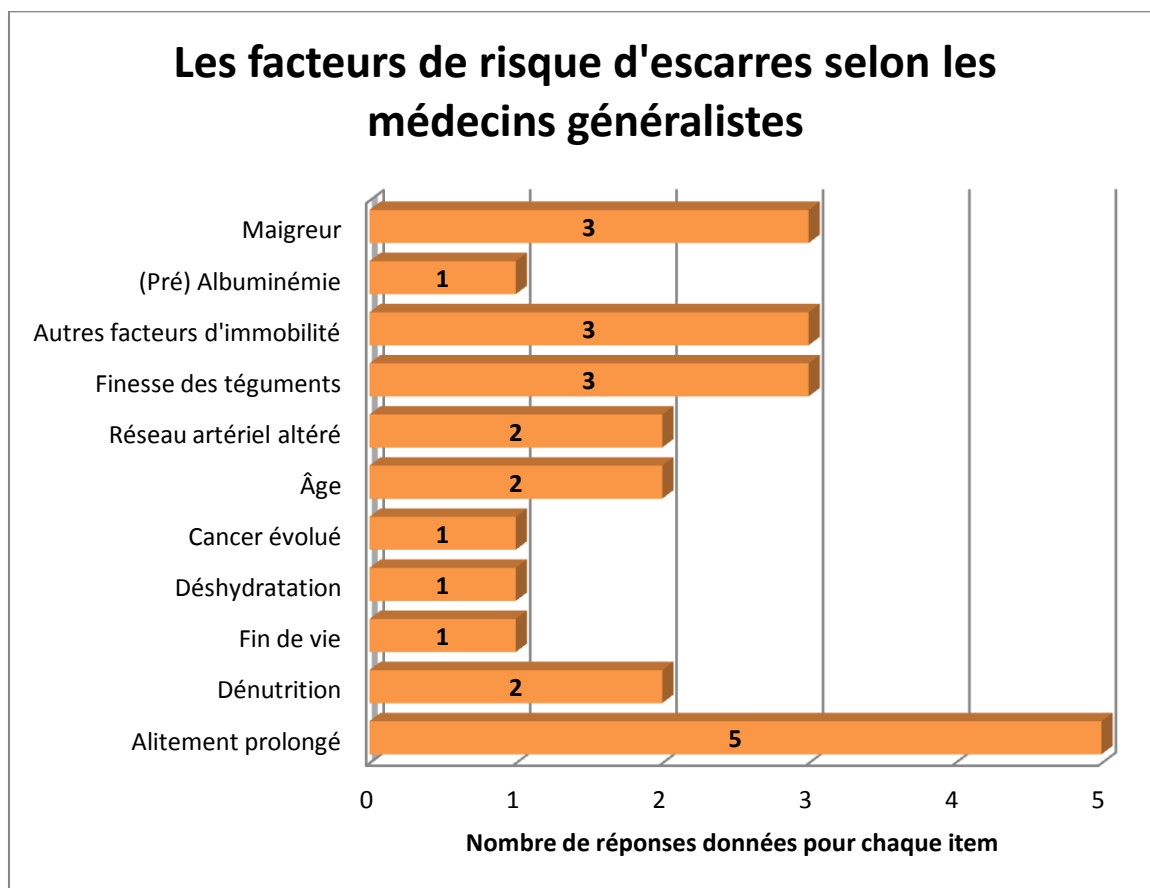


Figure 72: Les facteurs de risque d'escarres selon les médecins généralistes

Nous remarquons que les réponses sont variées et que rares sont celles qui sont citées par l'ensemble des médecins, mis à part l'alitement prolongé. Par contre, chaque facteur de risque existant et retrouvé dans la littérature, est au minimum décrit par un médecin. La théorie s'applique donc à la pratique, c'est pourquoi il est essentiel pour le pharmacien d'officine de connaître tous ces risques afin de pouvoir déceler au détour d'une conversation, un éventuel changement de situation qui rend à même la possibilité de développer une escarre.

#### Les patients à risque sont-ils conscients de ce risque ?

La majorité des réponses est négative : les patients ne connaissent pas le risque et ceux qui possèdent les facteurs de risque n'en sont pas conscients. Seul un médecin estime que ses patients sont conscients du risque de développer une escarre.

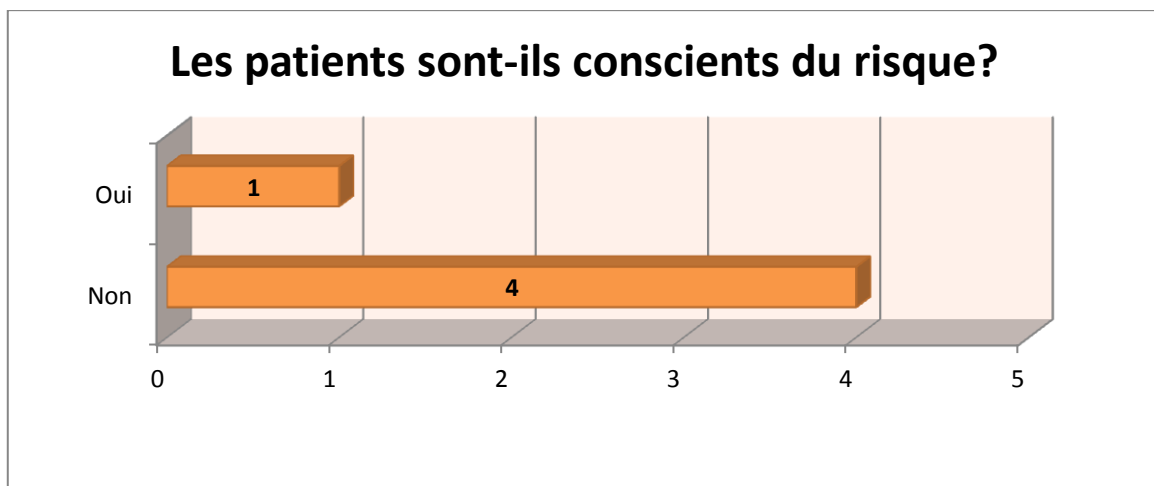


Figure 73 : Les patients sont-ils conscients du risque d'escarre?

Il est possible de déduire de ce constat, que les connaissances des patients restent insuffisantes et qu'un grand travail est encore à réaliser. Les patients, conscients de leur risque de développer une escarre et conscients également des conséquences relatives à cette apparition seront plus à même de mettre en œuvre les différentes mesures de prévention et deviendront de ce fait, de véritables acteurs de leur prise en charge.

#### Lors de la prescription de matériel de prévention des escarres, quels conseils associés offrez-vous aux patients et/ou à leurs aidants ?

Comme pour la première question, le graphique reprend exhaustivement les réponses données par les médecins.

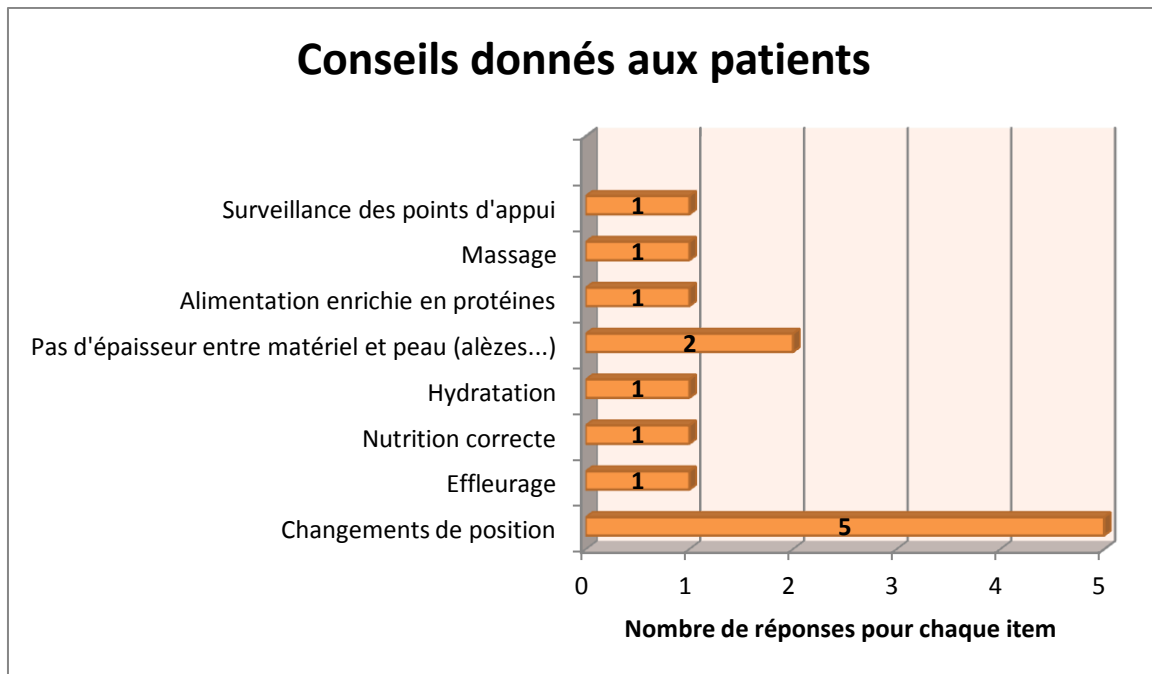


Figure 74: Conseils de prévention donnés aux patients

Seule la réponse « changements de position » a été donnée par les cinq médecins généralistes de l'étude. C'est primordial lorsqu'on sait que ces changements doivent être effectifs toutes les trois heures afin de libérer les points d'appui d'une pression néfaste et génératrice d'escarre. Le terme « massage » est retrouvé... Il sera tout de même important de le rapprocher du terme « effleurage » car si ce dernier représente une mesure de prévention à juste titre, les « massages-pétrissages », eux sont totalement prohibés car ils altèrent l'intégrité d'une peau déjà fragilisée. Les conseils alimentaires sont retrouvés également avec la volonté d'enrichir les apports alimentaires, notamment avec des compléments riches en protéines.

*Pensez-vous que l'apparition d'une escarre puisse être un frein au maintien à domicile ?*

Cette question était une question fermée qui proposait uniquement deux réponses, oui ou non. Or, nous nous sommes aperçus que pour les médecins, l'avis n'était pas aussi tranché que cela. En effet, à deux reprises, le médecin a jugé bon de rappeler que la difficulté de maintien à domicile n'était pas seulement due à la présence d'une simple escarre, mais était corrélée aux caractéristiques de cette escarre (hyperalgie, surinfection) mais aussi aux possibilités d'accompagnement des aidants et du confort/hygiène de la maison.

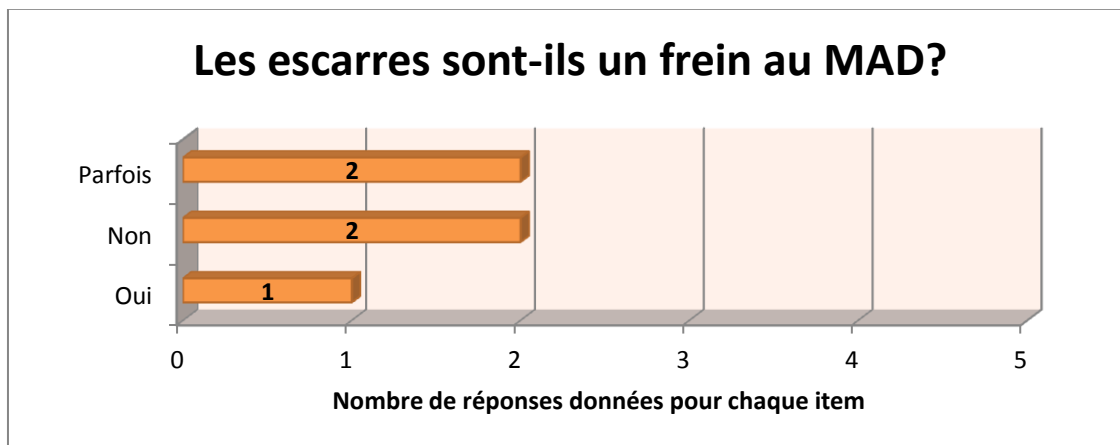


Figure 75: Les escarres sont-ils un frein au MAD?

Deux médecins estiment que désormais, avec la diversité et la spécificité des matériels disponibles en ambulatoire et des services adaptés au patient (aide à la toilette, aux repas...), l'apparition d'une escarre n'est plus un frein au maintien à domicile. Même si, il est certain que la qualité de vie est fortement amoindrie et que l'état de santé général peut s'en trouver altéré.

Par contre, les trois autres médecins estiment que parfois, la structure de la maison ne permet pas d'assurer un aménagement convenable ou qu'une hygiène parfaite ne peut être garantie. Ils mettent aussi en avant la nécessité de disponibilité des aidants, qui sont essentiels à une prise en charge complète du patient présentant une escarre. En effet, ils jugent trop insuffisants et trop espacés les passages des services d'aide à la personne (parfois, seulement une à deux fois par jour). Comment assurer les changements de positions toutes les trois heures dans ce cas ? Comment stimuler les prises hydriques et nutritionnelles ?

Pensez-vous que le pharmacien d'officine a un rôle à jouer dans la prévention des escarres ?

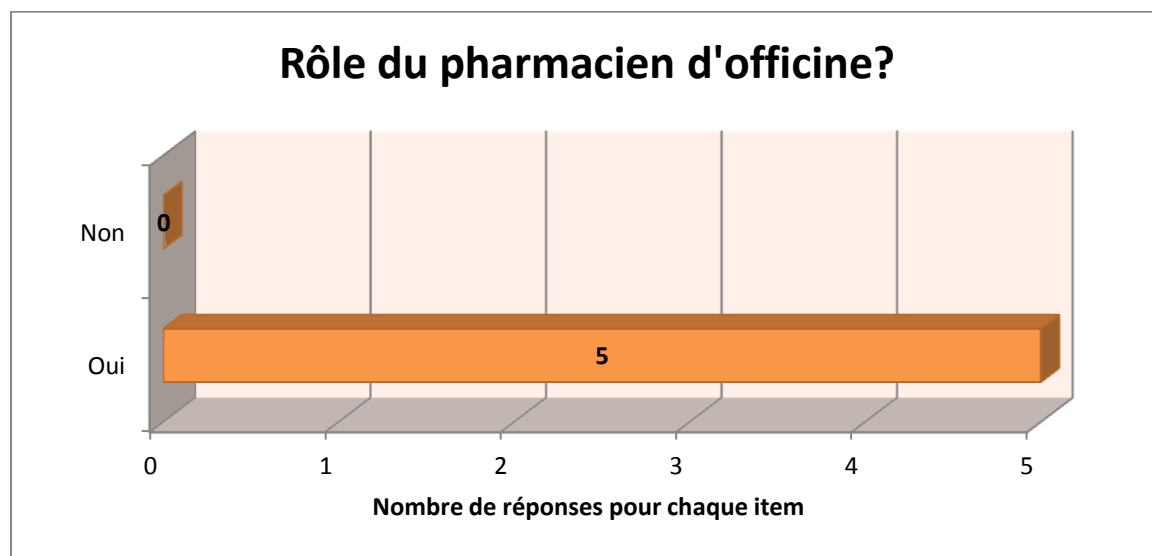


Figure 76: Rôle du pharmacien d'officine dans la prévention des escarres, d'après les médecins généralistes

L'ensemble des médecins généralistes s'accordent à dire que les pharmaciens d'officine ont un vrai rôle à jouer dans la prévention des escarres, de par leurs connaissances scientifiques et leur proximité avec le patient. C'est une démarche conjointe entre tous les professionnels de santé intervenant auprès du patient qui permet de réduire le risque en assurant une prévention optimale.

#### B) Pour les infirmiers/infirmières

Comment vous paraissent les connaissances des patients sur les escarres et notamment sur leur prévention ?

Les infirmiers à domicile se rendent parfois quotidiennement (voire de manière biquotidienne) chez certains patients. Une relation se fonde donc. Ainsi, les infirmiers sont plus à même de déterminer les connaissances acquises par le patient sur les risques généraux mais aussi sur ses risques spécifiques. C'est pourquoi cette question a été posée aux infirmiers. Nous avons cherché à savoir si ces derniers estimaient que les connaissances des patients étaient suffisantes, si des précisions ou des rappels étaient nécessaires ou au contraire si les mesures de prévention n'étaient pas acquises et que les connaissances sur les escarres étaient relativement faibles voire proches du néant.

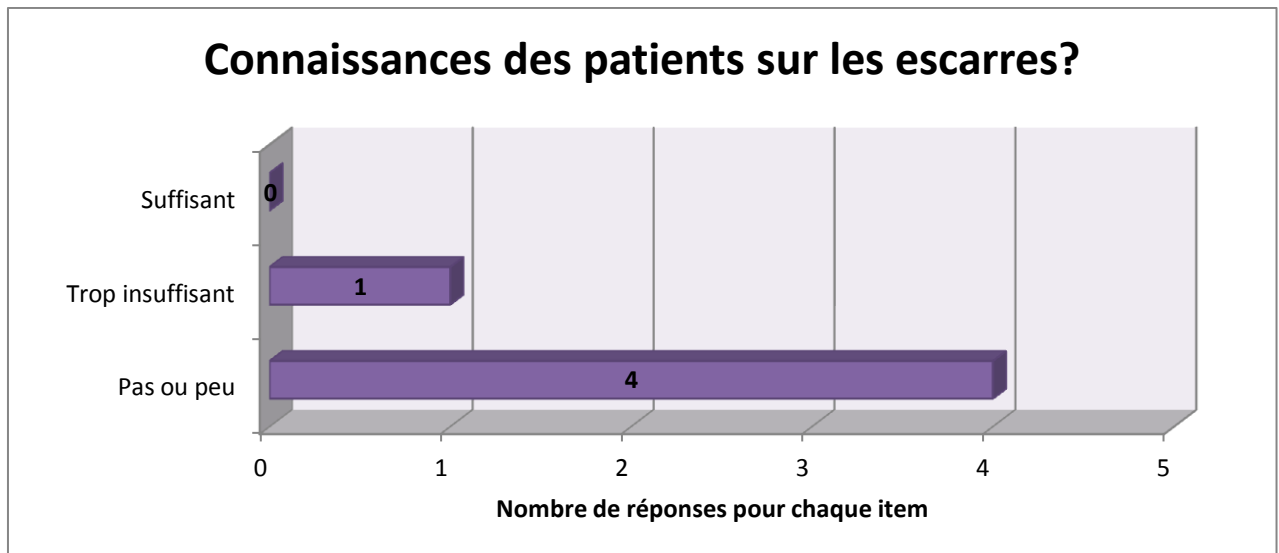


Figure 77: Les patients ont-ils des connaissances sur les escarres?

Avec ces réponses, il est encore une nouvelle fois possible d'affirmer qu'un fort travail d'éducation et d'information est à mettre en œuvre. En effet, seul un infirmier juge que les patients ont des connaissances, même si elles sont bien trop insuffisantes à son goût, et que selon lui, la rapidité d'apparition d'une escarre entraîne la nécessité de rappels réguliers et complets car les patients sous-estiment le risque, la rapidité et la gravité d'une escarre.

Quatre des cinq infirmiers interrogés estiment que les patients n'ont pas ou peu de connaissances, tant sur les escarres dans leur globalité mais également sur les mesures simples de prévention de ceux-ci, ce qui est d'une importance notable.

*Pensez-vous que le pharmacien d'officine a un rôle à jouer dans la prévention des escarres ?*

Cette question est identique à celle posée aux médecins. En effet, nous avons cherché à savoir ce que chaque professionnel pensait du rôle du pharmacien. Dans les deux cas, le résultat est concluant.

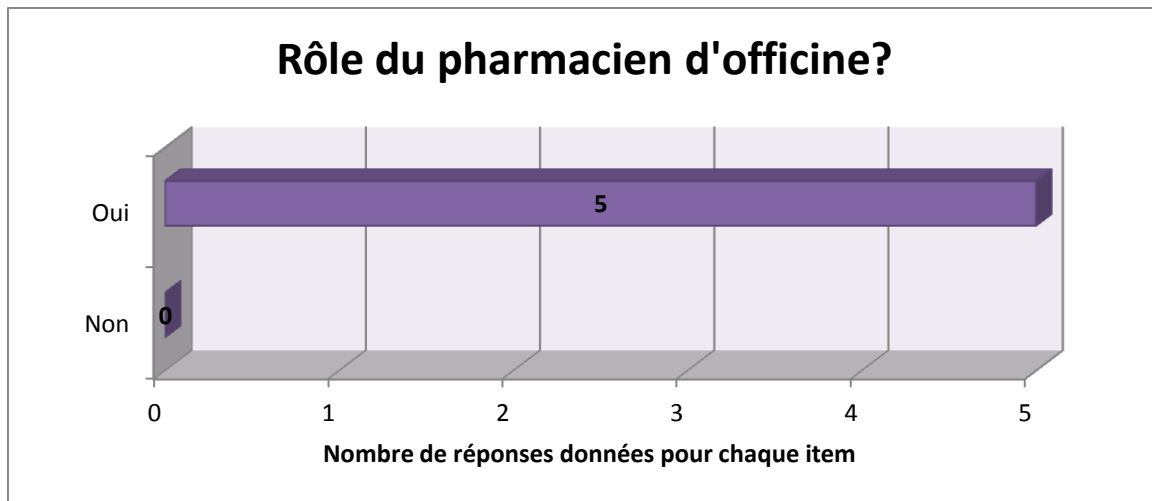


Figure 78: Le pharmacien d'officine a-t-il un rôle à jouer dans la prévention des escarres, d'après les infirmiers libéraux

L'ensemble des infirmiers ayant répondu au questionnaire estime que le pharmacien d'officine possède entièrement sa place dans la lutte contre les escarres. L'un d'eux insiste même sur le fait que c'est un acteur essentiel, au cœur de la prise en charge, par ses connaissances tant que sur la physiopathologie de la plaie, que sur le matériel d'aide à la prévention, que sur son contact privilégié avec les patients ou leurs aidants. Cet infirmier met en avant l'importance des échanges enrichissants entre professionnels de santé et notamment avec le pharmacien. En effet, il est spécifié que parfois, les infirmiers n'utilisent pas le matériel de prévention ou les produits mis à disposition car ils ne sont pas formés et les laboratoires ne mettent pas non plus d'informations à disposition de ce corps de métier.

Un infirmier émet cependant une remarque : parfois, certains patients sont fermés au dialogue, et pensent qu'ils « ne risquent rien ». Dans ce cas, malgré la présence de tous les acteurs de santé, il paraît impossible de faire une prévention efficace. La possibilité de prévention serait donc à étudier au cas par cas, et à adapter spécifiquement à chaque patient.

*Pensez-vous que l'apparition d'une escarre puisse compromettre le maintien à domicile ?*

Etant plus présent, plus régulièrement auprès du patient à son domicile, nous avons cherché à savoir si la vision des infirmiers concernant la possibilité de maintien à domicile avec la présence d'une escarre. Les médecins ayant eu des réponses difficilement tranchées et nettes, voyons les pensées des infirmiers.



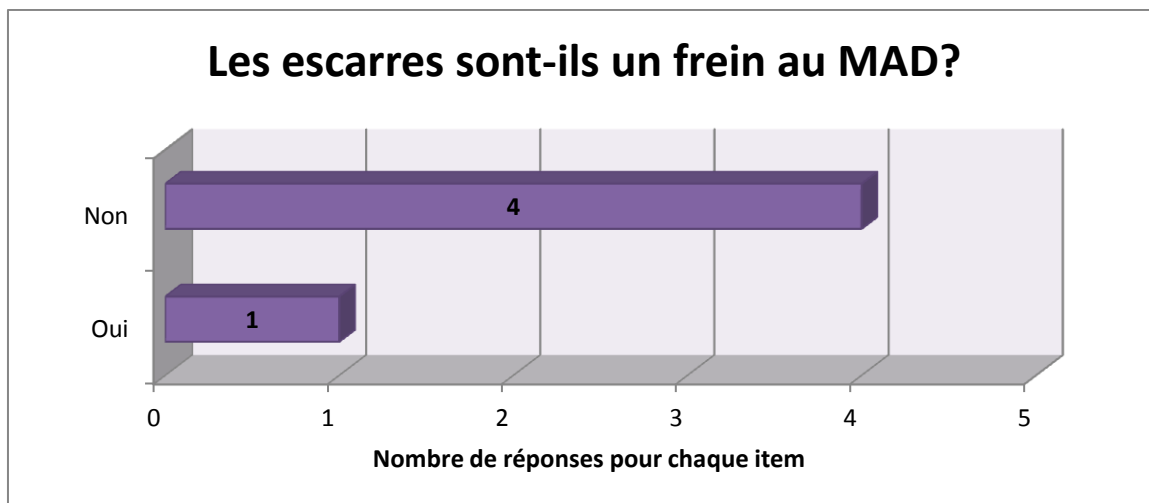


Figure 79: Selon les infirmiers, les escarres sont-elles un frein au MAD?

Selon les infirmiers intervenant au domicile des patients, les escarres à elles seules, ne constituent plus, à l'heure d'aujourd'hui un frein au maintien à domicile. Nombreuses sont les possibilités de mise en place de matériel spécifique. Le seul bémol relevé est que dans certaines situations, le patient est seulement visité par les professionnels médicaux et paramédicaux (toilettes, soins d'hygiène), donc en terme de fréquence, cela paraît bien insuffisant pour mettre en place les mesures de prévention adaptées aux patients.

Quels actes de prévention réalisez-vous lors de vos passages ?

Les activités citées dans le graphique ci-dessous sont celles énoncées par les infirmiers :

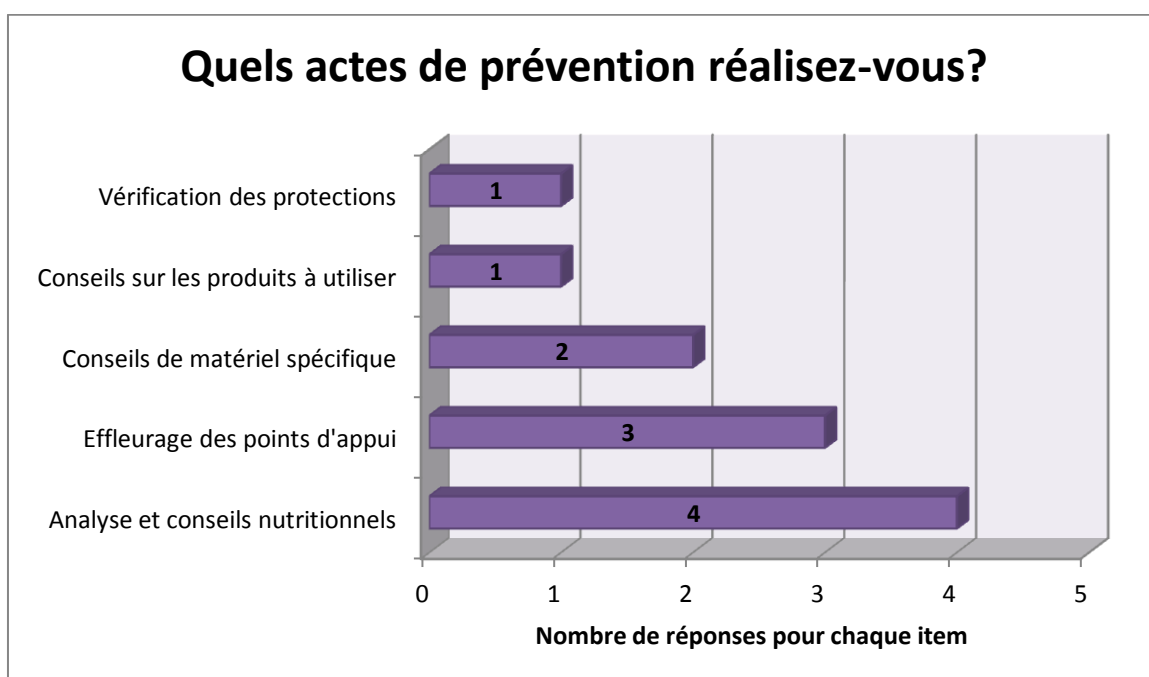


Figure 80: Quels actes de prévention réalisent les infirmiers?

On remarque l'absence de vérification des points d'appui et des changements de position. Si la première action est sans doute réalisée conjointement lors de l'effleurage, la seconde n'est pas souvent réalisée par les infirmiers. En effet, certains ont annoté le questionnaire en nous informant qu'en règle générale, les soins de nursing et donc d'une partie de la prévention des escarres, est réalisée par les aides à domicile et notamment le SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile).

D'autres informations nous sont spécifiées lors de la réponse à cette question. La nomenclature des soins infirmiers ne prévoit pas de cotation spécifique pour la réalisation de divers actes de prévention des escarres, donc les infirmiers ne sont pas rémunérés pour effectuer ces gestes car ils ne sont pas reconnus par la législation. Dans la majeure partie du temps, ils les réalisent tout de même et ce, par le biais de différentes interventions : analyse nutritionnelle, stimulation hydrique, stimulation positionnelle, vérification des protections non adaptées qui peuvent blesser, vérification de la non-superposition de multiples couches...

Les infirmiers notent aussi le fait que leurs passages sont bien trop peu fréquents pour que la prévention mise en place soit suffisante. En effet, la majeure partie du temps, leur passage chez les patients n'est effectif qu'une fois par jour, voire deux quand des soins plus importants sont à réaliser. Les infirmiers, quand ils en ont l'occasion, sensibilisent l'entourage et les encouragent à répéter les gestes simples tels que les changements de position ou les effleurages.

### 3) Conclusion

Avec les pensées et les informations données par les médecins généralistes et les infirmiers, il est possible de mettre en avant certains points :

- Les avancées dans le domaine du développement du matériel spécifique permettent d'amoindrir le recours à l'hospitalisation ou au placement en institution suite à l'impossibilité de prendre en charge les escarres en ambulatoire. C'est donc un progrès majeur, tant que le plan humain car la majorité des patients émet le souhait de rester à domicile, mais aussi sur le plan économique, quand on connaît le cout global d'une hospitalisation.
- Les connaissances des patients tant sur les mesures de prévention que sur les escarres en général, restent bien trop insuffisantes, trop incomplètes voire totalement absentes. Pourtant, l'enjeu est réel. Le patient doit être au cœur de sa prise en charge, et pour se faire, il doit posséder les connaissances nécessaires. Le savoir ne doit pas forcément être complet et poussé mais les mesures de prévention simples, doivent être acquises et mises en œuvre par le patient et son entourage. Les professionnels de santé intervenant auprès du patient, se doivent de leur enseigner ces dernières afin que la prévention soit efficace, même quand le patient est seul, ou avec son entourage mais sans la présence des soignants.
- La place du pharmacien d'officine est bien ancrée, que ce soit pour les médecins généralistes que pour les infirmiers. Le pharmacien a un contact privilégié avec le patient et les aidants, c'est pourquoi il se doit de rendre sa mission de santé publique, effective, et la prévention des escarres est un domaine dans lequel les progrès restent à faire. C'est un enjeu de santé publique dans lequel l'ensemble des professionnels de santé doit collaborer et lutter contre ce fléau.

La volonté de mettre en place une intervention pharmaceutique au domicile des patients à risque d'escarre semble donc, avec l'ensemble de ces résultats, totalement justifiée.

### III) Intervention personnalisée au domicile de patients à risque

Cette intervention avait déjà été pensée suite à l'évaluation des pratiques professionnelles sur la prévention des escarres citée précédemment. Les réponses aux questionnaires des médecins et des infirmiers nous ont entièrement confortées dans l'idée qu'il était important d'apporter des informations claires et spécifiques au patient, en se rendant chez lui, pour avoir un impact plus intense et pouvoir se rendre compte au mieux des difficultés du quotidien pour mettre en place les techniques de prévention et de tenter de réagir en conséquence.

#### 1) Population cible et objectifs de l'intervention

Notre étude a été pensée pour la formation des patients et non plus des professionnels de santé comme ce fut le cas pour l'EPP explicitée au début de cette troisième partie. Avant de finaliser le déroulement de notre étude, nous avons déjà ciblé les patients pour lesquels nous souhaitons réaliser une intervention personnalisée. Pour ce faire, nous avons procédé de plusieurs façons : tout d'abord, nous avons interrogé les infirmiers (à qui nous avons préalablement expliqué les modalités de notre étude) pour savoir si des patients dont ils avaient le soin nécessitaient prioritairement une intervention spécifique du fait de leur risque notable de développer une escarre. Ensuite, avec le suivi des locations ou de vente de matériel d'aide à la prévention des escarres, type coussins de prévention, lit médicalisé avec matelas adapté, SANYRENE®, coussins de décharge (...), nous avons ciblé d'autres personnes. En résumé, notre population cible est composée de personnes avec un risque d'escarre, sans autres caractéristiques (âge, sexe, type de handicap, pathologie...).

Notre intervention a pour objectifs d'apporter les connaissances nécessaires et suffisantes au patient à risque et/ou à son entourage selon les possibilités, afin que les mesures de prise en charge puissent être mises en œuvre, car parfois les patients peuvent ne pas se sentir capable de le faire, alors qu'en réalité des mesures simples sont la plupart du temps très efficaces et permettent de réaliser une prévention déjà très correcte.

#### 2) Déroulement de l'intervention

Afin que le temps nous permette de réaliser convenablement notre intervention dans sa globalité et de façon appuyée, nous avons fait le choix de nous restreindre à cinq patients à risque. Après avoir obtenu l'accord de ceux-ci ou de leur proche lors d'une venue à l'officine, nous avons pu débuter notre étude.

Elle fut pensée comme suit : tout d'abord, nous avons défini les critères qu'il nous semblait important que les patients aient connaissance. Ensuite, nous avons décidé que l'intervention aurait lieu au domicile du patient, afin d'avoir un poids plus important, d'être plus à l'écoute du patient, et de pouvoir, avec son environnement voir si des aménagements spécifiques seraient à réaliser pour faciliter son maintien à domicile et la mise en place de matériel

adapté pour la prévention des escarres. De plus, pour la plupart des patients, il aurait été impossible de les rencontrer à l'officine car peu d'entre eux sont suffisamment indépendants pour s'y rendre.

L'intervention a été prévue en deux étapes majeures.

#### Première étape :

Tout d'abord, nous nous rendons une première fois au domicile du patient pour rencontrer ce dernier. Nous évaluons les facteurs de risque de développer une escarre en interrogeant le patient et/ou ses aidants. Au cours de ce premier rendez-vous, nous cherchons à apprécier les connaissances du patient en termes de prévention sur les escarres mais aussi sur les escarres dans leur globalité. Pour se faire, nous posons donc des questions ouvertes et nous laissons le patient s'exprimer afin d'évaluer l'ensemble de ses compétences mais aussi les informations qui ne sont pas acquises. Après ceci, nous ciblons plus précisément en posant des questions plus directes afin de savoir si en aiguillant le patient, les informations sont plus complètes. (Annexe n°15)

Après avoir recueilli les informations souhaitées, nous offrons les connaissances à notre patient, en insistant sur les points dont il n'avait pas conscience, en insistant notamment sur l'importance de mettre en place des mesures préventives pour éviter les conséquences si handicapantes de la survenue tellement rapide d'une ou de plusieurs escarres. A la suite de cela, nous leur remettons une brochure résumant tout ce que nous venons de leur inculquer (la physiopathologie simple, les mesures de prévention, les conséquences) afin qu'une trace écrite reste. (Annexe n°16)

Pour terminer cette première étape, nous prenons connaissance de l'aménagement du domicile du patient pour voir s'il est nécessaire et envisageable de l'optimiser, mais aussi du matériel mis à sa disposition et du matériel qu'il serait important de rajouter pour améliorer à la fois, le confort du patient mais aussi sa sécurité.

#### Entre les deux étapes :

Nous nous tenons disponibles pour le patient, avec le rappel des coordonnées de l'officine, afin de répondre à une quelconque interrogation qu'il pourrait se poser suite à notre passage.

Si nous avons détecté un besoin spécifique de matériel, ou un risque majeur lors de notre premier passage chez le patient, nous en informons son médecin traitant (avec son accord), pour voir quelles mesures mettre en place et comment prendre en charge plus globalement le patient.

Nous nous informons régulièrement de l'état de santé de notre patient, auprès des infirmiers qui en ont le soin, afin de détecter au plus tôt un éventuel changement dans son état de santé et ainsi de pouvoir réagir immédiatement.

#### Seconde étape :

Un délai de trois mois est défini pour que la deuxième étape ait lieu. Nous nous rendons à nouveau chez notre patient. L'objectif de cette seconde étape est de voir si les informations

que nous avons données quelques mois auparavant ont eu un impact, si elles sont toujours ancrées, si l'éventuel matériel ajouté a été bénéfique et si des rappels sont nécessaires.

Pour se faire, nous procédons comme pour la première étape. C'est-à-dire que nous laissons le patient s'exprimer suite à la pose d'une question ouverte et volontairement vague. Ainsi, nous voyons la proportion des connaissances acquises, et les rappels à prioriser.

### 3) Résultats et discussion

Voici pour chaque patient ayant bénéficié de l'intervention un récapitulatif de ses facteurs de risque, du matériel à disposition, de ses connaissances « avant/après » et des éventuelles observations à ajouter.

#### **Patient A., homme de 87 ans :**

- **Contexte** : Ce patient vit à son domicile avec son épouse. Depuis de longues années, il souffre d'une pathologie pulmonaire qui lui provoque des essoufflements consécutifs à un encombrement régulier des voies aériennes, ce qui limite de manière importante sa possibilité d'activité et sa mobilité. Un infarctus du myocarde récent a accru sa dépendance.
- **Premier entretien** : Ce patient est peu mobile, il ne peut se déplacer sans son déambulateur et son périmètre de marche est relativement restreint. Il alterne la position assise dans son siège coquille (agrémenté d'un coussin de classe II) et la position allongée dans son lit médicalisé avec un matelas en mousse viscoélastique qu'il possède depuis moins d'un an. Sa mobilité limitée, sa peau fragile, son âge et son appétit restreint constituent ses principaux facteurs de risque de développer une escarre. Notre patient a des connaissances superficielles à propos des escarres mais il ne se considère pas à risque, pourtant son score sur l'échelle de Norton se situe à 13. En tant qu'ancien pompier, il a déjà entendu parler des escarres : selon lui, c'est une plaie qui s'infecte, qui fait « pourrir dans le lit », qui n'apparaît que chez les personnes constamment alitées, et que la propreté corporelle et environnementale sont primordiales. Pour lui, l'âge ne constitue pas un facteur de risque. Il ne sait pas comment prévenir les escarres mis à part le fait de ne pas rester couché. Monsieur refuse les soins de nursing à domicile, la toilette étant effectuée par son épouse. Aucune information concernant les escarres ne lui a été délivrée auparavant par un professionnel de santé.
- **Second entretien** : La pathologie pulmonaire de notre patient a évolué, elle l'oblige de plus en plus à restreindre ses déplacements et nécessite un alitement presque constant. Depuis notre premier rendez-vous, une perte de 10 kilogrammes a été observée : son appétit est diminué et son hydratation n'est pas spontanée. Son score sur l'échelle de Norton est désormais évalué à 10. Nous effectuons l'entretien avec son épouse, qui s'occupe à part entière de son époux. Concernant les connaissances à propos des escarres de cette dernière : elle sait que l'alitement prolongé constitue un réel risque, qu'il est important d'aider son mari à changer de position toutes les trois à quatre heures, que certaines positions sont à bannir, et que l'inspection des points d'appui (qu'elle connaît par ailleurs) est à effectuer à chaque fois. La peau de monsieur devient encore plus fragile et elle s'inquiète de l'apparition de récentes démangeaisons d'étiologie inconnue sur l'ensemble du corps, car elles nuisent à l'intégrité cutanée. Monsieur ne mange plus beaucoup, il a perdu l'appétit et l'envie de se nourrir de façon équilibrée suite à l'aggravation de son état respiratoire. Nous lui rappelons l'importance de contrôler sa dénutrition (perte de poids récente !) du fait de son implication dans la genèse potentielle

d'escarre. Nous l'invitons à en parler à son médecin pour éventuellement envisager le recours à une complémentation nutritionnelle orale.

- Conclusion : Notre intervention pharmaceutique a permis à l'épouse de notre patient d'intégrer les mesures de prévention des escarres nécessaires à la prise en charge de son mari. Elle a conscience de l'importance de les mettre en place au long cours et ce, notamment depuis le déclin de son état de santé.

#### **✚ Patient B., femme de 86 ans :**

- Contexte : Cette patiente vit seule en foyer logement. Elle souffre d'un diabète insulino-dépendant depuis une quarantaine d'années et son arthrose évoluée au niveau des genoux lui impose des déplacements en fauteuil roulant exclusifs.
- Premier entretien : Cette dame est très peu mobile, et se déplace uniquement avec son fauteuil roulant en le faisant bouger par le biais de ses pieds. Elle reste la journée entière sur ce fauteuil qui possède un coussin en mousse viscoélastique mais qui selon ses propres mots, « la talle en bas du dos ». Après observation du fauteuil, celui-ci ne nous semble plus adapté. De plus, elle nous indique une prise de poids récente, mais sans pouvoir nous indiquer ce dernier. La pression constante infligée à ses talons, son positionnement incorrect dans son fauteuil roulant, son diabète, sa mobilité réduite et son score de 11 sur l'échelle de Norton font que cette patiente est considérée à risque. Ses connaissances en termes d'escarre et de prévention sont très limitées. Elle en a déjà vu car ses parents en ont souffert d'une escarre profonde qui a mis du temps à guérir. Elle sait que c'est douloureux, mais selon elle, elle ne possède pas de facteurs de risque. Elle ne sait pas comment les prévenir. Les infirmières en charge de la pose des bandes de contention lui ont fait remarquer récemment que des « petites cloques » étaient visibles au niveau de ses talons. Sa toilette est réalisée quotidiennement par un personnel du foyer logement et elle ne revoit personne jusqu'au soir pour la coucher : aucune prévention n'est donc mise en place. Aucune information concernant les escarres ne lui a été délivrée auparavant par un professionnel de santé. Le foyer logement dans lequel réside notre patiente ne nous semble pas adapté à son état de santé. En effet, c'est un établissement pour personnes non dépendantes. Or, notre patiente l'est devenue avec le temps et il paraît évident qu'un accompagnement supplémentaire serait à privilégier. Un placement en EHPAD pourrait être pensé, mais notre patiente refuse de quitter ce foyer dans lequel elle a pris ses repères. Son choix et sa volonté sont respectés.  
Avec son accord, nous décidons de contacter son médecin traitant dans le but d'envisager un changement de fauteuil roulant pour qu'il soit plus adapté à sa morphologie actuelle, d'ajouter un dossier à ce fauteuil pour un meilleur positionnement et d'opter pour un coussin de positionnement à placer dans le lit pour éviter la pression constante au niveau des talons. Cette dernière mesure étant à privilégier rapidement suite à l'aggravation de l'état cutané de ses talons.
- Second entretien : Décédée subitement quelques jours après notre intervention, nous n'avons pas pu savoir si les mesures envisagées ont été efficaces ou non. Malgré cela, nous pouvons insister sur le fait qu'il est dommageable que cette personne qui présentait un nombre conséquent de facteurs de risque n'ait jamais eu d'informations sur les escarres et qu'aucune mesure n'ait été prise.

#### **✚ Patient C., femme de 98 ans :**

- Contexte : Cette patiente vit seule à son domicile, et souhaite y rester tant que cela sera envisageable.
- Premier entretien : Les douleurs récurrentes de cette dame au niveau des jambes et du dos affectent sa mobilité. Elle parvient un peu à se déplacer à l'aide de son déambulateur mais son périmètre reste limité. Elle est accompagnée au quotidien par une aide-soignante pour la toilette et par une infirmière pour la pose des chaussettes de contention et la préparation du pilulier. Un kinésithérapeute intervient deux fois par semaine pour l'aider à marcher. Son score de Norton estimé à 10, sa difficulté à se mobiliser sans douleurs, son âge avancé, ainsi que son alimentation restreinte sont autant de facteurs de risque que la patiente pour développer une escarre. En effet, Madame ne s'alimente guère, la solitude ne lui donnant pas envie de le faire correctement. Elle est supplémentée par des CNO à raison d'une unité journalière. Les connaissances de cette dame concernant les escarres sont inexistantes et l'entretien étant difficile à mener du fait de ses fonctions cognitives diminuées en corrélation avec son âge, nous décidons de programmer le second entretien avec la présence de sa fille.
- Second entretien : Ce deuxième rendez-vous a lieu en compagnie de sa fille, qui nous communique diverses informations. Madame C. reste beaucoup au fauteuil la journée, mais refuse d'y installer le coussin de prévention des escarres, prescrit par le médecin traitant il y a un peu plus d'un an. Les déplacements sont restreints car quelques douleurs la font souffrir. Elle refuse « trop » d'aide au quotidien. Sa fille m'indique que sa maman a depuis plusieurs années la peau des talons fragiles, ces derniers présentant régulièrement des plaies d'après les infirmières passant au domicile de manière biquotidienne. A un moment, elles se sont servies du coussin anti-escarre prévu pour le fauteuil pour lui relever les talons, la nuit, dans son lit médicalisé. Mais par manque de confort, elles ont suspendu l'action. Nous lui indiquons la possibilité de mise en place de matériel plus adapté. La fille de notre patiente ne possède que d'approximatives connaissances sur les escarres, et ne connaît pas de moyens de les prévenir. Elle sait que sa maman est à risque du fait de son âge et de sa mobilité réduite mais aucun professionnel de santé n'a jamais abordé le sujet avec elle. Nous décidons de lui offrir certaines informations ainsi que la brochure explicative. L'état de santé de madame C. étant stable par rapport au premier entretien, et étant donné qu'elle ne souhaite pas d'aménagement spécifique, nous restons juste à sa disposition et à celle de sa fille en cas de besoin d'informations.
- Conclusion : Avec cette patiente, nous avons pu mettre en évidence que parfois, l'information aux aidants doit être donnée sur le même plan de priorité qu'à la patiente concernée par le risque. En effet, sa fille étant son aidant familial majeur, il aurait été difficilement envisageable de ne pas l'informer du risque de genèse d'une escarre, et de la démarche à suivre dans ce cas.

#### **✚ Patient D., femme de 87 ans :**

- Contexte : Cette patiente vit chez sa fille, depuis un récent accident vasculaire cérébral qui lui a fait perdre une partie de son autonomie.
- Premier entretien : Nous menons l'entretien avec notre patiente en collaboration avec sa fille, car ce récent AVC a entraîné quelques séquelles au niveau du langage mais

aussi au niveau moteur. Notre patiente présente un risque élevé de développer une escarre pour les raisons suivantes : son score sur l'échelle de Norton est estimé entre 8 et 9, ses déplacements se font rares et jamais sans aide, elle est incontinente, et son état général est actuellement affaibli par une intervention chirurgicale il y a une semaine. Madame D. possède un lit médicalisé avec potence, barrières ainsi qu'un matelas de classe I. Un fauteuil roulant avec coussin de classe II, ainsi qu'une chaise garde-robe à roulettes ont également été mis à disposition. Le coussin de classe I ne nous semble plus adapté à l'état de la patiente, qui passe un temps croissant alitée. Nous en informons la famille qui en parlera au médecin traitant dès son prochain passage. Madame D. ne connaît pas l'origine des escarres ni ses facteurs de risque ni ses moyens de prévention. Nous menons donc l'entretien avec sa fille, principale aidante. Ancienne employée dans une maison de retraite, elle a parfois exercé les tâches réservées aux aides-soignantes. Elle a donc des bases solides. Par contre nous notons qu'elle nous évoque la possibilité d'utiliser un glaçon ou du froid pour prévenir les escarres : elle a relevé cette information sur internet lorsqu'elle cherchait à s'informer. Nous corrigeons cette erreur et l'invitons à nous consulter pour d'autres éventuelles questions qui resteraient en suspend. Toujours selon la fille de notre patiente, la dénutrition n'est pas un facteur de risque, au même titre que la déshydratation ou encore l'âge. La toilette quotidienne de madame D. est effectuée par le SSIAD, le personnel de l'ADMR s'occupe de son lever et de son coucher, et un kinésithérapeute était en charge de la reprise de mobilité suite à l'AVC, mais son activité a été interrompue par l'intervention chirurgicale que madame a subit récemment. La fille de notre patiente trouve que les soins d'hygiène sont effectués trop rapidement, trop succinctement par manque de temps de la part du SSIAD. Selon elle, aucune lutte contre les escarres n'est mise en place par ce service. Nous invitons cette dernière à mettre en œuvre certains moyens de prévention, et restons à sa disposition pour toutes questions (car aucune information n'a été délivrée par aucun professionnel de santé, même suite à l'intervention chirurgicale).

- Second entretien : Ce deuxième entretien a à nouveau lieu avec la fille de notre patiente. L'état de santé de cette dernière est globalement stable et elle a bien récupéré de son opération. Par contre, les troubles consécutifs à l'AVC sont toujours notables, notamment les troubles moteurs. L'ensemble des facteurs de risque de développer une escarre est désormais connu et ancré. La fille de Madame D. s'est munie d'un flacon d'huile de massage SANYRENE® dont elle se sert pour effectuer les effleurages. A ce titre, nous lui rappelons la technique à suivre, afin de ne pas traumatiser la peau, cela semble assimilé. Elle note que suite à notre passage, elle a demandé au personnel du SSIAD d'effectuer ses effleurages lors de leur passage. La Biafine semble être préférée dans ce cas. Nous la rassurons, l'important est qu'une surveillance accrue des points d'appui soit menée. La fille de notre patiente nous indique que suite à notre intervention, elle s'est rendue compte que sa maman était réellement à risque de développer une escarre et que les conséquences pourraient être importantes sur son état de santé déjà affaibli. Désormais, elle est plus vigilante et surveille le sacrum, les talons et les coudes de manière pluriquotidienne, mais elle préfère ne pas perturber son sommeil (déjà précaire) la nuit.
- Conclusion : Avec cette patiente, nous avons pu nous rendre compte que les informations ne sont pas délivrées aux patients à risque lors d'un retour à domicile suite à une intervention chirurgicale. Il est notable aussi que le rôle du personnel du SSIAD reste à renforcer. Malgré les connaissances correctes de la fille de notre patiente, notre



intervention a eu un réel impact puisqu'avant celle-ci, elle ne considérait pas sa maman à risque de développer un ulcère cutané du à la pression et qu'ensuite, après en avoir pris conscience, elle a pu mettre en place des moyens de prévention simples et utiles. Encore une fois, nous avons pu mettre en avant le rôle primordial des aidants familiaux.

#### **Patient E., homme de 64 ans :**

→ Contexte : Notre patient vit seul à son domicile. Il est suivi par les services sociaux notamment à cause de son addiction à l'alcool.

→ Premier entretien : Monsieur E. possède déjà plusieurs types de matériel de maintien à domicile. On retrouve un lit médicalisé avec son matelas classe II sur lequel il passe une grande partie de son temps car il dort beaucoup, des cannes anglaises pour l'aider à garder l'équilibre lors de ses déplacements, une chaise de douche car la position debout trop prolongée est difficile à tenir, ainsi qu'un coussin en mousse viscoélastique pour mettre dans son fauteuil personnel. Il a eu, auparavant, un fauteuil roulant, mais actuellement il ne le possède plus. Monsieur E. présente théoriquement un risque de présenter une escarre, faible sur l'échelle de Norton, puisque son score est évalué à 16. Mais en réalité, son alcoolisme chronique tend à amenuiser ce score, du fait d'une baisse de vigilance conséquente. L'entretien n'est pas aisé à mener à cause notamment du contexte social particulier. Nous retiendrons de ce rendez-vous les points suivants. Notre patient a beaucoup maigri ces dernières années, puisqu'il nous informe d'une perte de poids de 30 kilogrammes en « trois ou quatre ans ». Il explique cela par une baisse d'appétit du fait de sa solitude qui ne l'encourage pas à faire d'efforts. Souvent sa journée se résume à deux repas maximum (le matin, et le midi). Plus tard, il nous informera que ses repas sont uniquement composés de compléments nutritionnels oraux prescrits par son médecin traitant. Il y a une dizaine d'années, un cancer suivi d'un infarctus du myocarde l'ont beaucoup affaibli tant physiquement que moralement.

Notre patient sait peu de choses sur les escarres : il sait qu'elles peuvent apparaître suite à un manque de chair, suite à une immobilité prolongée (trop longtemps assis, trop longtemps couché). Selon lui, seule la baisse de mobilité est un facteur de risque. La pression, la dénutrition, la déshydratation, l'âge, le diabète ou encore les incontinences ne font pas partie des facteurs susceptibles d'accroître le risque de survenue d'ulcères cutanés dus à la pression.

L'entretien se termine après une explication relative aux escarres, à leurs mécanismes de survenue ainsi qu'aux moyens de les prévenir. Puisque Monsieur E. nous a informé qu'il se lassait d'utiliser toujours les compléments nutritionnels sous forme de « crèmes dessert », nous lui proposons des échantillons de boissons lactées et de soupes. Nous lui rappelons aussi par la même occasion que ces produits sont comme leur nom l'indique, des « compléments », et ne remplacent en aucun cas, une alimentation variée et équilibrée.

→ Second entretien : Nous revoyons monsieur E, dans le cadre du second entretien prévu dans le protocole de l'intervention pharmaceutique. Les connaissances n'ont que peu évoluées, à part sur le fait que désormais, il sait citer les localisations à risque de développer une escarre. Ainsi, lors de la douche, il « essaye de surveiller », notamment le coccyx qui le fait souffrir lorsqu'il est allongé sur une longue durée. Il a aussi compris le bien-fondé de ne pas avoir un matelas « comme les autres » et de toujours s'asseoir

sur son coussin anti-escarre. Les soucis alimentaires ne sont toujours pas résolus, et ne semblent pas être une priorité pour notre patient. Il dit de ne pas avoir perdu de poids depuis notre dernière rencontre. Le contexte social et la conduite alcoolique entraînent une difficulté d'assimilation des informations données. Nous restons cependant à disposition de notre patient pour d'éventuels approfondissements.

- Conclusion : Nous mettons en évidence la difficulté majeure à mener cette intervention pharmaceutique avec notre patient. Du fait du contexte social, une grande part des informations offertes n'a pas été assimilée, et il nous a été difficile d'évaluer précisément ses risques car les réponses données n'étaient pas forcément en adéquation aux réponses posées. Ce patient n'étant pas accompagné d'aidants, nous nous sommes retrouvés dans une impasse.

#### **✚ Patient supplémentaire à la demande d'un infirmier : patiente F., femme de 84 ans :**

- Contexte : Après avoir appris la mise en place d'interventions pharmaceutiques concernant la prévention des escarres à domicile chez des patients à risque, un infirmier nous a dirigés vers une patiente dont il avait le soin. Nous avons choisi de ne pas comptabiliser cette patiente parmi les cinq patients à étudier, car ses diverses pathologies engageaient son pronostic vital à court terme : de ce fait, le second entretien ne serait sans doute pas envisageable. De plus, la prévention des ulcères cutanés dus à la pression chez un patient en fin de vie doit reposer sur des mesures simples qui permettent de prioriser en premier lieu le confort du patient.
- Premier entretien : Nous menons l'entretien avec la fille de la patiente car cette dernière est somnolente lors de notre passage. Madame F. est diabétique insulinodépendante depuis une quinzaine d'années. Auparavant bien stabilisé, ses chiffres glycémiques ne le sont plus depuis quelques semaines, mais comme nous l'informe sa fille, ce n'est plus une priorité, car son pronostic vital est engagé. En effet, Madame F. est insuffisante rénale à un stade avancé qui nécessiterait une dialyse, mais qui a été refusé au profit du confort de la patiente et de ses autres pathologies : 75% de son cœur est nécrosé suite à un infarctus du myocarde il y a peu et un œdème pulmonaire a entraîné son hospitalisation durant de nombreuses semaines avant son dernier retour à la maison. Cette patiente cumule donc plusieurs facteurs de risque de développer des escarres : elle n'est que peu mobile, ne se déplace pas sans aide, se fatigue rapidement à la moindre activité, n'a plus d'appétit (perte de 7 kilogrammes en l'espace d'une semaine, à la suite de vomissements non soulagés par les anti-nauséeux prescrits), est incontinente : nous évaluons son score de Norton à 12. Sa fille a entendu parler des escarres, elle sait que les conséquences sont notables mais n'en sait pas plus, et cela l'inquiète car elle se rend compte que sa mère diminue rapidement et qu' « elle n'a pas besoin de cela en plus ». Selon elle, seule la baisse de mobilité est un facteur de risque. Le diabète, la dénutrition, l'âge et les incontinences n'en sont pas. Elle aimerait savoir quoi faire pour prévenir les escarres chez sa maman. En effet, elle a pu s'arranger avec son travail pour pouvoir être constamment auprès de sa mère pour lui apporter les soins dont elle a besoin. Nous lui apportons les connaissances nécessaires afin de mettre en œuvre des mesures de prévention simples, et qui ne nuisent pas au confort de notre patiente, à privilégier dans ce cas de figure. Nous l'informons de la possibilité d'installer un lit médicalisé associé à un matelas de prévention des escarres afin de limiter les

risques du fait de l'augmentation du temps passé allongé. Nous l'incitons également à effectuer des changements de position toutes les trois heures (attention au confort tout de même), à vérifier l'ensemble des points d'appui que nous énumérons dans un souci de clarté. Nous l'informons également du bien fondé de la mise en place d'un coussin de prévention dans le fauteuil lorsque notre patiente s'y trouve, ainsi que la possibilité de recours à des compléments nutritionnels oraux afin de limiter à la fois la dénutrition mais aussi la perte de poids. Sa fille est réticente à cette dernière mesure car il y a plusieurs années, elle a connu une personne qui « devait en manger » et que ce n'était pas fabuleux. Nous l'informons des avancées dans ce domaine, et des diverses formes de compléments existants.

→ Par la suite... : Notre patiente est décédée un mois après notre passage. Son état a continué à se dégrader progressivement. Nous avons pu nous rendre compte que notre intervention a eu des conséquences positives. En effet, la fille de notre patiente est venue à plusieurs reprises à la pharmacie afin d'instaurer des mesures que nous lui avons conseillé : une semaine après notre passage, nous lui délivrions des CNO. Nous avons varié à la fois les textures mais aussi les saveurs. Elle a été satisfaite. S'en est suivi l'achat d'un coussin en mousse viscoélastique ainsi que la location d'un lit médicalisé ainsi que son matelas à air. La fille de notre patiente a été satisfaite des informations qui lui ont été données, et selon l'infirmier effectuant des passages biquotidiens, elle a mis en pratique les mesures inculquées.

Discussion : Lors de ces interventions au domicile des patients sélectionnés, il a été possible de remarquer et de mettre en avant plusieurs points :

- Premièrement, les connaissances des patients sont minimes, voire pour certains inexistantes. Ceci est d'autant plus préoccupant pour les personnes qui cumulent un certain nombre de facteurs de risque. Ce constat confirme les pensées des médecins généralistes et des infirmiers, qui affirmaient que la grande majorité des patients à risque, n'avait d'une part pas conscience de ce risque, et d'autre part, pas les compétences requises pour mener à bien une prévention digne de ce nom. Les informations apportées lors de ces rendez-vous ont eu de nombreuses conséquences positives : les connaissances des patients ont évolué, les mesures simples de prévention expliquées les ont responsabilisés et leur ont fait se rendre compte qu'ils étaient dans la capacité de prendre en charge leur prévention. Mais surtout, ils ont pu prendre conscience de leur potentiel risque de développer une escarre et des conséquences relatives à celle-ci. Ainsi, il est possible d'envisager une vigilance accrue et une capacité de réaction en accord avec la rapidité de naissance de ces ulcères cutanés dus à la pression. Pourquoi ne pas penser ce type d'intervention à chaque nouvelle installation de matériel spécifique ?
- Ensuite, plusieurs patients ou aidants nous ont rapporté le fait que les intervenants à domicile en charge de la toilette ou du nursing n'avaient pas le temps suffisant pour

mener à bien leur mission. Ainsi, on peut penser que des mesures simples type effleurage ou simple inspection des points d'appui ne soient pas effectives. De plus, il serait primordial de redéfinir les rôles de chaque intervenant au domicile des patients concernés. En effet, bien souvent, le patient n'est pas à même de savoir quelles tâches doivent effectuer chacune des personnes. Dans les différents processus de prévention qu'il est possible de retrouver dans la littérature, certains auteurs proposent un carnet de liaison à disposer au domicile du patient. Ainsi chaque soignant pourra partager les actions qu'il a pu mettre en place, celles qui restent à faire et transmettre d'éventuelles informations concernant le patient. Cela s'avère notamment nécessaire lorsque ce sont les soignants qui effectuent les changements de position du patient. En effet, sans carnet de suivi, comment savoir à quand remonte la dernière rotation, si le patient n'est pas en capacité de le dire. Ceci s'avère primordial aussi dans le suivi d'une dégradation subite de l'état cutané dans le cas de la prévention des plaies de pression.

- Enfin, le rôle primordial des aidants, des familles est à mettre en avant. En effet, en prenant le relai des soignants, ils s'investissent auprès de leur proche pour contribuer à son bien-être, à son confort, et à sa sécurité. Parfois, il n'est pas aisé de concilier ces tâches avec une activité professionnelle. Ces aidants ont des droits, que le pharmacien doit être en mesure de conseiller. Ce thème est développé dans le point IV.

#### IV) Mise à disposition d'informations pour l'entourage [69,70,71,72,73]

##### 1) Quels rôles joue-t-il ?

D'une façon générale, la relation soignant/soigné paraît logique et ancrée dans les mœurs. Cette notion duale doit permettre au patient de retrouver ses facultés physiques, mentales ou psychiques ou encore d'être accompagné lors de la fin de vie. Cependant, il ne faut pas omettre que le soigné vit dans une dynamique sociale qui doit être respectée. C'est pourquoi, le rôle des proches est primordial. A domicile, le contexte familial doit être conservé en veillant à garder une place pour le penchant médical mais sans jamais lui faire prendre le dessus.

La question de la place et du rôle du proche auprès de la personne malade ou diminuée est progressivement, depuis quelques décennies devenue une thématique majeure des réflexions sur l'avenir de notre système de santé, et, par extension, un débat de société. Mais il y a encore des avancées à produire dans ce domaine car, alors qu'on estime à plus de 3 millions le nombre de citoyens vivant aux côtés de personnes rendues vulnérables par la maladie, le handicap ou le grand âge. Leur visibilité sociale fait encore défaut dans la société française et la reconnaissance tarde à se montrer. Dans cette proximité solidaire, ils écoutent, ils accompagnent, ils soutiennent, ils aident... Le proche a donc un rôle de soutien non négligeable auprès de la personne malade ou dépendante, un soutien psychologique mais aussi un soutien au quotidien pour les tâches de la vie courante (se nourrir, se déplacer, assurer son hygiène, se divertir...). Sous les effets du vieillissement des populations, des progrès de la médecine, de la généralisation du maintien à domicile, des questions relatives à la maîtrise des dépenses de santé, notre paradigme de santé, souvent

dominé par la relation professionnel de santé/personne malade, est progressivement appelé à laisser plus de place aux proches.

Pour les médecins généralistes, d'après H. Joublin [69], le proche a une fonction extrêmement importante. En effet, ils estiment que le proche a une fonction positive auprès du patient dans près de 4/5<sup>ième</sup> des situations. Il apporte une aide psychologique ou morale (dans 72% des cas) et une aide dans les actes de la vie quotidienne (dans 57% des cas). Le proche est aussi apte à prévenir lors d'un problème important et à apporter une compagnie apaisante pour la personne malade ou affaiblie. Toujours selon Hugues Joublin, le praticien estime que l'entourage contribue à l'efficacité des soins dans plus d'un cas sur deux.

Un réseau tant au niveau des professionnels que des aidants se forme autour du patient. En ce qui concerne les aidants, il demeure important également de les prendre en charge eux-mêmes. En effet, trop souvent enfermés dans leur relation au malade, les aidants ont parfois des difficultés à solliciter un soutien. Rarement préparé aux implications de la maladie, sollicité 24 heures sur 24 par la personne malade, souvent seul, le proche réunit tous les facteurs de risque en matière de souffrance et d'épuisement. Certains s'estiment capables de faire face seuls, d'autres peuvent être saisis par la culpabilité ou par un sentiment de honte. Les professionnels de santé, mais aussi les intervenants à domicile ont le devoir de les inciter à exprimer leurs angoisses et à extérioriser leur souffrance et leurs fragilités. Les associations de patients proposent des groupes de paroles et il convient de multiplier ses initiatives. Il existe aussi les plateformes de soutien par téléphone ou par internet qui peuvent permettre un premier niveau d'accompagnement de l'aidant, doublé de dispositifs de repérage des risques de surmenage, de burn-out. Certaines études épidémiologiques montrent que dans certaines pathologies, l'état sanitaire des proches est alarmant. C'est le cas dans la maladie d'Alzheimer où le risque de décès de l'aidant durant les trois premières années est majoré de 60% par rapport à des non-aidants du même âge.

Pour revenir à la prévention des escarres à domicile, sujet prédominant de cette thèse, il est possible d'affirmer que les proches jouent un rôle majeur. En effet, mettre en place les différentes mesures de prévention décrites dans la première partie du manuscrit demande du temps, de la patience, et de la volonté d'accompagner l'aidé dans une démarche de soin, de confort et de bien-être. Les proches des patients à risque d'escarres doivent recevoir les informations nécessaires pour prévenir l'apparition des escarres, mais doivent aussi être mis au courant des divers facteurs de risque et des conséquences engendrées par une éventuelle escarre naissante pour les sensibiliser à l'importance de cette prévention. Les proches peuvent par exemple prendre le relais des soignants ou les compléter, pour les soins d'effleurage, pour les mobilisations toutes les trois heures, pour l'accès à une nourriture complète, variée et adaptée au patient. Au comptoir, le pharmacien d'officine a souvent l'occasion de discuter avec les aidants. A ce titre, des conseils doivent être apportés afin d'optimiser la prise en charge à domicile des patients à risque d'escarre et de leur apporter confort et sécurité. De plus, il est apparu durant l'étude menée et décrite

précédemment que les proches étaient satisfaits et quelque part rassurés d'avoir connaissance des mesures de prévention, car bien souvent ils ont entendu parler des escarres, de leurs conséquences mais n'en connaissent pas davantage. Ainsi, ils se sentent « armés » et compétents pour offrir leur aide à leur proche.

## 2) De quels droits dispose-t-il ?

A l'heure du développement des soins palliatifs à domicile du fait du nombre grandissant de personnes malades souhaitant passer la dernière période de leur vie dans leur univers habituel, accompagner, soutenir et faciliter le travail des proches représente un réel enjeu des pratiques professionnelles et des politiques publiques.

Soutenir un parent handicapé ou gravement malade à domicile, l'aider à rester chez lui-même au moment de la fin de vie sont des actions qui touchent à la fois le côté affectif, mais aussi professionnel. En effet, il est parfois impossible de prendre en charge convenablement un parent dans une situation difficile tout en conciliant sa vie professionnelle. Le proche devient en réalité un « proche-aidant » et représente ainsi la clef de voute de la permanence et de la continuité relationnelles et des soins.

S'occuper d'un proche demande certes de l'énergie, de la volonté et de la force mentale, mais cela aussi requiert un temps important. Plusieurs études démontrent que le temps passé par l'aidant au chevet d'une personne malade est significatif, allant même jusqu'à représenter l'équivalent d'un temps plein professionnel. C'est pourquoi il est parfois difficile de concilier cette démarche avec sa vie professionnelle. Plusieurs dispositions existent et sont aisées à mettre en place dans ce genre de situation. Souvent inconnues par le grand public, le pharmacien d'officine a également son rôle d'informations à jouer dans ce domaine. Il peut mettre à disposition les différentes possibilités qui s'offrent aux « proches-soignants » afin de les soutenir dans leur démarche.

La loi numéro 2015-1776 du 28 décembre 2015 (publiée dans le JO du 29 décembre 2015), relative à l'adaptation de la société au vieillissement facilite l'accès au congé de soutien familial devenu désormais le congé de proche aidant. Ce nouveau dispositif, plus souple que le précédent permet à davantage de salariés d'en profiter.

**Le congé de proche aidant** permet à toute personne justifiant d'au moins deux ans d'ancienneté dans l'entreprise de cesser son activité professionnelle (sans rémunération) afin de s'occuper d'un membre de sa famille (présentant un handicap ou faisant l'objet d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité). Ce peut être le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle a été conclu un pacte civil de solidarité (PACS), l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré (frères, sœurs, tantes, oncles, cousins, cousines et neveux et nièces). La loi citée précédemment prévoit aussi l'accès à ce congé aux salariés s'occupant d'une personne âgée ou handicapée avec laquelle le bénéficiaire « réside ou entretient des liens étroits et stables, à qui il vient en aide de manière régulière et fréquente à titre non professionnel pour accomplir tout ou une partie des actes ou des activités de la vie quotidienne ». Le fait que la personne aidée fasse l'objet d'un placement

en établissement ou chez un tiers autre que le salarié ne fait plus obstacle à la prise du congé de proche aidant.

Le congé de proche aidant est d'une durée de trois mois renouvelable mais ne peut excéder la durée d'un an pour l'ensemble de la carrière du salarié. Avec l'accord de l'employeur, ce congé peut être transformé en période d'activité à temps partiel ou être fractionné (pour cela, le salarié se doit de prévenir sa hiérarchie au moins 48 heures avant chaque prise de congé sachant qu'une dérogation est prévue si l'état de santé de la personne aidée se dégrade soudainement).

A noter que le salarié en congé de proche aidant ne peut exercer aucune activité autre que la période d'activité à temps partiel, sauf à être employé par la personne aidée. A l'issue ce congé, le salarié retrouve son emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente. Le salarié conserve le bénéfice de tous les avantages qu'il avait acquis avant le début du congé.

Un congé est aussi prévu pour les personnes désireuses de s'occuper d'un proche gravement malade voire en fin de vie. Tout salarié peut bénéficier du **congé de solidarité familiale** pour assister un proche qui souffre d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou qui est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause. Pour information, le congé de solidarité familiale est le remplaçant depuis 2003, du congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie. Le proche accompagné peut être un ascendant, une descendant, un membre de la fratrie, un conjoint, un concubin ou un partenaire lié par un PACS ou encore une personne ayant désigné le salarié comme personne de confiance.

Ce congé n'est en principe, pas rémunéré par l'employeur mais l'Assurance Maladie peut verser une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie pendant 21 jours au cours du congé. De plus, pendant toute la durée d'absence du salarié dans l'entreprise, ce dernier conserve ses droits au remboursement des soins et aux indemnités journalières versées en cas de maladie, de maternité, d'invalidité ou de décès. Le congé de solidarité familiale est accordé pour une durée de trois mois renouvelable une fois, soit une durée maximale de six mois. Il prend donc fin, soit au terme de cette période de trois à six mois, soit dans les trois jours suivant le décès de la personne prise en charge.

Prévu au moins quinze jours par lettre recommandée, avant la date envisagée, le congé ne peut être ni refusé, ni reporté par l'employeur. En cas d'urgence absolue constatée par un médecin, le congé peut commencer sans délai dès la date de réception de la lettre par l'employeur. Le congé peut aussi être fractionné ou transformé en période d'activité à temps partiel avec l'accord des deux parties.

A l'identique du congé de proche aidant, le salarié en congé pour solidarité familiale, à son retour dans l'entreprise, retrouve son emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente. Il bénéficie également de tous les avantages qu'il avait acquis avant le début du congé.

*Remarque : Le constat est clair : la place des aidants à domicile tarde à être reconnue. C'est pourquoi le 2 décembre 2015, la Fédération Nationale Des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile (FNEHAD) a fait le choix de les mettre à l'honneur lors de l'organisation de sa 19<sup>ème</sup> Journée Nationale qui a eu lieu aux Salons de l'Aveyron à Paris. L'objectif était de contribuer à faire émerger une vision partagée de la place des aidants et des acteurs du soutien aux aidants grâce à une compréhension globale des évolutions en cours ou annoncées dans le cadre du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement. [74]*



Thèse soutenue par : Pauline BOISSON

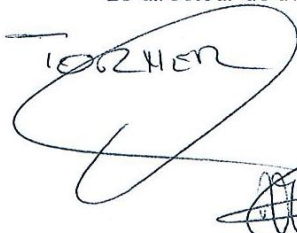
## **CONCLUSION :**

L'escarre est une plaie induite en premier lieu par la pression. Mais en réalité, nous avons pu remarquer au regard des informations relatées dans cette thèse, que l'escarre est bien plus qu'une simple plaie. Invalidantes, nécessitant des soins lourds, coûteux, de longue durée et douloureux, d'une rapidité d'apparition importante, à l'origine de conséquences psychosociales notables et responsables d'une consommation accrue de moyens humains et financiers, les escarres sont à combattre de manière constante et appliquée.

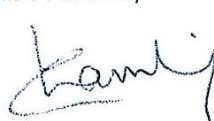
Les professionnels de santé ont les connaissances et les compétences requises pour lutter contre la genèse des escarres. Au contraire des patients concernés et de leur entourage, qui de manière générale manquent d'informations tant sur des données générales, mais d'une façon plus inquiétante, sur des mesures simples à mettre en place pour assurer une prévention correcte. Les escarres affectent plus de 300 000 personnes chaque année rien qu'en France, c'est donc un fléau d'une envergure colossale auprès duquel il paraît urgent de s'attarder et de mettre en place des actions. C'est pourquoi nous avons été amenés à penser une intervention au domicile de certains de ces patients.

Après une revue de littérature acquise en matière d'escarres et prioritairement en matière de prévention de ces plaies de pression, ce manuscrit a présenté les résultats très satisfaisants de la mise en place d'une intervention pharmaceutique personnalisée au domicile de patients à risque de développer des escarres. Se concluant par des avancées concrètes et positives dans la prise en charge des patients inclus dans l'étude, celle-ci conforte dans l'idée qu'il est primordial que chaque professionnel de santé ait un rôle à jouer, et encourage à poursuivre ce genre d'intervention pour un nombre toujours plus croissant de patients. De plus, cette initiative a permis de montrer la plus-value du pharmacien d'officine, par son rôle d'éducateur de proximité et sa mise à disposition de conseils spécifiques à chaque patient. A l'heure où le métier est discuté par certains, il paraît nécessaire de prouver le rôle essentiel du pharmacien dans la prise en charge globale du patient. Le pharmacien d'officine est un acteur de santé qui est au cœur du plan d'action pour la prévention des escarres, au même titre, que les autres professions médicales et paramédicales qui interviennent auprès des patients. Tous doivent s'unir pour former un cercle dont le patient se place au centre.

Le directeur de thèse,



Le Président,



Vu pour l'autorisation de soutenance,

A Dijon, le 30/10/2018

Le Vice-Doyen,





## **BIBLIOGRAPHIE :**

1. Conférence de consensus de l'ANAES : *Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé*, 2001.  
Document disponible sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). Site consulté le 08/12/2015.
2. KRUGER N., MARQUE M.  
*Dermatologie*, Collection Med-line Editions, 2006, p85-96.
3. [www. soins-infirmiers.com/escarre.php](http://www.soins-infirmiers.com/escarre.php)  
Site consulté le 04/12/2015.
4. MAILLARD H.  
*Réussir l'ECN : dermatologie*, 2<sup>ème</sup> édition. Editions Ellipses, 2012, p12-17.
5. BEDANE C., SENET P., MEAUME S.  
*Complications de l'immobilité de décubitus – Prévention et prise en charge : escarre- Examen Classant National*. Université Louis Pasteur de Strasbourg, Faculté de Médecine. 2002.  
Document disponible sur : [www. chu-rouen.fr/ssf/pathol/escarre.html](http://www.chu-rouen.fr/ssf/pathol/escarre.html). Site consultée le 15/10/2015.
6. CH de Millau : *L'escarre : de la prévention au traitement*.  
Document disponible sur : [www.ch-millau.fr/wp-content/uploads/2015/04/01-L'escarre\\_prevalence.pdf](http://www.ch-millau.fr/wp-content/uploads/2015/04/01-L'escarre_prevalence.pdf). Site consulté le 10/10/2015.
7. Le site de référence de l'escarre : [www.escarre.fr](http://www.escarre.fr).  
En collaboration avec l'association PERSE (Prévention, Education, Recherche, Soins, Escarres)  
Site consulté le 10/09/2015.
8. [www.prevention-escarre.fr](http://www.prevention-escarre.fr) *Stades de l'escarre : l'escarre, une plaie d'évolution grave*  
Site consulté le 17/11/2015.
9. Association Française de Protection et d'Assistance aux Personnes Agées (AFPAP) [www.afpap.org/infoescarres.htm](http://www.afpap.org/infoescarres.htm)  
Site consulté le 08/12/2015.
10. Formation continue Form'UTIP  
*Conseil et accompagnement des séniors*

11. [www.oncologik.fr/index.php/Oncolor:Prévention et prise en charge des escarres](http://www.oncologik.fr/index.php/Oncolor:Prévention_et_prise_en_charge_des_escarres)  
Site consulté le 10/12/2015.
12. Le site des solutions anti-dépendance : [www.pasolo.com](http://www.pasolo.com)  
Site consulté le 10/12/2015.
13. Guide de prévention et traitement des escarres, réalisé par un groupe pluriprofessionnel de soignant de l'Hôpital Saint-Anne  
Document disponible sur :  
[www.clin.chhyeres.fr/IMG/GUIDE DE PREVENTION.doc](http://www.clin.chhyeres.fr/IMG/GUIDE_DE_PREVENTION.doc)  
Site consulté le 7/12/2015.
14. Formation sur le maintien à domicile. « Les formations pratiques » 2010-2011.
15. TRIVALLE C. *Gérontologie préventive : éléments de prévention du vieillissement pathologique*. Editions MASSON
16. Site de vente et de location de matériel médical : [www.equipmedical.com](http://www.equipmedical.com). Site consulté le 10/12/2015.
17. Les aides techniques pour l'utilisation du verticalisateur et du lève-malade :  
[http://www.antalvite.fr/pdf/les\\_aides\\_techniques.pdf](http://www.antalvite.fr/pdf/les_aides_techniques.pdf)  
Site consulté le 11/10/2015.
18. Lève-personnes et sangles : le guide d'évaluation retrouvé sur [www.invacare.fr](http://www.invacare.fr), site consulté le 18/09/2015.
19. Alcura : « *Mon catalogue de prestations et matériels de soins à domicile : pour dépister, conseiller et développer* ».  
Disponible en ligne sur :  
[http://secure.alcura-health.fr/flipbook\\_pro/index.asp#64](http://secure.alcura-health.fr/flipbook_pro/index.asp#64)  
Consulté la dernière fois le 18/04/2016.
20. Arrêté du 30 juin 2015 relatif aux modifications des conditions de prise en charge et de procédures d'inscription des lits médicaux [...]  
Disponible sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
21. Thèse de Marion HOUVAIN, « *Maintien à domicile et personnes âgées* », soutenue publiquement le 29 avril 2010 à Nancy.  
Disponible sur :  
[http://docnum.univlorraine.fr/public/SCDPHA\\_T\\_2010\\_HOUVAIN\\_MARION.pdf](http://docnum.univlorraine.fr/public/SCDPHA_T_2010_HOUVAIN_MARION.pdf)

22. Le bon positionnement en fauteuil roulant de confort en 13 étapes. Disponible sur [www.invacare.fr](http://www.invacare.fr). Consulté le 18/02/2016.
23. LEFORT L., SCHENCKERY J., Le Moniteur des pharmaciens et des laboratoires, *Les escarres*. 11 mai 2002, vol II 2444.
24. Base de données VIDAL pour le SANYRENE®  
Disponible sur <http://eurekasante.vidal.fr/parapharmacie/vidal/produits-vidd6207-SANYRENE.html> Consulté le 28/12/2015.
25. Rapport de la Commission d'Evaluation des Produits et Prestations du 11 janvier 2006, concernant le SANYRENE®  
Disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pp020416.pdf> Consulté le 28/12/2015.
26. MEAUME S., COLIN D., BARROIS B., *Preventing the occurrence of pressure ulceration in hospitalised elderly patients*.  
Journal of Wound Care 2005, vol 14, n°2 :74-82
27. « *Escarre, Comment l'éviter ?* » Brochure réalisée par les laboratoires URGO médical.  
Disponible sur <http://www.escarre.fr/vigi-escarre/pdf/vigi-escarre-leaflet-patient.pdf> Consulté le 28/12/2015.
28. L'incontinence urinaire, via le site de la sécurité sociale [www.ameli-sante.fr](http://www.ameli-sante.fr)  
Consulté le 02/01/2016.
29. L'incontinence fécale, d'après la Société Nationale Française de Colo-Proctologie. Document disponible sur [www.snfcp.org](http://www.snfcp.org) Consulté le 02/01/2016.
30. L'incontinence chez l'adulte , d'après l'Association Française de Formation Médicale Continue en Hépatogastro-Entérologie  
Document disponible sur <http://www.fmcgastro.org> Consulté le 03/01/2016.
31. Sphère santé : Le spécialiste des troubles urinaires  
Disponible sur [www.sphere-sante.com](http://www.sphere-sante.com) Consulté le 03/01/2016.
32. Gastroentérologie Clinique et Biologique, vol 24, N°3, mai 2000  
Pages 299-314. Editions Masson.
33. *Protocoles de prévention et de traitement des escarres en EHPAD*, du Docteur Sylvie DEBACQ-CAZOT, pour la validation du DIU de formation à la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD. Année 2007-2008. Université Descartes, Paris.

34. Thèse de JF. CARRAZ et R. MILESI, présentée à la faculté de pharmacie de Grenoble en 2007, *Etude d'un dispositif médical d'aide à la prévention des escarres*.
35. FOUCHER *Techniques de soins*, BEP CSS p36. Edition de 2007.
36. JULIEN C., Le Moniteur des pharmacies, *Incontinences*.  
Cahier conseil, Cahier II n°2617 : p6-7.
37. Catalogue TENA p24-25.
38. CALLANQUIN J., CAMUZEUX C., LABRUDE P. *Le matériel de maintien à domicile, avec cas pratiques et exercices*.  
Abrégés Masson, 4<sup>ème</sup> édition, Paris, 2008 : p 99-100, p 148-149, p 168-180, p 211-217.
39. Rapport de la Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé de novembre 2014, concernant le tampon obturateur anal.  
Disponible sur [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/peristeen\\_obtal\\_18\\_novembre\\_2014\\_4745\\_avis.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/peristeen_obtal_18_novembre_2014_4745_avis.pdf)
40. *Prise en charge de la dénutrition et de la déshydratation*, par Delical nutrition santé. Disponible sur [www.delical.fr](http://www.delical.fr) Consulté le 04/01/2016.
41. M.CAVEY, *La déshydratation en gériatrie vue par un gériatre*.  
Disponible sur <http://michel.cavey-lemoine.net> Consulté le 04/01/2016.
42. La déshydratation via le site de l'Assurance Maladie.  
Disponible sur [www.ameli-sante.fr](http://www.ameli-sante.fr). Consulté le 06/01/2016.
43. HEBUTERNE X., ALIX E., RAYNAUD-SIMON A., VELLAS B. *Traité de nutrition de la personne âgée*.  
Collection Springer, 2009. : p 165-166, 169, 239-246, 259.273, 299.301.
44. FERRY M., ALIX E., BROCKER P., CONSTANS T., LESOURD B., MISCHLICH D., PFITZENMEYER P., *Nutrition de la personne âgée*  
3<sup>ème</sup> édition, Masson, 2007 : p27-30, 11-115.
45. BASDEKIS J-C *L'alimentation des personnes âgées et la prévention de la dénutrition*  
Editions Estem 2004 :p1-143.

46. *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée* disponible sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) Consulté le 06/01/2016.
47. SALLES N., JENN J. *Effect of nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers*, 2012  
Disponible sur [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com). Consulté le 13/01/2016.
48. RAYNAUD SIMON A., REVEL DELHOM C., HASLE M. *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique*, Nutrition Clinique et Métabolisme, 2007. P120-133.
49. BOUTELOUP C. *Traité de nutrition de la personne âgée, Complémentation nutritionnelle orale chez une personne âgée : indications et résultats* Springer, 2008. P239-250.
50. FONTAINE J., RAYNAUD-SIMON A., *Escarres en gériatrie : place de la prise en charge nutritionnelle*, La presse médicale, 2008.
51. Le Moniteur des pharmacies, *Dans la course du maintien à domicile* N°3006, Cahier n°1, Novembre 2013.
52. RAMOUSSE M., *Développez vos marchés : le maintien à domicile* Editions Groupe Liaisons SA, 2001 : p64, 73-75.
53. BAUMANN-THIRIEZ A., Pharma l'info pratique des pharmaciens d'officine, *Le challenge du MAD.*, n°32, mai 2008.
54. TAREX 2016.
55. *Mise au point sur la maintenance des dispositifs médicaux* de novembre 2011, par l'ANSM. Disponible sur [http://ansm.sante.fr/Activites/Maintenance-et-contrôle-qualité-des-DM/Obligation-de-maintenance/\(offset\)/6](http://ansm.sante.fr/Activites/Maintenance-et-contrôle-qualité-des-DM/Obligation-de-maintenance/(offset)/6)  
Consulté le 18/01/2016.
56. Guide de prescription des véhicules pour handicapés physiques, via le site de l'Assurance Maladie. Disponible sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) Consulté le 22/01/2016.
57. *L'APA à domicile*, d'après le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes.  
Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/apa-allocation-personnalisee-d-autonomie/article/apa-a-domicile> Consulté le 22/01/2016.

58. Association d'aide aux personnes incontinentes, [http:// www.aapi.asso.fr](http://www.aapi.asso.fr)  
Page consultée le 22/01/2016.
59. [www.nutricia.fr](http://www.nutricia.fr). Site consulté le 25/01/2016.
60. [www.nestlehealthscience.fr](http://www.nestlehealthscience.fr). Site consulté le 25/01/2016.
61. [www.fresenius-kabi.fr](http://www.fresenius-kabi.fr) Site consulté le 25/01/2016.
62. [www.delical.fr](http://www.delical.fr) site consulté le 25/01/2016.
63. HEBUTERNE X and al. *Effets des compléments nutritionnels oraux sur le taux d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation* : Revue systématique de la littérature et Méta-analyse, Nutrition Clinique et Métabolisme, 2011.
64. FRIAS SORIANO and al. *The effectiveness of oral nutritional supplementation in the healing of pressure ulcers*, 2004.
65. VAN ANHOLT and al. *Specific nutritional support accelerates pressure ulcer and healing and reduces wound care intensity in non-malnourished patients*, 2010.
66. HEYMAN and al. *Benefits of an oral nutritional supplement on pressure ulcer healing in long-terme care residents*, 2008.
67. TAREX – Base LPPR. Disponible sur <http://www.tarex.fr/index.php?inc=dec>.  
Dernière consultation en mars 2016.
68. VIDAL – Base de données en ligne. Dernière consultation en mars 2016.
69. JOUBLIN H., *Le proche de la personne malade dans l'univers des soins : Enjeux éthiques de proximologie*, 2010, Editions Eres.
70. JOUBLIN H., avec les contributions de BUNGENER M., CAUSSE D., DAVIN B., DUPUY O., FANTINO B., HIRSCH E., LE GRAND-SEBILLE C., MAY-LEVIN F., MOLINIE E., PARAPONARIS A., PUJOL H., TONIUTTI E., VERGER P., *Proximologie : Regards croisés sur l'entourage des personnes malades, dépendantes ou handicapées*, 2006, Editions Flammarion, Paris.



71. *Le congé de solidarité familiale*, via le site de l'Assurance Maladie.  
Disponible sur <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-un-proche-en-fin-de-vie/le-conge-de-solidarite-familiale.php> Consulté le 09/02/2016
72. *Aider un parent malade*, d'après <http://vosdroits.service-public.fr>
73. *La loi d'adaptation de la société au vieillissement*, Document disponible sur :<http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-un-proche-en-fin-de-vie/le-conge-de-solidarite-familiale.php> Consulté le 09/02/2016.
74. La 19<sup>ème</sup> Journée Nationale de l'Hospitalisation à domicile : « A l'aide : quels soutiens pour les aidants ? ». Disponible sur [www.fnehad.fr](http://www.fnehad.fr). Consulté le 16/02/2016.
75. Revue Prescrire, *Prévenir les ulcères cutanés dus à la pression chez le patient à domicile*, Juin 2003, tome 23, N°240. P438-445.
76. Revue Prescrire – Infos patients, *Bien choisir un matériel anti-escarre*, Mars 2015. D'après la revue Prescrire, *Choix d'un support anti-escarre : matelas et coussins en mousse pour réduire le risque d'ulcère cutané dû à la pression*, 2012, tome 32, N°343, p369-371.
77. MC INNES E. et coll., *Support surfaces for pressure ulcer prevention*. Dans The Cochrane Library, 2010.
78. *Complications de l'immobilité et du décubitus : prévention, prise en charge et conduite à tenir*. Item50. D'après Cofemer, 21 septembre 2009.
79. FOUCHER N., *Les escarres chez la personne âgée*, Dossier soins gériatrie, 2013, Elsevier Masson SAS. Disponible sur <http://dx.doi.org/10.1016/j.sger.2013.03.004>
80. PRADERE C., DELILIS-FANIEN A., SEITE F., PRINER M., PACCALIN M., *L'escarre du talon et l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs chez le sujet âgé*, La revue francophone de gériatrie et de gérontologie, 2010.
81. Revue Prescrire, *Prévention des ulcères cutanés dus à la pression : le corpitolinol 60, SANYRENE® est-il efficace ?*, Avril 2006, Tome 26, N°271.
82. CHOU R., BOUGATSOS C., STARMER A., REITEL K. *Escarre : évaluation et prévention des risques*. By Agence for Healthcare Research and Quality.

83. Revue Prescrire, *Quel intérêt à la supplémentation des personnes âgées dénutries ?*, Février 2008, tome 28, N°292, page 127.
84. Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, soutenue par A. VEYSSEYRE à Créteil en 2001 : *Les escarres en gériatrie : étude des connaissances du personnel soignant en matière de prévention des escarres.*
85. Kosiak M. *Etiology of decubitus ulcers.* Arch. Phys. Med. Rehabil. 1961 ; 42-19-29.
86. Goldstein B., Sanders J., *Skin response to repetitive mechanical stress : a new experimental model in pig.* Arch. Phys. Med. Rehabil. 1998 ; 79 :265-272
87. Berlowitz DR., Brandeis GH, Anderson J., Brand H, *Predictors of pressure ulcer healing among long-term care residents,* 1997 ; 45 :30-34.
88. SARL Inspiral, [www.inspiral.fr](http://www.inspiral.fr)

## TABLE DES FIGURES :

<b>Figure n°1</b> : Les étapes de formation d'une escarre	8
<b>Figure n°2</b> : Aspect clinique des différents stades évolutifs de l'escarre	9
<b>Figure n°3</b> : Anatomie de la peau	12
<b>Figure n°4</b> : Corrélation temps/intensité de pression	13
<b>Figure n°5</b> : L'hypoxie tissulaire dans la formation de l'escarre	13
<b>Figure n°6</b> : Localisations préférentielles en position assise	15
<b>Figure n°7</b> : Localisations préférentielles en position couchée	15
<b>Figure n°8</b> : Une surveillance accrue de tous les patients est primordiale	20
<b>Figure n°9</b> : Récapitulatif des risques en fonction des échelles	26
<b>Figure n°10</b> : Le décubitus dorsal non strict	34
<b>Figure n°11</b> : Le décubitus latéral à 30°	35
<b>Figure n°12</b> : La position assise droite	35
<b>Figure n°13</b> : La position semi-assise avec buste relevé à 30°	36
<b>Figure n°14</b> : La position dorsale stricte	36
<b>Figure n°15</b> : Le décubitus latéral strict	36
<b>Figure n°16</b> : Le décubitus ventral	37
<b>Figure n°17</b> : Verticalisateur	39
<b>Figure n°18</b> : Les différentes étapes de l'utilisation d'un verticalisateur	40
<b>Figure n°19</b> : Sangle sous-axillaire	41
<b>Figure n°20</b> : Sangle sous-axillaire avec partie sous-cuisses	41
<b>Figure n°21</b> : Description d'un lève-malade	42
<b>Figure n°22</b> : La sangle universelle standard	43
<b>Figure n°23</b> : La sangle universelle standard avec têtière	43
<b>Figure n°24</b> : La sangle universelle dossier bas	44
<b>Figure n°25</b> : La sangle toilette	44
<b>Figure n°26</b> : La sangle pour amputés	44
<b>Figure n°27</b> : La sangle Easy-fit	45
<b>Figure n°28</b> : Fonctionnement d'un soulève-malade	45
<b>Figure n°29</b> : Matelas gaufré un bloc	49
<b>Figure n°30</b> : Matelas gaufré trois blocs	49
<b>Figure n°31</b> : Surmatelas à air à pression alternée	50
<b>Figure n°32</b> : Fonctionnement d'un matelas à pression alternée	50
<b>Figure n°33</b> : Matelas à eau	51
<b>Figure n°34</b> : Surmatelas à air statique	52
<b>Figure n°35</b> : Fonctionnement d'un matelas à pression constante	52
<b>Figure n°36</b> : Matelas à mémoire de forme	54
<b>Figure n°37</b> : Principe de la mémoire de forme	54
<b>Figure n°38</b> : Matelas pneumatique à cellules télescopiques	55
<b>Figure n°39</b> : Matelas en mousse multistratée	56
<b>Figure n°40</b> : Trois tailles d'arceaux de lit	57
<b>Figure n°41</b> : Pied à serum sur roulettes	57
<b>Figure n°42</b> : Appui-dos pour le lit	58
<b>Figure n°43</b> : Talonnière	61
<b>Figure n°44</b> : Protège-talons en peau de mouton	61
<b>Figure n°45</b> : Anneau de surélévation	61
<b>Figure n°46</b> : Description d'un fauteuil roulant	63
<b>Figure n°47</b> : Le coussin en mousse monobloc	65
<b>Figure n°48</b> : Le coussin à eau	65
<b>Figure n°49</b> : Le coussin en gel simple	66
<b>Figure n°50</b> : Le coussin en gel et en mousse	66

<b><u>Figure n°51</u></b> : Le coussin à cellules pneumatiques	67
<b><u>Figure n°52</u></b> : Le coussin à mémoire de forme	67
<b><u>Figure n°53</u></b> : Le coussin à mémoire de forme avec butée pelvienne	67
<b><u>Figure n°54</u></b> : Le pack thérapeutique pour fauteuil roulant	68
<b><u>Figure n°55</u></b> : Appareil urinaire schématique	73
<b><u>Figure n°56</u></b> : Schéma de la vessie	73
<b><u>Figure n°57</u></b> : L'appareil digestif	75
<b><u>Figure n°58</u></b> : Positionnement d'une bandelette sous-urétrale	81
<b><u>Figure n°59</u></b> : Les ballons ACT péri-urétraux	82
<b><u>Figure n°60</u></b> : Protection anatomique type coquille	85
<b><u>Figure n°61</u></b> : Protections anatomiques pour incontinences	86
<b><u>Figure n°62</u></b> : Change complet pour incontinence	86
<b><u>Figure n°63</u></b> : Chaise garde-robe	88
<b><u>Figure n°64</u></b> : Urinal avec système anti-reflux	88
<b><u>Figure n°65</u></b> : Verre avec bec verseur	94
<b><u>Figure n°66</u></b> : Verre avec double poignée de préhension	94
<b><u>Figure n°67</u></b> : La spirale de la dénutrition chez les personnes âgées	103
<b><u>Figure n°68</u></b> : Prise en charge de la dénutrition	105
<b><u>Figure n°69</u></b> : Couverts ergonomiques courbés	107
<b><u>Figure n°70</u></b> : Règles de prescription des CNO	108
<b><u>Figure n°71</u></b> : Les différents types de sondes pour nutrition entérale	111
<b><u>Figure n°72</u></b> : Les facteurs de risque d'escarres selon les médecins	134
<b><u>Figure n°73</u></b> : Les patients sont-ils conscients du risque d'escarres ?	135
<b><u>Figure n°74</u></b> : Conseils de prévention donnés aux patients par les médecins	136
<b><u>Figure n°75</u></b> : Les escarres sont-elles un frein au maintien à domicile ?	137
<b><u>Figure n°76</u></b> : Rôles du pharmacien d'officine dans la prévention	137
<b><u>Figure n°77</u></b> : Les patients ont-ils des connaissances sur les escarres ?	139
<b><u>Figure n°78</u></b> : Le pharmacien a-t-il un rôle à jouer, d'après les infirmiers ?	140
<b><u>Figure n°79</u></b> : Selon les infirmiers, les escarres sont-elles un frein au MAD ?	140
<b><u>Figure n°80</u></b> : Quels actes de prévention réalisent les infirmiers ?	141

## **TABLE DES TABLEAUX :**

<b><u>Tableau n°I</u></b> : Echelle de Braden	21
<b><u>Tableau n°II</u></b> : Echelle de Norton	22
<b><u>Tableau n°III</u></b> : Echelle de Waterlow	24
<b><u>Tableau n°IV</u></b> : Comparatif entre les différentes échelles anglophones	26
<b><u>Tableau n°V</u></b> : Choix du pansement adapté à l'état de la plaie	31
<b><u>Tableau n°VI</u></b> : Comment choisir le matelas de prévention le mieux adapté aux besoins de son patient ?	48
<b><u>Tableau n°VII</u></b> : Les accessoires de positionnement	60
<b><u>Tableau n°VIII</u></b> : Comment choisir le coussin de prévention le mieux adapté aux besoins de son patient ?	64
<b><u>Tableau n°IX</u></b> : Situations à risque de dénutrition chez les personnes âgées ?	98
<b><u>Tableau n°X</u></b> : Quelques méthodes pour enrichir l'alimentation	106
<b><u>Tableau n°XI</u></b> : Prise en charge nutritionnelle	107
<b><u>Tableau n°XII</u></b> : Test de Brocker	124
<b><u>Tableau n°XIII</u></b> : Conseils pour améliorer la prise alimentaire selon les facteurs limitant rencontrés à l'officine	124

# TABLE DES MATIERES :

## L'OPTIMISATION DE LA PREVENTION AMBULATOIRE DES ULCERES CUTANES DUS A LA PRESSION : ROLES DU PHARMACIEN D'OFFICINE ET IMPACT D'UNE INTERVENTION PERSONNALISEE AUPRES DE PATIENTS A RISQUE

### PARTIE N°1 : LES ULCERES CUTANES DUS A LA PRESSION : LES ESCARRES

<b>I)</b>	<b>Généralités</b>	6
1.	Définition et classification des escarres	6
	A. Définition	6
	B. Classification	7
2.	Epidémiologie	10
3.	Physiopathologie	11
	A. La peau : anatomie et structure	11
	B. La genèse de l'escarre	12
4.	Zones à risque et localisations préférentielles	15
5.	Des facteurs de risque connus	16
	A. Les facteurs extrinsèques ou mécaniques	16
	B. Les facteurs intrinsèques ou cliniques	17
	C. Récapitulatif	19
6.	Des échelles pour identifier les sujets à risque	20
	A. Echelle de Braden	21
	B. Echelle de Norton	22
	C. Echelle de Waterlow	24
	D. Récapitulatif des échelles anglophones	25
	E. Autres échelles	27
7.	Conséquences et complications des escarres	
	A. Conséquences	27
	a. Psychosociales	
	b. Economiques	
	B. Complications	29
8.	Démarche curative	
	A. Traitement de la plaie	30
	B. Traitement de la douleur	31
	C. Traitement chirurgical	32
	D. Thérapie adjuvante : la thérapie par pression négative	32
<b>II)</b>	<b>Démarche préventive</b>	33
1.	Mobilisation de la personne	33
	A. Pourquoi	33
	B. Positions à adopter et précautions à prendre	34

C.	Matériel d'aide aux transferts	98
a.	Le verticalisateur	
b.	Le lève-malade	
2.	Décharge des zones d'appui	46
A.	Pourquoi, comment ?	46
B.	Concernant le lit :	48
a.	Les matelas ou sur-matelas	
b.	Les annexes	
c.	Les accessoires de positionnement	
d.	Les protections locales	
C.	Concernant les fauteuils :	62
a.	Bien se positionner sur son fauteuil roulant	
b.	Les coussins	
3.	Effleurage	69
A.	Définition et rôles	69
B.	Quand, comment et avec quoi le réaliser ?	69
4.	Prise en charge des incontinences	72
A.	Définitions	72
B.	Rappels physiologiques et anatomiques	73
a.	Le système urinaire	
b.	Mécanisme de la miction	
c.	Le système digestif	
d.	Mécanisme de la défécation	
C.	Les différents types d'incontinence	76
a.	Urinaire	
b.	Fécale	
D.	Conséquences des incontinences	78
E.	Prise en charge médicale	79
a.	De l'incontinence urinaire	
b.	De l'incontinence fécale	
F.	Les différents types de protections disponibles	84
G.	Les aides matérielles	88
a.	La chaise garde-robe	
b.	L'urinal	
c.	L'appareillage de drainage passif	
d.	L'appareillage de drainage actif	
5.	Lutte contre la déshydratation	91
A.	Définition	91
a.	Régulation de l'eau corporelle	
b.	Etiologies	
c.	Particularités du sujet âgé	
d.	Signes de deshydratation	
B.	Conséquences	94
a.	Générales	
b.	Concernant les escarres	

C. Moyens de lutte	94
a. Prévention	
b. Traitement	
6. Correction des troubles nutritionnels	96
A. Définition de la dénutrition	96
B. Dépistage	96
a. Repérer les signes d'alerte	
b. Cas particulier de la personne âgée	
c. Synthèse	
C. Conséquences	103
a. Générales	
b. Concernant les escarres	
D. Prise en charge	105
a. Générale	
b. Complémentation nutritionnelle orale	
c. Nutrition entérale	
d. Nutrition parentérale	

**PARTIE N°2 : CONSEILS ET RECOMMANDATIONS DE LA PART DU PHARMACIEN DANS LE CADRE DE LA PREVENTION DES ESCARRES**

I)	La place du pharmacien d'officine dans le MAD	115
II)	Installation d'un lit et de son matelas	116
1.	Conditions de prescription et de prise en charge	116
A.	La prescription	116
B.	La prise en charge	117
2.	Agencement du domicile	118
3.	Mesures à respecter avec un lit médicalisé et un matelas anti-escarres	118
4.	Lorsque le matériel n'est plus adapté...	118
III)	Mise à disposition d'un fauteuil roulant et de ses accessoires	119
1.	Conditions de prescription et de prise en charge	119
2.	Mesures à respecter	120
IV)	Trouver la solution adaptée à chaque type d'incontinence	120
1.	Connaitre le sujet et savoir l'aborder avec les patients concernés	120
2.	Mesures préventives de base	121
3.	Adapter la protection au problème rencontré	122
4.	Diriger vers une aide financière	123
5.	Conseiller des aides humaines et sociales	123
V)	Conseiller la complémentation nutritionnelle orale	124
1.	Prévenir et détecter la dénutrition à l'officine	124
2.	Les différents types de CNO	126
3.	Le respect de la prescription	129
4.	La délivrance et les conseils à l'officine	129



**PARTIE N°3 : MISE EN PLACE D'UNE INTERVENTION PERSONNALISEE AU DOMICILE DES PATIENTS A RISQUE**

I)	Evaluation des pratiques professionnelles en EHPAD	131
	1. Objectif et déroulement de l'étude	131
	2. Résultats et discussion	133
II)	Le rôle du pharmacien d'officine vu par les autres professionnels de santé	134
	1. Démarche	134
	2. Résultats	135
	A. Pour les médecins généralistes	
	B. Pour les infirmiers/infirmières	
	3. Conclusion	143
III)	Intervention personnalisée au domicile des patients à risque	144
	1. Population cible et objectifs de l'intervention	144
	2. Déroulement de l'intervention	144
	3. Résultats et discussion	146
IV)	Mise à disposition d'informations pour l'entourage	153
	1. Quel rôle ?	153
	2. Quels droits ?	155

## **ANNEXES :**

- **Annexe n°1** : Echelle colorielle « Red, Yellow, Black »
- **Annexe n°2** : Echelle de Braden développée, d'après [1]
- **Annexe n°3** : Les échelles francophones
- **Annexe n°4** : Les différents coussins de positionnement existants
- **Annexe n°5** : Rapport de la Commission d'Evaluation des Produits et Prestations, du 11 janvier 2006, concernant le SANYRENE®.
- **Annexe n°6** : Le questionnaire de Payette ou DNA (Dépistage Nutritionnel des Aînés)
- **Annexe n°7** : Le MNA (Mini Nutritional Assessment)
- **Annexe n°8** : Avis de projet de modification des modalités d'inscription des lits médicaux inscrits au chapitre 2 du titre Ier de la liste prévue à l'article L165-1 du Code de la Sécurité Sociale.
- **Annexe n°9** : Livret d'utilisation présente conjointement avec un coussin de prévention des escarres en mousse viscoélastique
- **Annexe n°10** : Les compléments nutritionnels oraux selon leurs indications spécifiques
- **Annexe n°11** : Quelques recettes élaborées par les laboratoires disposant des compléments nutritionnels oraux
- **Annexe n°12** : Fiches conseil à distribuer aux patients, concernant l'usage des compléments nutritionnels oraux. Exemple de deux laboratoires.
- **Annexe n°13** : Questionnaire élaboré en vue de la réalisation de l'évaluation des pratiques professionnelles
- **Annexe n°14** : Questionnaire distribué aux médecins généralistes et aux infirmiers libéraux dans le un but préparatoire de l'intervention pharmaceutique pour la prévention des escarres au domicile des patients à risque d'escarres.
- **Annexe n°15** : Support patient pour l'intervention pharmaceutique à domicile
- **Annexe n°16** : Brochure distribuée aux patients après l'intervention pharmaceutique orale

Annexe n°1 : Echelle colorielle « Red, Yellow, Black »



Couleur noire pour le tissu nécrotique : Nécrose sèche ou humide, peau noire cartonnée et luisante. C'est le stade le plus péjoratif de l'évolution.



Couleur jaune pour le tissu fibrineux : La plaie est recouverte d'un tissu jaune, adhérent et souvent humide.



Couleur rouge pour une plaie en bourgeonnement avec la présence de tissu de granulation.

Le soignant prenant en charge l'escarre sera invité à déterminer le pourcentage respectif des tissus en fonction de leur couleur et des caractéristiques citées ci-dessus. Réalisée à intervalles réguliers, cette échelle colorielle permet de suivre l'évolution de la plaie et sa résolution éventuelle ou au contraire son évolution défavorable. A noter qu'une augmentation significative du pourcentage de tissus de couleur noire ne sera pas signe d'une balance positive.

Annexe n°2 : Echelle de Braden développée, d'après [1]

<p><b><u>Perception sensorielle</u></b> : capacité à répondre de manière adaptée à l'inconfort d'une position</p>	<p><b>1 : Complètement limité</b> : aucune réaction à la douleur, due à une diminution de la conscience ou due aux sédatifs.</p>	<p><b>2 : Très limité</b> : Répond seulement à la douleur. Communique son inconfort par plaintes ou agitation.</p>	<p><b>3 : Légèrement diminué</b> : Répond aux commandes verbales, mais ne pas communiquer son inconfort ou son besoin d'être tourné.</p>	<p><b>4 : Aucune diminution</b> : Répond aux commandes verbales. N'a aucun déficit sensoriel qui limite sa capacité à sentir et à exprimer sa douleur ou son inconfort.</p>
<p><b><u>Humidité</u></b> : degré d'humidité auquel est exposée la peau</p>	<p><b>1 : Constamment mouillé</b> : La peau est continuellement en contact avec transpiration, urine...</p>	<p><b>2 : Humide</b> : la peau est souvent humide. La literie nécessite d'être changée au moins une fois par équipe.</p>	<p><b>3 : Humidité occasionnelle</b> : La peau est occasionnellement humide. Changement de la literie une fois par jour.</p>	<p><b>4 : Rarement humide</b> : La peau est généralement sèche. Changement de la literie selon les habitudes.</p>
<p><b><u>Activité</u></b> : Degré d'activité physique</p>	<p><b>1 : Alité</b> : Confiné au lit</p>	<p><b>2 : Au fauteuil</b> : Capacité à marcher très limitée ou inexistante. Doit être aidé au fauteuil ou fauteuil roulant.</p>	<p><b>3 : Marche occasionnelle</b> : Durant la journée ou sur de courtes distances. Passe la grande majorité du temps au lit ou fauteuil.</p>	<p><b>4 : Marche fréquente</b> : Marche en dehors de sa chambre au moins 2 fois par jour et au moins toutes les 2h dans sa chambre.</p>
<p><b><u>Mobilité</u></b> : Capacité à changer et à contrôler la position du corps</p>	<p><b>1 : Complètement immobile</b></p>	<p><b>2 : Très limité</b> : Effectue parfois de légers changements de position de corps mais incapacités à effectuer changements de positions.</p>	<p><b>3 : Légèrement limité</b> : Effectue seul de fréquents petits changements de position du corps et de ses extrémités.</p>	<p><b>4 : Aucune limitation</b> : Effectue des changements de position majeurs et fréquents sans aide.</p>
<p><b><u>Nutrition</u></b> : Habitudes alimentaires</p>	<p><b>1 : Très pauvre</b> : Ne mange jamais un repas complet, mange 2 rations de prot. Ou moins par jour, ne prend pas de CNO liquides. Ou est à jeun, hydraté IV depuis &gt;5jours.</p>	<p><b>2 : Probablement inadéquate</b> : Mange rarement un repas complet et en général seulement moitié des aliments proposés. Prend parfois un CNO.</p>	<p><b>3 : Adéquate</b> : Mange plus de la moitié des repas et 4 rations de protéines par jour. Refuse occasionnellement un repas, mais prend un CNO s'il est proposé. Apport par sonde ou NP adéquate.</p>	<p><b>4 : Excellente</b> : Mange presque la totalité de chaque repas. Ne refuse jamais un repas. Prend habituellement au moins 4 rations de viande ou de produits laitiers par jour. Mange parfois entre les repas. Ne requiert pas de CNO</p>
<p><b><u>Friction et cisaillement</u></b></p>	<p><b>1 : Problème</b> : requiert une assistance modérée ou complète pour se mobiliser. Se relever dans le lit sans glisser sur les draps est impossible. Glisse fréquemment sur fauteuil ou lit.</p>	<p><b>2 : Problème potentiel</b> : Se mobilise difficilement ou requiert aide.</p>	<p><b>3 : Aucun problème apparent</b> : Se mobilise seul avec assez de force musculaire pour se soulever complètement pendant le transfert.</p>	

Annexe n°3 : Les échelles francophones

• Echelle des Peupliers :

NOTE	ETAT GENERAL	ETAT NUTRITIONNEL	ETAT PSYCHIQUE	CAPACITE DE MOBILISATION	INCONTINENCE	ETAT CUTANE
0	<b>BON</b> Pas de pathologie à haut risque	<b>BON</b> Apports nutritionnels et liquidiens suffisants	<b>BON</b> Participe aux activités de la vie quotidienne. Accepte sa maladie	<b>INDÉPENDANT</b> Marche seul (avec ou sans déambulateur ou canne). Se lève seul. Se mobilise seul dans son lit.	<b>INDÉPENDANT</b> Continent ou appareillé.	<b>BON</b>
1	<b>MOYEN</b> Pathologie à haut risque ou cachexie ou obésité.	<b>MOYEN ou LIMITE</b> Apport : - nutritionnel limité en calorie, en protéines - liquidien limité (<1l/24h)	<b>MOYEN</b> Déprimé, non motivé. Besoin de stimulation pour les activités de la vie quotidienne.	<b>SEMI-DÉPENDANT</b> Assistance pour la marche et les activités de la vie quotidienne.	<b>INCONTINENCE IRREGULIERE</b> Moins d'une fois par jour.	<b>DESHYDRATATION CUTANE</b> Peau vieillissante.
2	<b>MAUVAIS</b> Soit pathologie neurologique : perte de la sensibilité, soit association de pathologie à risque.	<b>MAUVAIS</b> Apport nutritionnel insuffisant (malgré une compensation). Alimentation parentérale.	<b>MAUVAIS</b> Confus ou agité (doit être totalement surveillé pour participer aux activités de la vie quotidienne)	<b>DÉPENDANT</b> Mobilisation du lit au fauteuil avec ou sans aide. Ne peut être qu'au lit ou au fauteuil.	<b>INCONTINENCE URINAIRE</b>	<b>PEAU QUI MARQUE A LA PRESSION</b>
3	<b>TRES MAUVAIS</b> Soit pathologie neurologique : perte sensibilité et motricité. Soit stade terminal.	<b>TRES MAUVAIS</b> Ne se nourrit plus. Alimentation palliative.	<b>TRES MAUVAIS</b> Semi- conscient, coma. Etat léthargique.	<b>ALITE</b> Ne quitte pas le lit plus d'une heure par jour. Ne bouge pas.	<b>INCONTINENCE URINAIRE ET FECALE</b>	<b>DOULEUR AUX POINTS D'APPUI</b>

- Echelle d'Angers

#### **ECHELLE D'ANGERS**

##### **1. Capacités Locomotrices.**

1. Ambulant (marche sans aide)
2. Marche facilement avec aide technique (cannes, déambulateur...)
3. Assis au fauteuil.
4. Totalement alité.

##### **2. Mobilité- Capacité de mouvoir ses membres- Spasticité.**

1. Totale.
2. Diminuée. Impossibilité de mouvoir un ou deux membres (plâtre, paralysie, perfusion, drainage...), ou présence de spasticité modérée.
3. Très limitée : ne peut plus se retourner seul dans son lit, ou présence de spasticité modérée.
4. Immobilité totale.

##### **3. Incontinence.**

1. Aucune : le patient porteur d'une sonde n'est pas considéré comme incontinent.
2. Parfois : si utilisation d'un étui pénien et absence d'incontinence fécale, coter 2.
3. Urinaire ou fécale.
4. Urinaire et fécale.

##### **4. Facteurs de risque intrinsèque.**

1. Aucun facteur de risque.
2. Un facteur de risque.
3. Deux facteurs de risque.
4. Plus de deux facteurs de risque.

Facteurs de risque : Vasculaire : tabac, diabète, artérite, HTA, insuffisance cardiaque, anémie ; Pulmonaire : pneumonie, bronchite chronique, encombrement pulmonaire ; Neurologique : troubles de la sensibilité superficielle ou profonde ; Facteurs généraux : néoplasie, métastases, fièvre, infection ; Facteurs iatrogènes : traitements par anti-inflammatoires non stéroïdiens ou corticoïdes. Chaque élément correspond à un risque s'il y en a plus de trois, se contenter d'un score de 4.

13. Etat critique : collapsus cardio-vasculaire prolongé au-delà de 2 heures (TA syst. <60 mmHg).

##### **5. Etat Nutritionnel.**

1. Bon : pas de signe de dénutrition. Mange normalement ou compense de façon adéquate.
2. Moyen : pas de signe de dénutrition, mais apports insuffisants. Déshydratation modérée.
3. Mauvais : signes de dénutrition et impossibilité technique et physique de fournir un apport suffisant. Déshydratation moyenne. Maigreur importante. Albumine pondérale <30 g/l.
13. Très mauvais : albumine pondérale <20 g/l.









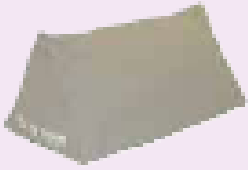

##### **6. Etat mental.**

1. Lucide.
2. Apathique : ralentissement cérébral.
3. Confus : perturbé, désorientation temporo-spatiale.
4. Inconscient.

##### **7. Age.**

0. Moins de 60 ans.
1. 60 à 69 ans.
2. 70 à 79 ans.
3. 80 à 89 ans.
4. 90 et plus.

Annexe n°4 : Les divers coussins de positionnement existants

MISE EN SITUATION	POSITIONNEMENT ET MATÉRIEL ADÉQUAT POUR SOULAGER LES PRINCIPALES ZONES À RISQUE	
1	 <p>A0133776</p>	<p><b>COUSSIN UNIVERSEL</b> (Mesures : 65 x 48 cm)</p> <p>En position allongée, il permet la mise en flexion des genoux et un positionnement en abduction modérée des hanches.</p>
2	 <p>A0133777</p>	<p><b>COUSSIN DEMI-LUNE</b> (Mesures : 300 x 30 cm)</p> <p>En position allée ou semi-lowler, il cale et maintient parfaitement le dos du patient. Utilisé au fauteuil, il procure au patient un calage des appuis dorsaux ainsi qu'un positionnement optimisé des membres supérieurs.</p>
3	 <p>A0133778</p>	<p><b>COUSSIN DE DÉCUBITUS LATÉRAL</b> (Mesures : 185 x 35 cm)</p> <p>Cousin polyvalent, il maintient confortablement le patient aussi bien au niveau des épaules, du dos, des hanches que des genoux lors d'un positionnement en décubitus latéral. De plus, il limite les phénomènes de friction et de cisaillement.</p>
4	 <p>A0133780</p>	<p><b>COUSSIN DE DÉCHARGE DES TALONS</b> (Mesures : 45 x 25 cm)</p> <p>Grâce à une sangle fixée au pied du matelas, il assure une décharge totale du talon et maintient confortablement la position des chevilles.</p>
5	 <p>A0133781</p>	<p><b>COUSSIN D'ABDUCTION</b> (Mesures : 35 x 13 x 30 x 15 cm)</p> <p>Il se place à l'entre-jambes du patient en position allongée pour une mise en abduction des hanches et pour stabiliser les jambes en position écartée limitant ainsi les phénomènes de friction et de cisaillement entre les cuisses, les genoux et les mollets.</p>
6	 <p>A0133782</p>	<p><b>COUSSIN CYLINDRIQUE</b> (Mesures : 75 x 18 cm)</p> <p>Placé entre les jambes, il évite les phénomènes de friction et de cisaillement au niveau des cuisses et des genoux. Il peut également être utilisé sous les chevilles pour assurer une décharge talonnière.</p>
7	 <p>A0134026</p>	<p><b>COUSSIN DEMI-BOUÉE</b> (Mesures : 100 x 33 cm)</p> <p>Associé au coussin cylindrique, la combinaison évite les phénomènes de friction à l'entre-jambes, au niveau des genoux, des cuisses et assure une mise en abduction des hanches. Il peut aussi être utilisé autour du cou.</p>
8	 <p>A0133775</p>	<p><b>COUSSIN BOUÉE</b> (Mesures : 100 x 38 cm)</p> <p>Utilisé en complément des coussins universels, triangulaires ou cylindriques, pour venir en appui de leur correction de positionnement. Utilisé comme collier de décharge, il permet un soulagement des appuis de la zone cervicale.</p>
	 <p>A0133779</p>	<p><b>COUSSIN TRIANGULAIRE</b> (Mesures : 50 x 30 x 28 cm)</p> <p>Il s'adapte parfaitement à l'ensemble des morphologies. Placé sous les genoux, il assure un maintien au repos de l'articulation et réduit considérablement le phénomène de glissement vers l'avant pour prévenir des effets de friction et de cisaillement au niveau du sacrum. En position semi-lowler, il décharge les zones à risque (sacrum, ischiens, talons) en transférant les pressions vers les zones à moindre risque (mollets, cuisses, dos).</p>
	 <p>A0134080</p>	<p><b>COUSSIN DE DÉCHARGE OCCIPITALE</b> (Mesures : 50 x 40 x 8 cm)</p> <p>Outre un positionnement stabilisé, la décharge centrale du coussin entraîne une diminution effective des pressions de la zone occipitale. La combinaison de la mousse viscoélastique et de la fibre longue permet un allègement régulier des zones en contact.</p>



COMMISSION D'EVALUATION DES PRODUITS ET PRESTATIONS

AVIS DE LA COMMISSION

11 janvier 2006

<b>CONCLUSIONS</b>	
Nom :	<b>SANYRENE</b> (Corpitollinol 60), huile pour effleurage
Modèles et références :	Ceux proposés par le demandeur (cf. page 2)
Fabricant :	<b>Laboratoires URGO</b>
Demandeur :	<b>Laboratoires URGO</b>
Indications :	<ul style="list-style-type: none"><li>- Traitement préventif de l'escarre du bassin chez la personne âgée à risque, en association aux mesures classiques de prévention</li></ul>
Données disponibles :	Etudes : Une étude épidémiologique observationnelle prospective multicentrique évalue l'incidence des escarres en fonction des moyens de prévention mis en œuvre, dont l'utilisation de topiques et du Corpitollinol, sur une durée de 8 semaines.
Service Attendu (SA) :	<b>Inadéquation</b> Les données fournies ne permettent pas d'établir l'intérêt de SANYRENE dans la prévention de l'escarre du bassin chez la personne âgée à risque en association aux mesures classiques de prévention : <ul style="list-style-type: none"><li>- la place des topiques dans une stratégie globale de prévention n'est pas démontrée</li><li>- la méthodologie de l'étude GIPPS ne permet pas de démontrer le lien de causalité entre l'utilisation de SANYRENE et la survenue des escarres ; cette étude ne permet pas d'établir l'efficacité thérapeutique de SANYRENE</li></ul>



## ARGUMENTAIRE

### Nature de la demande

Demande d'inscription sur la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L 165-1 du code de la Sécurité Sociale.

▪ **Modèles et références**

Sanyrène (corpitollinol 60), huile composée de glycérides hyperoxygénés d'acides gras essentiels dont l'acide linoléique à 60%.

▪ **Conditionnement**

Flacon pulvérisateur de 30 ml (soit 300 applications).

▪ **Applications**

La demande d'inscription concerne l'indication suivante :

- traitement préventif de l'escarre du bassin chez la personne âgée à risque en association aux mesures classiques de prévention.

### Historique du remboursement

Première demande d'inscription.

### Caractéristiques du produit

▪ **Marquage CE**

Classe I, déclaration CE de conformité par le fabricant.

▪ **Description**

Huile composée :

- de glycérides hyperoxygénés d'acides gras essentiels (acide linoléique et linoléique),
- de phytostérols et tocophérols (vitamine E)
- parfum anis.

▪ **Fonctions assurées**

Revendication d'une action bénéfique sur la pression d'oxygène transcutanée de la région sacrée, d'amélioration du temps de renouvellement cellulaire, de la fermeté cutanée et de l'hydratation cutanée.

▪ **Acte associé**

Sans objet

## Service Attendu

### 1. Intérêt du produit

#### 1.1 Analyse des données : évaluation de l'effet thérapeutique / effets indésirables, risques liés à l'utilisation

Le dossier médico-technique repose sur une étude épidémiologique, observationnelle, multicentrique, non randomisée (étude GIPPS)<sup>1</sup> évaluant l'incidence des escarres et l'influence des facteurs de risque et des moyens de prévention utilisés.

Cette étude inclut un total de 1 121 patients, avec une durée de suivi de 8 semaines. L'incidence de survenue d'une escarre est évaluée selon la classification NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel).

Trois groupes sont constitués, après observation, en fonction de l'utilisation ou non de topiques : un groupe corpitolnoi 60, un groupe aucun topique et un groupe autres topiques (émollients et protecteurs cutanés).

L'incidence de l'escarre rapportée est de 15,7% (10,6% d'escarres sacrées, 7,1% d'escarres de talon et 2% d'escarres mixte). Le risque d'escarre (très haut risque versus haut risque), l'existence d'une incontinence mixte et la supplémentation nutritionnelle sont des facteurs influençant significativement la fréquence de survenue d'escarres. L'utilisation du corpitolnoi 60 versus aucun topique ou autres topiques diminue significativement la survenue des escarres sacrées.

L'analyse multivariée montre qu'aucun facteur seul n'a d'influence significative sur la survenue d'escarres et que seul le facteur corpitolnoi 60 a une influence significative sur la survenue d'escarres sacrées.

La méthodologie de cette étude, suivant un plan quasi-expérimental, est adaptée à l'analyse de facteurs pronostiques. Cependant seule la randomisation permettrait de s'affranchir totalement des facteurs de confusion et de tirer des conclusions en terme de causalité entre l'utilisation de SANYRENE et la survenue des escarres.

Outre l'absence de randomisation, un problème de comparabilité des groupes rend difficile l'interprétation des résultats en ce qui concerne l'intérêt d'utilisation des topiques et du corpitolnoi 60 en particulier. De plus l'absence de standardisation des échelles d'évaluation du risque d'escarres, des stratégies et des protocoles de prévention mis en place dans chaque centre limitent la validité de l'étude.

Une analyse a posteriori des données de l'étude GIPPS porte sur les seuls centres n'utilisant aucun topique versus les centres utilisant toujours SANYRENE. Cette analyse n'est pas de nature à modifier les conclusions concernant l'étude GIPPS.

***Au total, la méthodologie de l'étude GIPPS ne permet pas de démontrer le lien de causalité entre l'utilisation de SANYRENE et la survenue des escarres ; ainsi cette étude ne permet pas d'établir l'efficacité thérapeutique de SANYRENE.***

#### 1.2 Place dans la stratégie thérapeutique

La prévention de l'escarre exige une approche globale. D'après la conférence de consensus de 2001<sup>2</sup>, la prévention est primordiale pour réduire l'incidence des escarres. Elle est l'objet de recommandations en Europe depuis 1999. Les mesures générales de prévention s'appliquent à tout patient dont l'état cutané est intact mais estimé à risque.

Ces mesures de prévention font appel à :

- l'identification des facteurs de risque
- la diminution de la pression afin d'éviter les appuis prolongés

- l'utilisation de supports de prévention
- l'observation de l'état cutané
- le maintien de l'hygiène de la peau
- l'évaluation de l'état nutritionnel
- la participation du patient et de son entourage à la prévention des escarres
- la continuité des soins à travers une transcription des facteurs de risque, des mesures de prévention et de l'observation de l'état cutané dans le dossier du patient.

L'utilisation de produits topiques dans la prévention des escarres ne fait pas partie des mesures de prévention recommandées par l'ANAES <sup>2</sup>.

*L'efficacité thérapeutique de SANYRENE n'étant pas démontrée, il n'est pas possible d'établir la place de SANYRENE dans la stratégie globale de prévention des escarres.*

*Au total, les données fournies ne permettent pas d'établir l'intérêt thérapeutique de SANYRENE dans la prévention de l'escarre du bassin chez la personne âgée à risque, en association aux mesures classiques de prévention.*

## 2. Intérêt de santé publique attendu

### 2.1 Gravité de la pathologie

Les escarres sont à l'origine d'un handicap et d'une dégradation de la qualité de vie. Elles peuvent engager le pronostic vital.

### 2.2 Epidémiologie de la pathologie

L'escarre est une maladie fréquente dans certaines populations de patients, mais les données épidémiologiques actuelles sont insuffisantes pour évaluer précisément sa prévalence et son incidence en France<sup>2</sup>. Selon les études, la prévalence des escarres varie considérablement en fonction des populations à risque. Certaines extrapolations proposent une prévalence de 300 000 escarres pour l'ensemble de la population française.

Dans la population des personnes de plus de 65 ans, la population à risque d'escarres à domicile n'est pas connue, elle a été extrapolée, d'après les données recueillies en institution <sup>3</sup>, entre 420 000 et 790 000 personnes.

### 2.3 Impact

Au vue des données disponibles, l'intérêt spécifique de SANYRENE pour la santé publique ne peut être établi.

L'intérêt revendiqué n'est pas différent de celui des autres mesures classiques de prévention. Il répond à un besoin déjà couvert.

*Au total, la Commission d'Evaluation des Produits et Prestations estime que le service attendu par SANYRENE est insuffisant pour l'inscription sur la liste des Produits et Prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.*

ANNEXE : DONNEES CLINIQUES

Etude	MEAUME S <sup>1</sup>																																
Objectif	Evaluer l'incidence des escarres en fonction des moyens de prévention mis en oeuvre																																
Dispositif	Corpitolinol, topiques locaux (non précisés)																																
Type d'étude	Etude épidémiologique observationnelle non randomisée prospective, multicentrique																																
Patients	<p>1 121 patients inclus / 1 028 analysés (41 décès, 24 transferts dans un autre service, 14 retours à domicile et 14 retours dans une maison de retraite)                  263 hommes / 858 femmes                  âge moyen : 84,7 ± 8,1 ans                  BMI : 22,6 ± 4,7 Kg/cm<sup>2</sup>                  88,8% présentent des troubles neuro-psychiatriques et 91,6% une incontinence urinaire ou mixte                  65,1% présentent un haut risque d'escarres et 34,9% un très haut risque</p>																																
Suivi	Risque de survenue évalué par échelles de risque non standardisées, documentation des moyens de prévention. Vérification de la survenue d'une escarre hebdomadaire. Durée de suivi 8 semaines.																																
Critères d'évaluation	<p><u>Critères principaux</u> : apparition d'une escarre de décubitus (classification NPUAP), Intérêt de l'utilisation des produits topiques  <u>Critères secondaires</u> : déterminer les facteurs prédictifs de survenue d'escarres et les localisations des escarres</p>																																
Analyse	Incidence de la survenue d'escarres, puis analyse multivariée par régression logistique sur l'ensemble des escarres. Analyse en sous-groupe (bassin et talons).																																
Résultats	<p><b>Utilisation de topiques :</b>                  Utilisation du Corpitolinol (n = 386, 34,5%), autres topiques (émollients ou protecteurs cutanés) (n = 281, 25,1%) et aucun topique (n = 451, 40,4%).  <b>Survenues d'escarres :</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>Fréquence (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Escarre</td> <td></td> <td>NR (15,7%)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Escarre</td> <td>Sacrum</td> <td>NR (10,6%)</td> </tr> <tr> <td>Talon</td> <td>NR (7,1%)</td> </tr> <tr> <td>Double</td> <td>NR (2%)</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Facteurs influents :</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Fréquence (%)</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Très haut risque vs haut risque</td> <td>20,6 vs 13,2</td> <td>&lt; 0.001</td> </tr> <tr> <td>Incontinence mixte</td> <td>17 vs 9,9</td> <td>&lt; 0.02</td> </tr> <tr> <td>Supplémentation nutritionnelle</td> <td>13,5 vs 18,4</td> <td>&lt; 0.04</td> </tr> <tr> <td>Aucun topique vs corpitolinol*</td> <td>18,3 vs 7,3</td> <td>= 0.04</td> </tr> <tr> <td>Autre topique vs corpitolinol*</td> <td>15,8 vs 7,3</td> <td>= 0.04</td> </tr> </tbody> </table> <p>* Taux de survenue d'une escarre sacrée (pas de données sur escarre globale)  <b>Analyse multivariée :</b>  <u>Escarres toutes localisations</u> : aucun facteur seul n'est significatif  <u>Escarres sacrées</u> : Corpitolinol vs aucun topique est significatif (p = 0.04, OR = 0,61).                  Autre Topique versus aucun topique n'est pas significatif. Pas de comparaison Autre topique vs Corpitolinol.</p>				Fréquence (%)	Escarre		NR (15,7%)	Escarre	Sacrum	NR (10,6%)	Talon	NR (7,1%)	Double	NR (2%)		Fréquence (%)	p	Très haut risque vs haut risque	20,6 vs 13,2	< 0.001	Incontinence mixte	17 vs 9,9	< 0.02	Supplémentation nutritionnelle	13,5 vs 18,4	< 0.04	Aucun topique vs corpitolinol*	18,3 vs 7,3	= 0.04	Autre topique vs corpitolinol*	15,8 vs 7,3	= 0.04
		Fréquence (%)																															
Escarre		NR (15,7%)																															
Escarre	Sacrum	NR (10,6%)																															
	Talon	NR (7,1%)																															
	Double	NR (2%)																															
	Fréquence (%)	p																															
Très haut risque vs haut risque	20,6 vs 13,2	< 0.001																															
Incontinence mixte	17 vs 9,9	< 0.02																															
Supplémentation nutritionnelle	13,5 vs 18,4	< 0.04																															
Aucun topique vs corpitolinol*	18,3 vs 7,3	= 0.04																															
Autre topique vs corpitolinol*	15,8 vs 7,3	= 0.04																															

Annexe n°6 : Le questionnaire de Payette ou DNA (Dépistage Nutritionnel des Aînés)

Nom..... adulte.....	Poids.....kg	Taille à l'âge
-------------------------	--------------	----------------

Encercler le chiffre correspondant à l'énoncé qui s'applique à la

La personne est très maigre	oui	2
	non	0
Avez-vous perdu du poids au cours de la dernière année?	oui	1
	non	0
Souffrez-vous d'arthrite assez pour nuire à vos activités	oui	1
	non	0
Même avec vos lunettes, est-ce que votre vue est:	bonne	0
	moyenne	1
	faible	2
Avez-vous bon appétit?	souvent	0
	quelquefois	1
	jamais	2
Avez-vous vécu dernièrement un événement qui vous a beaucoup affecté (ex: maladie personnelle/décès d'un proche)	oui	1
	non	0

La plupart du temps, que prenez vous comme petit déjeuner?

Fruit ou jus de fruit	oui	0
	non	1
Oeuf ou fromage	oui	0
	non	1
Pain ou céréales	oui	0
	non	1
Lait (1 verre ou plus que 1/4 tasse dans le café ou le thé)	oui	0
	non	1
Total.....		

<i>Score ob-</i>	<i>Risque nutritionnel</i>	<i>Recommandations</i>
6-13	élevé	Aide à l'alimentation ET référence à un professionnel en nutrition
3-5	modéré	Surveillance alimentaire constante (s'informer régulièrement de l'alimentation, donner des conseils, des en-
0-2	faible	Vigilance quant à l'apparition d'un facteur de risque (ex : changement de situation, perte de poids)

## Annexe n°7 : Le MNA (Mini Nutritional Assessment)

NESTLÉ NUTRITION SERVICES



# Evaluation de l'état nutritionnel Mini Nutritional Assessment MNA™

Nom:	Prénom:	Sexe:	Date:
Age:	Poids, kg:	Taille en cm:	Hauteur du genou, cm:

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie. Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

**A** Le patient présente-t-il une perte d'appétit?  
A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?  
0 = anorexie sévère  
1 = anorexie modérée  
2 = pas d'anorexie

**B** Perte récente de poids (<3 mois)  
0 = perte de poids > 3 kg  
1 = ne sait pas  
2 = perte de poids entre 1 et 3 kg  
3 = pas de perte de poids

**C** Motricité  
0 = du lit au fauteuil  
1 = autonome à l'intérieur  
2 = sort du domicile

**D** Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?  
0 = oui      2 = non

**E** Problèmes neuropsychologiques  
0 = démence ou dépression sévère  
1 = démence ou dépression modérée  
2 = pas de problème psychologique

**F** Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)<sup>2</sup> en kg/m<sup>2</sup>)  
0 = IMC < 19  
1 = 19 ≤ IMC < 21  
2 = 21 ≤ IMC < 23  
3 = IMC ≥ 23

**Score de dépistage** (sous-total max. 14 points)

12 points ou plus      normal pas besoin de continuer l'évaluation  
11 points ou moins      possibilité de malnutrition – continuez l'évaluation

Evaluation globale

**G** Le patient vit-il de façon indépendante à domicile?  
0 = non      1 = oui

**H** Prend plus de 3 médicaments  
0 = oui      1 = non

**I** Escarres ou plaies cutanées?  
0 = oui      1 = non

**J** Combien de véritables repas le patient prend-il par jour?  
0 = 1 repas  
1 = 2 repas  
2 = 3 repas

**K** Consomme-t-il?  
• Une fois par jour au moins des produits laitiers?      oui  non   
• Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses?      oui  non   
• Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille?      oui  non   
0,0 = si 0 ou 1 oui  
0,5 = si 2 oui  
1,0 = si 3 oui  ,

**L** Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes?  
0 = non      1 = oui

**M** Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...)  
0,0 = moins de 3 verres  
0,5 = de 3 à 5 verres  
1,0 = plus de 5 verres  ,

**N** Manière de se nourrir  
0 = nécessite une assistance  
1 = se nourrit seul avec difficulté  
2 = se nourrit seul sans difficulté

**O** Le patient se considère-t-il bien nourri? (problèmes nutritionnels)  
0 = malnutrition sévère  
1 = ne sait pas ou malnutrition modérée  
2 = pas de problème de nutrition

**P** Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge?  
0,0 = moins bonne  
0,5 = ne sait pas  
1,0 = aussi bonne  
2,0 = meilleure  ,

**Q** Circonférence brachiale (CB en cm)  
0,0 = CB < 21  
0,5 = CB ≤ 21 CB ≤ 22  
1,0 = CB > 22  ,

**R** Circonférence du mollet (CM en cm)  
0 = CM < 31      1 = CM ≥ 31

**Evaluation globale** (max. 16 points)   ,

**Score de dépistage**

**Score total** (max. 30 points)   ,

Appréciation de l'état nutritionnel

Ref.: Guigoz Y, Vellas B and Garry P.J. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*, Supplement #2:15-59.  
Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and

Annexe n°8 : Avis de projet de modification des modalités d'inscription des lits médicaux inscrits au chapitre 2 du titre Ier de la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale.

JORF n°0149 du 30 juin 2015 page 11070  
texte n° 151

**Avis de projet de modification des modalités d'inscription des lits médicaux inscrits au chapitre 2 du titre Ier de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale**

NOR: AFSS1515361V

Vu le code de la sécurité sociale et notamment ses articles, L. 162-38, L. 165-1 à L. 165- 5 et R. 165.1 à R. 165.30 ;

Vu l'avis de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé,

Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes font connaître leur intention dans le titre I, chapitre 2, section 1, après la rubrique : « coussins de série d'aide à la prévention des escarres », de remplacer la rubrique : « lits médicaux » comme suit :

CODE	NOMENCLATURE
	<p>Lits médicaux 1) Lits médicaux et accessoires standards Les lits médicaux doivent respecter les exigences de la norme NF EN 60601-2-52 relative aux lits médicaux. Les lits doivent disposer d'au moins 2 fonctions non manuelles (hauteur variable et section dossier à inclinaison variable). La fonction proclive-déclive ne doit pas être utilisable sur un lit destiné à un usage à domicile et n'est pas prise en charge. En revanche, la position fauteuil accessible au moyen d'une fonction proclive combinée à une articulation du sommier peut être utilisée pour un usage à domicile. Les commandes électriques doivent être conformes aux normes de sécurité en vigueur et accessibles au</p>



malade, lui permettant d'adapter la position du lit à ses besoins sans l'aide d'une tierce personne. Les barrières doivent respecter les exigences de la norme NF EN 60601-2-52 relative aux lits médicaux. Elles doivent être compatibles avec les lits médicaux prescrits.

2) Lits médicaux et accessoires pour enfants de 3 ans à 12 ans

Les lits médicaux pour enfants de 3 à 12 ans doivent respecter les exigences de la norme NF EN 60601-2-52 relative aux lits médicaux. Cependant, une dérogation à la norme est exigée :

- dans la partie 201.9.8.3 « Résistance des supports patient ou opérateur ou des systèmes de suspension », il est demandé une charge limite minimale de 80 kg pour la charge correspondant au patient. Les tests seront réalisés conformément à la norme NF EN 60601-2-52, proportionnellement à la masse minimale indiquée.

Concernant la hauteur du lit, la partie supérieure au centre de l'axe de symétrie du sommier à plat doit descendre à une hauteur de 300 mm.

Les lits doivent disposer d'au moins 3 fonctions non manuelles (hauteur variable, section dossier à inclinaison variable et plicature des genoux ou section jambe à inclinaison variable).

La fonction proclive-déclive ne doit pas être utilisable sur un lit destiné à un usage à domicile et n'est pas prise en charge. En revanche, la position fauteuil accessible au moyen d'une fonction proclive combinée à une articulation du sommier peut être utilisée pour un usage à domicile.

Les lits doivent respecter les dimensions suivantes : 70 à 80 cm de largeur et 160 à 170 cm de longueur. Les commandes électriques doivent être conformes aux normes de sécurité en vigueur et accessibles au malade, lui permettant d'adapter la position du lit à ses besoins sans l'aide d'une tierce personne.

En référence aux normes NF EN 716-1 et NF EN 716-2 relatives aux lits à nacelle fixes et pliants à usage domestique pour enfants, les barrières de lits médicaux pour enfants de taille inférieure à 146 cm doivent avoir un espace entre les barreaux, ou entre 2 éléments de structure, inférieur ou égal à 65 mm et l'espace entre le sommier et le bas de la barrière doit être inférieur à 65 mm.

Les barrières de lits doivent respecter les exigences de la norme NF EN 60601-2-52 relative aux lits médicaux en ce qui concerne leur résistance, leur hauteur et les exigences générales de sécurité. Pour les enfants ayant perdu leur autonomie, les barrières doivent aller de la tête aux pieds. Elles doivent être compatibles avec les lits médicaux prescrits.

3) Lits médicaux et accessoires pour patients de plus de 135 kg

Les lits médicaux doivent respecter les exigences de la norme NF EN 60601-2-52 relative aux lits médicaux. Cependant, une dérogation à la norme est exigée :

- dans la partie 201.9.8.3 « Résistance des supports patient ou opérateur ou des systèmes de suspension », il est demandé une charge limite minimale de 200 kg pour la charge correspondant au patient. Les tests seront réalisés conformément à la norme NF EN 60601-2-52, proportionnellement à la masse minimale indiquée.

Les lits doivent disposer d'au moins 2 fonctions non manuelles (hauteur variable et section dossier à inclinaison variable).

La fonction proclive-déclive ne doit pas être utilisable sur un lit destiné à un usage à domicile et n'est pas prise en charge. En revanche, la position fauteuil accessible au moyen d'une fonction proclive combinée à une articulation du sommier peut être utilisée pour un usage à domicile.

Les lits médicaux à 1 seul sommier et de largeur minimale de 110 cm sont pris en charge.

Les commandes électriques doivent être conformes aux normes de sécurité en vigueur et accessibles au malade, lui permettant d'adapter la position du lit à ses besoins sans l'aide d'une tierce personne.

Les barrières doivent respecter les exigences de la norme NF EN 60601-2-52 relative aux lits médicaux. Elles doivent être compatibles avec les lits médicaux prescrits et doivent être testées de façon à garantir la sécurité d'une personne de plus de 135 kg.

4) Lits médicaux spécifiques et accessoires

Les lits médicaux spécifiques doivent respecter les mêmes exigences que celles prévues pour les lits médicaux standards prévues au 2 et au 3 ci-dessus.

5) Matelas simple



Le matelas est réalisé dans une mousse de masse volumique nette supérieure ou égale à 27 kg/m<sup>3</sup> d'au moins 14 cm d'épaisseur. Il est fourni avec housse et doit être adapté aux fonctions du lit. Les matériaux utilisés sont réputés anti-allergiques et le comportement au feu conforme aux normes en vigueur (NF EN 597-1 et NF EN

597-2).

6) Garantie

La garantie du lit médical doit être au minimum de 5 ans. Cette garantie doit inclure une maintenance annuelle préventive selon les recommandations de l'ANSM. En cas de panne, un lit médical doit être mis à disposition du patient.

Annexe n°9 : Livret d'utilisation présente conjointement avec un coussin de prévention des escarres en mousse viscoélastique

	LIVRET UTILISATEUR DU COUSSIN D'AIDE À LA PREVENTION DE L'ESCARRE <b>VISCO' MOUSS' ref 4107</b> les deux étoiles correspondent aux différents modèles	
Pourquoi vous a-t-on prescrit ce dispositif ?	Votre état de santé a notamment pour conséquence une réduction de votre mobilité pouvant être à l'origine de survenue d'escarres.  Avertissement : avant toute mise en œuvre lire attentivement la notice	
Qu'est ce qu'une escarre ?	Une escarre est une plaie due à une pression excessive et prolongée des tissus entre un plan dur et les saillies osseuses. Elle peut être liée à un manque de mobilité ou à une pathologie chronique. Tout tissu corporel ayant besoin d'oxygène pour vivre, l'hypoxie (manque d'oxygène) entraîne le déperissement irréversible des tissus. Ceci peut toucher non seulement les tissus superficiels comme la peau, mais aussi des tissus profonds comme les muscles. La pression excessive va supprimer la circulation sanguine. <b>Pourquoi les tissus manquent-ils d'oxygène ?</b> Le manque d'oxygène est dû toujours à une pression excessive qui écrase les vaisseaux sanguins. Mais elle est aussi favorisée par : des vaisseaux sanguins en « mauvais état », notamment à cause d'un diabète, une hypertension, ou un tabagisme ancien, ou simplement du fait de leur vieillissement, une faiblesse de teneur en oxygène du sang (anémie, infection, nicotine...)	
Conseils (mobilisation régulière)	Il est recommandé de changer de position régulièrement, en moyenne toutes les 2 ou 3 heures, et se soulever toutes les fois que c'est possible pour limiter la compression trop prolongée des vaisseaux et pour permettre l'irrigation des tissus. Le patient doit au maximum essayer de ne pas rester toujours dans la même situation, qu'elle soit assise ou couchée. Le simple fait de faire vingt pas dans un couloir aura un effet bénéfique sur la prévention de l'escarre. Dans le cadre de la prévention de l'escarre, de petites marches répétées sont préférables à une seule marche isolée. En dehors de la problématique de l'escarre, une telle mobilisation aura le plus souvent des effets bénéfiques pour la santé du patient, tant en terme de prévention d'autres pathologies que de bien-être. Changer de position dans le cas d'un patient restant des périodes prolongées assis ou allié, il est important qu'il ne demeure pas totalement immobile. Pour un patient « normal », la douleur due à l'immobilisme saurait le faire changer de position, mais ces mécanismes sont inopérants dans le cas de patients souffrants de troubles de la sensibilité ou de la motricité. Dans ces cas des changements de position réguliers sont recommandés, patient paraplégique. Le patient paraplégique est particulièrement sujet à l'immobilisme compte tenu de son insensibilité. Des soulèvements (push-up) réguliers sont recommandés. Plus que la durée de ces soulèvements, c'est la fréquence qui importe (des soulèvements d'une ou deux secondes toutes les deux ou trois minutes semblent une fréquence correcte). [IMAGE] Les soulèvements peuvent être remplacés par des changements successifs de position, si ces changements amènent un soulagement de pression total de toute l'assise. Ainsi, un appui successif sur le bras droit puis le bras gauche sont souvent aussi efficaces qu'un push-up. Signalez au plus tôt à votre médecin ou à votre infirmier(e) tout événement anormal comme par exemple de la fièvre, des douleurs ou encore des rougeurs ou blanchiment des points d'appui (tête, épaule, dos, hanche, omoplate, bassin, talon, etc...). Aidez vous d'un miroir pour surveiller certaines zones d'appui.	
Conseils d'utilisation et précautions d'emploi	Pour des raisons d'hygiène, chaque produit d'aide à la prévention des escarres doit être réservé à une seule personne.	
Description du produit	Coussin standard / 1Kg 40x40x6/5,5 cm ; Poids minimum pouvant être supporté par ce coussin : 40 kg - Poids maximum pouvant être supporté par le coussin : 80 kg	
Conseils d'installation	La partie bombée doit être positionnée vers le devant. Le revêtement antidérapant doit être positionné en dessous.	
Précautions d'emploi	Ne pas intercaler le corps étranger entre le patient et le coussin. Ne pas recouvrir le coussin d'une autre protection que la housse ou protection préconisée par le fabricant.	
Confort de l'utilisateur	La température idéale d'utilisation doit être comprise entre 15°C et 45°C.	
Transport et déplacement	Pour améliorer le confort de l'utilisateur, utilisez de préférence des vêtements et linges en coton. Proscrire l'utilisation de tissus et vêtements synthétiques qui pourraient par friction provoquer des échauffements. Pour accroître la sécurité de l'utilisateur, n'intercalez pas de linge ou d'interface entre le revêtement antidérapant et la toile d'assise. Pendant le transport du Coussin (transfert du lieu de résidence, en vacances ou autre), ne le pliez pas, vous risquez d'endommager la mousse (non couvert par la garantie).	
Hygiène corporelle	HYGIENE	
Hygiène d'utilisation	Suivre les conseils de votre infirmière.	
Du coussin	En cas d'incontinence, nettoyer la housse et éventuellement le coussin. Il est fourni une seconde housse / protection de rechange lors de lavages afin d'éviter le contact direct avec la surface du coussin.	
De la housse	Le matériel qui constitue le Coussin contient un puissant agent antimicrobien et antifongique à action de longue durée. Le matériel Mousse ne doit jamais être lavé.	
Stockage	Entretien de la Housse : La housse du Coussin est amovible et lavable en machine à 95°C. Le séchage en machine est possible à température faible ou modérée. Pendant les opérations de lavage et de séchage, la fermeture à glissière doit être fermée. Pour des raisons d'hygiène, un nettoyage de surface quotidien de la housse est préconisé. Cette procédure s'effectue rapidement (utiliser une éponge propre imprégnée d'eau savonneuse (savon de Marseille) et rincer à l'eau claire). Ne jamais utiliser de produits chlorés même dilués pour nettoyer la housse (Javel, Dakin, etc...). La housse de votre Coussin est imperméable aux liquides mais très perméable aux vapeurs et en particulier à la vapeur d'eau. Lors du retrait de la housse pour une opération de lavage par exemple, une auréole due à certains échanges gazeux, peut être visible sur le jersey qui enveloppe le matériel d'eau. Ceci est dû aux hautes performances de perméabilité aux vapeurs de la housse, ce qui ne nuit pas aux propriétés physiques du matériel constituant le Coussin. Si nécessaire, aérer naturellement et suffisamment le matériel jusqu'à son séchage. Ne pas utiliser de sèche-cheveux ou de source de chaleur. Séchage en tambour à température modérée.	
Sécurité	A plat Ne pas exposer près d'une source de chaleur importante (radiateur) Stockage de longue durée : impérativement dans un endroit sec et tempéré à l'abri de la chaleur et de la lumière.	
Remplacement de la housse	Les coussin VISCO' MOUSS' sont conformes aux réglementations feu en vigueur pour une utilisation en soins à domicile.	
REPARATION / REMPLACEMENT DE LA HOUSSE	Si la housse est déchirée ou percée, la remplacer par une housse identique chez le même fournisseur	

<b>ELIMINATION</b>	
<i>Du coussin</i> <i>De la housse</i>	Ne pas brûler ou jeter dans la nature. Ne pas brûler ou jeter dans la nature.
<i>Aide à la prescription</i>	<b>Livret soignant et prestataire (ou partie du livret)</b>
	<p>Identifier les facteurs de risque. Identifier les patients à risque de développer des escarres. Pour cela, l'évaluation des facteurs de risque est à réaliser lors de l'admission du patient dans l'institution ou lors de sa prise en charge à domicile. Elle est à renouveler à chaque changement de l'état du patient. L'identification des facteurs de risque s'effectue au moyen d'un jugement clinique associé à l'utilisation d'une échelle validée d'identification des facteurs de risque. Pour le jugement clinique, « Diagnostics infirmiers et interventions » (Doenges et Noornouse, 1994) précise les éléments cliniques à analyser. Principales données à analyser dans le jugement clinique : Etat d'affaiblissement général Réduction de la mobilité. Troubles de la sensibilité. Modifications de la peau et de la masse musculaire associées à l'âge, Mauvais état nutritionnel, présence de maladie chronique, Incontinence, problèmes de soins personnels, Traitement médicamenteux, Classification des stades de l'escarre du <i>National Pressure Ulcer Advisory panel</i> (NPUAP, 1989) Stade I : érythème cutané sur une peau apparemment intacte ne disparaissant pas après la levée de la pression ; en cas de peau pigmentée modification de couleur, œdème, induration. Stade II : perte de substance impliquant l'épiderme et en partie (mais pas sur toute son épaisseur) le derme, se présentant comme une phlyctène, une abrasion ou une ulcération superficielle. Stade III : perte de substance impliquant le tissu sous-cutané avec ou sans décollement périphérique. Stade IV : perte de substance atteignant et dépassant le fascia et pouvant impliquer os, articulations, muscles ou tendons. Il convient tout d'abord de rappeler les faits suivants : - une escarre se développe rapidement, passant parfois en quelques heures du stade I (rougeur) au stade III ou IV (escarre profonde). - la détection précoce d'une escarre en formation (stade I) ne demande pas de compétences médicales. Une escarre en formation détectée à ce stade peut être jugulée rapidement à l'aide de pratiques simples, inoffensives et économiques, alors qu'une escarre profonde mettra plusieurs semaines à plusieurs mois à guérir, et peut mettre la vie du patient en danger. Risque d'escarres faible à modéré. Réparé par une échelle validée ou l'expérience clinique. Nombre d'heures passées au fauteuil supérieur à 10 heures. Trouble de la sensibilité de la partie inférieure du corps. Paralysie complète des membres inférieurs. Asymétrie pelvienne. Trouble majeur de la sensibilité. Antécédent d'escarres ischémiques et/ou coccygiennes. Présence éventuelle d'escarres. Trouble de la conscience / de la vigilance.</p>
	<b>CARACTERISTIQUES TECHNIQUES DU PRODUIT</b>
<i>Matériau</i>	Coussin en mousse visco élastique Housse imperméable / enduite polyuréthane
<i>Désignation du produit,</i> <i>Dimensions</i>	Coussin <b>VISCO' MOUSS'</b> standard 40 x 40 ép 6/ 5,5 cm Poids minimum pouvant être supporté par le coussin : 40 Kg / Poids maximum pouvant être supporté par le coussin : 90 Kg
<i>Marquage CE, normes</i>	Marquage CE : classe 1, annexe VII
<i>Température d'utilisation</i>	La température idéale d'utilisation doit être comprise entre 15°C et 45°C
<i>Pression maximale</i> <i>(répartition du poids du corps)</i>	Méthode du mannequin valeurs mesurées par un organisme compétent et indépendant
<i>Stockage</i>	- à plat - ne pas exposer près d'une source de chaleur importante (radiateur) - longue durée : impérativement dans un endroit sec et tempéré à l'abri de la chaleur et de la lumière Le Coussin VISCO' MOUSS' doit être stocké dans son emballage fermé, à l'abri du gel, de la chaleur, de la lumière et de l'humidité. Ne pas entreposer à une température inférieure à 5°C. A mettre en service avant 1an Durée limite de vie 4 ans
<i>Durée limite de stockage</i>	
<i>Déballage</i>	<b>CONSIGNES DE MISE EN OEUVRE</b>
<i>Ajustement</i>	Retirer l'emballage en veillant à ne pas plier le coussin. Ouvrir l'emballage et sortir le Coussin VISCO' MOUSS' ; INSTALLATION DESINFECTIION
- Quand ?	Asseoir le patient sur le coussin. Vérifier que le coussin repose bien à plat et est ajusté au support.
- Par qui ?	1 fois par mois
- Comment ?	Le personnel soignant ou le prestataire Le nettoyage de surface est possible avec des détergents- désinfectants dilués selon les recommandations d'utilisation des fabricants respectifs de ces solutions.
<i>Garantie</i>	<b>DIVERS</b>
<i>Elimination</i>	Garantie constructeur : 2 ans
<i>Rappel procédure de signalement matériovigilance</i>	Ne pas brûler ou jeter dans la nature Tout incident ou risque d'incident doit être signalé à l'ANSM (143/147, boulevard Anatole France - 93200 SAINT DENIS) Exemples d'incident sur un coussin devant être signalé : combustion, ... N'ont pas à être signalés : les incidents dus à un mauvais usage du coussin. La fiche de signalement peut être téléchargée à partir du site <a href="http://www.ansm.sante.fr">www.ansm.sante.fr</a>
<i>Date et cachet du revendeur</i>	fabricant : <b>DARULIFT F 16250 HENRICHEMONT</b> indice A : 1/02/2013

Escarres, coussin visco classe II

**1) Dénutrition ou risque de dénutrition**

❖ **HYPERPROTEIDIQUES & HYPERENERGETIQUES**

- Boissons lactées

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Energétique	Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
<b>Fortimel® Max</b> (1145692)	4 bouteilles de 300ml	720kcal	29g	1 /jour	(0,3g dans arôme chocolat)	-	-	Vanille Chocolat Café Fraise	9960523 9960546 9960517 9960552
<b>Rentriyl® Booster</b> (1145692)	4 bouteilles de 300ml	600kcal	30g	1 /jour	-	-	-	Vanille Café Fraise Caramel Crème-Carotte	9605437 9605360 9605414 9605383 5351017
<b>Delical® Max.300</b> (1145692)	4 bouteilles de 300ml	600kcal	30g	1 /jour	-	-	-	Vanille Chocolat Café Fraise	5351454 5351477 5351460 5351483
<b>Delical® Effimax 2.0</b> (1160792)	4 bouteilles de 200ml	400kcal	20g	1 à 2 /jour	-	-	-	Vanille Chocolat Café Pêche	9872836 9872807 9872799 9872813
<b>Fresubin® 2kcal Drink</b> (1160792)	4 bouteilles de 200ml	400kcal	20g	1 à 2 /jour	-	-	-	Vanille Cappuccino Neutre Pêche/abricot Fruits de la forêt Caramel	9545161 9545132 9671546 9545126 9545149 9545155
<b>Fresubin® 2kcal Fibre Drink</b> (1160792)	4 bouteilles de 200ml	400kcal	20g	1 à 2 /jour	-	-	-	Vanille Chocolat Cappuccino Neutre Pêche/abricot Citron	9545209 9545178 9545184 9671523 9671500 9545190

<b>Clinutren® HP/HC (1160792)</b>	4 bouteilles de 200ml	320kcal	20g	1 à 3 /jour	-	-	-	Vanille Chocolat Café Fraise Pêche Caramel	4637711 4637728 6076079 4637734 4637740 4637757
	4 bouteilles de 200ml	300kcal	20g	1 à 2 /jour	-	Oui	-	Vanille Chocolat Café Nature Fruits rouges Pêche/abricot	4877237 4877214 4877208 9811846 4877220 9559565
	4 bouteilles de 200ml	300kcal	20g	2 à 3 /jour	(0,6g dans arôme chocolat)	Oui	-	Vanille Chocolat Moka Fraise Fruits de la forêt Abricot Neutre	4550223 4562924 4552239 4552251 4552334 4552274 4552297
	4 bouteilles de 200ml	300kcal	20g	1 à 3 /jour	(1g dans arôme chocolat)	-	-	Vanille Chocolat Cappuccino Noisette Fraise des bois Tropic	4839840 4839892 4839900 4839863 4839886 4839857

- Crèmes

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Énergétique	Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
<b>Fortimel® Crème (1160792)</b>	4 pots de 200g	324kcal	20g	1 à 3 /jour	0,2g	-	-	Vanille Chocolat Moka Fruits de la forêt Banane	9508349 9508361 9508384 9508378 9508355
<b>Clinutren® Dessert HP/HC (1160792)</b>	4 cups de 205g	310kcal	19g	1 à 3 /jour	4,6-5,6g	-	-	Vanille Chocolat Café Caramel	9803108 9803060 9803048 9803054

								Pêche Fraise biscuitée	9803083 9803077
Delical® Crème dessert HP HC La floridiane (1160792)	4 pots de 200g	300kcal	18g	1 à 2 /jour	-	Oui	-	Vanille Chocolat Café Praliné Abricot	9702672 9702643 9702637 9702666 9702620
	4 pots de 200g	300kcal	20g	1 à 2 /jour	-	-	-	Vanille Chocolat Café	9538103 9538095 9538072
	4 pots de 125g	230kcal	12,5g	2 à 3 /jour	2,5g	-	-	Caramel Abricot	9538089 9538066
Fresubin® Crème (1188477)	4 pots de 125g	230kcal	12,5g	2 à 3 /jour	2,5g	-	-	Vanille Chocolat Cappuccino Praliné Caramel	9545250 9545215 9545221 9545244 9830393
Fresubin® YOCrème (1188477)	4 pots de 125g	188kcal	9,4g	Texture fluide et velouté 1 à 3 /jour	-	Oui	-	Fraise des bois Citron Framboise Pêche/abricot Biscuité	9721445 9721451 9721422 9721439

• Plats mixés

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Énergétique	Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
Fresubin® Menu energy (1104612)	1 bol de 300g	450-510kcal	23,4-26,4g	1 à 2/j Peut remplacer le plat principal	2,1-3g	-	Oui	Poulet céleri Dinde carottes Porc légumes Bœuf carottes Saumon épinards Pâtes bolognaise	9889535 9889529 9889506 9889512 5204227 5204233
	4 bols de 300g	500kcal	28g	1 à 2/j Peut remplacer le plat principal	0,6 à 1,9 selon les saveurs	Oui	Oui	Farandole légumes Porc printanière Jambon carottes Bœuf bourguignon Saumon épinard Dinde ratatouille	9723303 9723378 9723326 9723266 9723332 9723295

Pâtes bolognaise	9723349
Poule au pot	9723384
Canard lentilles	9723272

- Plats à reconstituer

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Énergétique	Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
<b>Clinutren® Mix (1197080)</b>	6 sachets de 75g*	328-338kcal	15,8-17,3g	1 à 3/j Peut remplacer le plat principal	1,4 à 6,5g selon les saveurs	Oui	Oui	Mousseline de petits pois saveur jambon Bœuf à la hongroise Veau aux brocolis Cabillaud légumes Printanière légumes Dinde aux légumes Poulet aux légumes	9494558 4481189 4481195 4481203 4482533 4482556 4482579

\* 1 sachet est à reconstituer avec 140 ml d'eau, on obtient ainsi une portion de 215-225 g

- Potages

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Énergétique	Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
<b>Delical® Potage HP/HC (1145692)</b>	4 bols de 300ml	500kcal	23g	1 à 2 /jour	0,6 à 1,1g selon les saveurs	-	-	Carottes/tomates basilic Légumes variés Poireaux/pommes de terre Champignons	9968298 9968306 9968281 9743518
<b>Clinutren® Soup (1160792)</b>	4 cups de 200ml	300kcal	14g	1 à 3 /jour	-	-	-	Légumes du soleil Crème de légumes Poulet/ légumes	9621123 7500728 9731610
<b>Fresubin® Soupe (1151451)</b>	3 coupelles de 200ml	300kcal	14g	1 à 3 /jour	0,6g	-	-	Carottes Légumes verts Tomates	9798560 9775033 9798531



- Gâteaux

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Énergétique Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
<b>Delical® Nutra®Cake (1167050)</b>	3 sachets de 3 biscuits de 35g	133kcal 5,5g	3 biscuits / jour Au petit-déjeuner ou en collation	1g / biscuit	Oui	Oui	Pruneau Framboise	9538008 9537983

#### ❖ NORMOPROTIQUES & HYPERENERGETIQUES

- Boissons lactées

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Énergétique Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
<b>Ensure® Plus</b>	3 briks de 200ml	300kcal 12,5g	1 à 3 /j	-	Oui	-	Vanille Chocolat Fraise	7605002 7679354 7605019
<b>Fortimel® Energy (1153786)</b>	4 bouteilles de 200ml	300kcal 12g	1 à 3 /j	- (0,6g dans arôme chocolat)	-	-	Vanille Chocolat Fraise Fruits tropicaux Banane	4822472 4822503 4822526 4822532 4822489
<b>Fortimel® Energy Multi Fibre (1153786)</b>	4 bouteilles de 200ml	308kcal 12g	1 à 3 /j	4,6g	-	-	Vanille Chocolat Orange Fraise	4822294 4822302 4822325 4822319
<b>Clinutren® 1.5 (1153786)</b>	4 bouteilles de 200ml	300kcal 11,2g	1 à 3 /j	-	-	-	Vanille Chocolat Café Fraise/framboise Abricot Banane	4637763 4637786 4637817 4637792 4637823 4637800
<b>Clinutren® 1.5 Fibre (1153786)</b>	4 bouteilles de 200ml	300kcal 11,4g	1 à 3 /j	4g	-	-	Vanille Pruneau	9824010 9824027
<b>Fresubin® Energy Drink (1153786)</b>	4 bouteilles de 200ml	300kcal 11,2g	1 à 3 /j	-	-	-	Vanille Chocolat Cappuccino	4814395 4814403 4814432

Fresubin® Energy Drink Fibres (1153786)	4 bouteilles de 200ml	300kcal	11,2g	1 à 3 /j	4g	-	-	-	Fraise	4814426
									Neutre	4839917
									Vanille	4830052
									Chocolat	4830069
									Cerise	4830075
									Caramel	4830081

- Yaourts à boire

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Énergétique	Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
Fortimel® Yog (1153786)	4 bouteilles de 200ml	300kcal	12	1 à 3 /j	0,4g	Oui	-	Vanille/citron Pêche/orange Framboise	4822360 4822383 4822377

- ❖ HYPERPROTIDIQUES & NORMOENERGETIQUES

- Boissons lactées

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Énergétique	Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
Fortimel® Sans lactose (1157560)	4 bouteilles de 200ml	300kcal	20g	2 à 3 /j	- (0,6g dans arôme chocolat)	-	-	Vanille Chocolat Moka Caramel	7993323 7993292 7993300 7993286

- Plats mixés

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Énergétique	Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
Delical® Nutra Mix HP (1130800)	1 bol de 300g	340kcal	21g	1 à 2 bols/j Peut remplacer un plat principal	0 à 1,8 selon les saveurs	Oui	Oui	Porc légumes Volaille céleri Dinde carottes Lieu tomate Dinde coquillettes Jambon 2 purées Bœuf carottes Poissons courgettes	9530691 9528033 9528079 9528027 9530722 9530716 9530739 9530679

## 2) Troubles de la glycémie

- Boissons lactées édulcorées

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Energétique	Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
<b>Climutren® G</b> (1157560)	4 bouteilles de 200ml	200kcal	14g	Sans saccharose Avec isomalt et édulcorant	4g	-	-	Vanille Café Fraise	9774571 9803120 9803114
<b>Fortimel® Diacare</b> (1160792)	4 bouteilles de 200ml	302kcal	20g	Sans saccharose Avec isomalt et édulcorant	1,4g 1,4g 2g	Oui	-	Vanille Chocolat Fraise	9508390 5391198 9508409
<b>Fresubin® DB</b> Drink (1160792)	4 bouteilles de 200ml	300kcal	15g	Sans saccharose Avec fructose	4g	-	-	Vanille Capuccino Fruits de la forêt	9671486 9671492 9671517
<b>Delical® Boisson</b> lactée HP édulcorée (1101306)	3 bricks de 200ml avec paille	234kcal	15g	Sans saccharose Avec édulcorants	6g	-	-	Vanille Noisette	4877272 4877266
<b>Delical® Boisson</b> fruitée HP édulcorée (1195537)	3 bricks de 200ml avec paille	250kcal	12g	Sans saccharose Avec édulcorants	10g	-	-	Thé pêche	9727844

- Crèmes édulcorées

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Energétique	Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
<b>Delical® Crème</b> édulcorée (1157560)	4 pots de 200g	252kcal	20g	Sans saccharose	9g	-	-	Vanille Praliné	6334216 6333814
<b>Fresubin® DB</b> Crème (1188477)	4 pots de 125g	188kcal	9,4g	Sans saccharose Avec fructose	2,5g	-	-	Vanille Cappuccino Praliné Fraise des bois	9692152 9692169 9692181 9692175

- Céréales édulcorées

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par portion reconstituée Energétique	Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
Fresubin® Céréales HP (1168776)	Boîte de 300g 6 rations	223kcal	15g	1 à 3 portion/j	-	-	Oui	Biscuité	9775056

### 3) Difficultés de cicatrisation, escarres

- Boissons lactées

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Energétique	Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
Cubitan® (1157560)	4 bouteilles de 200ml	256kcal	20g	3g d'Arginine	-	Oui	-	Vanille Chocolat Fraise	4490521 4490544 4490538
Clinutren® Repair (1157560)	4 bouteilles de 200ml	250kcal	18,6g	1g d'Arginine 2,4g de Proline	-	-	-	Vanille Café	9823996 9824004

#### 4) Cancers

- Boissons lactées

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Énergétique	Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
Clinutren® SupportPlus (1145692)	4 bouteilles de 300ml	480kcal	30g	2g d'EPA	7,5g	-	-	Caramel toffee Mangue/orange Moka	5154423 5154392 5154363
Fortimel® Care (1160792)	4 bouteilles de 200ml	328kcal	18g	1,2g d'EPA	4,2g	-	-	Orange/citron Cappuccino	4561209 4561161
Castase® (1160792)	4 bouteilles de 200ml	300kcal	15g	2,6g d'Oméga-3	0,4g	-	-	Vanille Chocolat Café Fraise Biscuit Légumes	9864216 9864222 9864185 9864179 9864191 9864239

- Crèmes

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Énergétique	Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
Castase crème® (1160792)	4 pots de 200g	300kcal	15g	2,6g d'Oméga-3	0,4g	-	-	Caramel	9717461

#### 5) Chirurgie digestive carcinologique majeure programmée

- Boissons

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Énergétique	Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
Impact® Oral (1160792)	3 briquettes de 237ml	341kcal	18g	4,3g de L-Arginine 0,43g d'ARN 1,4g d'Oméga-3	3,3g	-	-	Vanille Café Tropic	4508178 4669585 4508184

## 6) Douleurs chroniques

- Boissons

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Energétique	Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
Polydol Plus® (1117112)	4 bouteilles de 200ml	300kcal	15g	2,6g d'Oméga-3 3 à 5 unités par jour associés avec une alimentation pauvre en polyamines*	0,4g	-	-	Vanille Chocolat Café Fraise Biscuit Légumes	9864245 9864251 9864274 9864280 9864268 9864297

\* Guide des aliments classés par leur teneur en polyamines : <http://nutriatlys.fr/guide-des-aliments-pauvres-en-polyamines/>

- Crèmes

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Energétique	Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
Polydol Plus® (1160792)	4 bouteilles de 200g	300kcal	15g	2,6g d'Oméga-3 3 à 5 unités par jour associés avec une alimentation pauvre en polyamines	0,4g	-	-	Caramel	9722999

## 7) Constipation

- Boissons lactées

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Énergétique Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
Fresubin® 2kcal Fibre Drink (1160792)	4 bouteilles de 200ml	400kcal 20g		-	-	-	Vanille Chocolat Cappuccino Neutre Pêche/abricot Citron	9545209 9545178 9545184 9671523 9671500 9545190
Delical® Efficmax 2.0 (1160792)	4 bouteilles de 200ml	400kcal 20g	1 à 2 bouteilles / jour	-	-	-	Vanille Chocolat Café Pêche	9872836 9872807 9872799 9872813
Fortimel® Energy Multi Fibre (1153786)	4 bouteilles de 200ml	308kcal 12g		4,6g	-	-	Vanille Chocolat Orange Fraise	4822294 4822302 4822325 4822319
Fresubin® Energy Drink Fibres (1153786)	4 bouteilles de 200ml	300kcal 11,2g		-	-	-	Vanille Chocolat Cerise Caramel	4830052 4830069 4830075 4830081

- Gâteaux

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Énergétique Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
Delical® Nutra'Cake (1167050)	3 sachets de 3 biscuits de 35g	133kcal 5,5g	3 biscuits /j Au petit-déjeuner ou en collation	1g / biscuit	Oui	Oui	Pruneau Framboise	9538008 9537983

## 8) Dysphagie

- Crèmes

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Énergétique	Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
<b>Fortimel® Crème (1160792)</b>	4 pots de 200g	324kcal	20g	1 à 3 /jour	0,2g	-	-	Vanille Chocolat Moka Fruits de la forêt Banane	9508349 9508361 9508384 9508378 9508355
<b>Clinutren® Dessert HP/HC (1160792)</b>	4 cups de 205g	310kcal	19g	1 à 3 /jour	4,6-5,6g	-	-	Vanille Chocolat Café Caramel Pêche Fraise biscuitée	9803108 9803060 9803048 9803054 9803083 9803077
<b>Delical® Crème dessert HP HC La floridine (1160792)</b>	4 pots de 200g	300kcal	18g	1 à 2 /jour	-	Oui	-	Vanille Chocolat Café Praliné Abricot	9702672 9702643 9702637 9702666 9702620
<b>Delical® Crème dessert HP HC Sans lactose (1160792)</b>	4 pots de 200g	300kcal	20g	1 à 2 /jour	-	-	-	Vanille Chocolat Café Caramel Abricot	9538103 9538095 9538072 9538089 9538066
<b>Fresubin® Crème (1188477)</b>	4 pots de 125g	230kcal	12,5g	2 à 3 /jour	2,5g	-	-	Vanille Chocolat Cappuccino Praliné Caramel Fraise des bois	9545250 9545215 9545221 9545244 9830393 9545238
<b>Fresubin® YOCrème (1188477)</b>	4 pots de 125g	188kcal	9,4g	Texture fluide et veloutée 1 à 3 /jour	-	Oui	-	Citron Framboise Pêche/abricot Biscuité	9721445 9721451 9721422 9721439



- Plats mixés

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Energétique Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
<b>Fresubin® Menu energy</b> (1104612)	1 bol de 300g	450-510kcal 23,4-26,4g	1 à 2/j Peut remplacer le plat principal	2,1-3g	-	Oui	Poulet céleri Dinde carottes Porc légumes Bœuf carottes Saumon épinards Pâtes bolognaise	9889535 9889529 9889506 9889512 5204227 5204233
<b>Delical® Nutra Mix HP/HC</b> (1145692)	4 bols de 300g	500kcal 28g	1 à 2/j Peut remplacer le plat principal	0,6 à 1,9 selon les saveurs	Oui	Oui	Farandole légumes Porc printanière Jambon carottes Bœuf bourguignon Saumon épinard Dinde ratatouille Pâtes bolognaise Poule au pot Canard lentilles	9723303 9723378 9723326 9723266 9723332 9723295 9723349 9723384 9723272

- Plats à reconstituer

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par unité Energétique Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
<b>Clinutren® Mix</b> (1197080)	6 sachets de 75g*	328-338kcal 15,8-17,3g	1 à 3/j Peut remplacer le plat principal	1,4 à 6,5g selon les saveurs	Oui	Oui	Mousseline de petits pois saveur jambon Bœuf à la hongroise Veau aux brocolis Cabillaud légumes Printanière légumes Dinde aux légumes Poulet aux légumes	9494558 4481189 4481195 4481203 4482533 4482556 4482579

\* 1 sachet est à reconstituer avec 140 ml d'eau, on obtient ainsi une portion de 215-225 g

- Préparations céréalières

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par portion Energétique	Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
<b>Climutren® Céréral</b> (1197080)	Boîte de 450g 75g par portion	311kcal	15g	1 à 3 portion /jour Peut être utilisé en collation ou petit- déjeuner	6,75g	-	-	Pomme/noisette	4892550
<b>Delical® Céréales instant</b> (1168776)	Boîte de 420g	280kcal	14,1g	1 à 3 portion /jour Peut être utilisé en collation ou petit- déjeuner	4,2g	-	-	Biscuitée Miel/vanille	4554712 4554729
<b>Fresubin® Céréales HP</b> (1168776)	Boîte de 300g 6 rations	223kcal	15g	1 à 3 portion/j Peut être utilisé en collation ou petit- déjeuner	0,9g	-	Oui	Biscuité	9775056

**9) Alternatives fruités**

- Compotes

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par portion Energétique	Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
<b>Delical® Nutra'Pote</b> (1121616)	1 coupelle de 200g	250kcal	9g	Sans lipides 1 à 2 /j	5g	-	Non précisé	Pomme/vanille Pomme/fraise Pomme/banane Pomme/abricot	9537977 9538037 9538020 9538014
<b>Fresubin® Dessert fruit</b> (1188477)	4 pots de 125g	200kcal	8,75g	1 à 3/j	0,5g (4,4g pour pomme/ pruneau )	-	-	Pomme Pomme/fraise Pomme/pêche Pomme/pruneau	5366065 5366036 5366059 5366042

- Jus de fruits

Nom (Code LPPR)	Conditionnement	Apports par portion Énergétique Protéique	Particularités	Fibres	Lactose	Gluten	Parfums	Code ACL
<b>Enlive® Plus</b> (1195537)	3 Briks de 220ml	330kcal 11g	Sans lipides 1 à 3 /j	-	-	-	Orange Pomme	7989600 7989646
<b>Fortimel® Jucy</b> (1144238)	4 bouteilles de 200ml	300kcal 8g	Sans lipides 1 à 3 /j	-	-	-	Orange Pomme Fraise Cassis Tropical	4822236 4822242 4822213 4822207 4822199
<b>Fresubin® Jucy Drink</b> (1144238)	4 bouteilles de 200ml	300kcal 8g	Sans lipides 1 à 3 /j	-	-	-	Orange Pomme Ananas Cassis Cerise	9732360 9732325 9732331 9732348 9732354
<b>Delical® Boisson fruitée</b> (1144238)	4 bouteilles de 200ml	250kcal 8,4g	Sans lipides 1 à 3 /j	-	-	-	Orange/orange sanguine Raisin Fruit du verger Mangue/abricot	2085325 2085331 2085302 2085319
<b>Delical® Boisson fruitée</b> (1195537)	4 bouteilles de 200ml	250kcal 12g	Edulcoré Sans lipides 1 à 3 /j	10g	-	-	Thé/pêche	9727844
<b>Climtren® Fruit</b> (1144238)	4 bouteilles de 200ml	250kcal 8g	Sans lipides 1 à 3 /j	-	-	-	Orange Pomme Ananas/orange Raisin/pomme Poire/cerise Framboise/cassis	4331231 4643657 9718621 9718638 4331219 4331202

## Emincé de veau aux champignons frais

### Ingrédients

80 g de veau  
Farine pour saupoudrer  
1 cuillère à soupe de beurre (margarine)  
1 cuillère à café d'un oignon finement haché  
30 ml de vin blanc  
30 ml de bouillon  
2 cuillères à soupe de crème  
60 g de champignons frais  
80 ml de **Fortimel Energy Neutre**  
Sel, poivre  
persil et jus de citron (optionnel)



### Préparation

- Emincer le veau en fines tranches, assaisonner et saupoudrer de farine.
- Faire fondre le beurre y faire revenir l'oignon, ajouter la viande, la saisir de tous les côtés et déglacer avec le vin, le bouillon et la crème.
- Ajouter les champignons finement coupés.
- Laisser réduire de moitié.
- Ajouter **Fortimel Energy Neutre** et chauffer.
- Assaisonner avec du sel, du poivre et le jus de citron, saupoudrer de persil haché.



Cette recette contient environ :  
24 g de protéines  
29 g de graisse  
20 g d'hydrates de carbone  
433 kcal  
1.957 kJ

## Riz au lait à l'arôme vanille (4 portions)

### Ingrédients

- 125 ml de **Fortimel Energy Vanille**
- 100 g de riz au lait
- 200 ml de lait entier
- 1 cuillère à soupe de sucre
- ½ cuillère à café de cannelle




### Préparation

- Préparer le riz au lait avec le sucre.
- Laisser refroidir et ajouter **Fortimel Energy Vanille**.
- Conserver au froid et saupoudrer de sucre et de cannelle avant de servir.
- Si un goût fruité est souhaité, napper avec un coulis de fraises.



Cette recette contient environ :  
5 g de protéines/portion  
210 kcal

# Smoothie aux fruits rouges

PRINT RECEIPT 

## Ingrédients

Pour 1 personne :

- 1 bouteille de Fortimel Compact Protein saveur fraise
- 50 g de fruits rouges (éventuellement surgelés)
- 50 ml de yaourt entier
- 2 cuillères à café de zeste de citron
- 1 pincée de gingembre
- sucre (à ajouter selon les goûts)

## Préparation

1. Mettez tous les ingrédients dans un haut pot à mixeur, en conservant la moitié du zeste de citron de côté.
2. Mixez le tout à haute puissance, jusqu'à obtenir un smoothie bien lisse.
3. Servez dans un joli verre, et parsemez du reste de zeste de citron.

Conseils :

- Vous pouvez également utiliser du gingembre frais. Vous devrez néanmoins alors tamiser votre smoothie, car les fibres de gingembre ne pourront pas être parfaitement mixées et sont désagréables à boire.
- Si vous trouvez qu'en utilisant des fruits surgelés, le résultat est trop épais, laissez d'abord décongeler les fruits et utilisez aussi le jus qui en résulte.



# 10 conseils

## Pour bien consommer les compléments nutritionnels

- 1 Les compléments ne remplacent pas un repas. Il est important de bien continuer à manger
- 2 Consommer en **collation** entre les repas : 10 h / 16 h / 22 h
- 3 Bien **agiter** la bouteille avant de consommer
- 4 Boire bien **frais**. Les arômes vanille, chocolat, moka, caramel ou neutre peuvent être aussi consommés **tièdes** (Ne pas porter à ébullition)
- 5 La forme **crème** peut être consommée en glace après quelques heures au congélateur
- 6 A conserver au frais après ouverture pendant **24 h maximum**
- 7 Varier les **textures** :
  - Lactée
  - Crème
  - « Yaourt liquide »
  - Jus
- 8 En cas de problèmes de **déglutition**, épaissir les liquides avec un épaississant instantané comme **Nutlis® Powder**
- 9 En cas de **constipation**, utiliser la poudre multifibres (**Stimulance®**)
- 10 **Enrichir** l'alimentation en protéines en ajoutant de la poudre **Protifar®** dans les purées, potages, yaourts, crèmes

# Nutrisens\*

MEDICAL

**Les compléments nutritionnels oraux** : une solution pour lutter contre la dénutrition !  
La dénutrition est un enjeu de santé publique : elle touche 4 à 10% de la population âgée vivant à domicile.

Baisse de l'activité physique, veuvage, isolement, état dépressif, problème de mastication ou de déglutition, diminution de la consommation alimentaire de tous ou certains aliments, régimes alimentaires, perte de poids supérieure à 2kg dans le dernier mois : la présence de l'un ou plusieurs de ces signaux d'alerte doivent conduire à une consultation médicale pour définir s'il y a un besoin de prescrire des compléments nutritionnels oraux.

## **Pourquoi choisir les compléments nutritionnels oraux Nutrisens ?**

Une gamme de compléments nutritionnels oraux hyperprotéinés et hypercaloriques pour répondre aux besoins protéino-énergétiques des patients.

Des gammes adaptées à des problèmes spécifiques (problèmes de transit, diabète, régimes restrictifs, intolérances, allergies alimentaires).

Le goût en plus ainsi qu'une grande variété de saveurs pour l'observance du traitement. L'accent mis sur la qualité des ingrédients : tous nos produits sont fabriqués en France et nous choisissons soigneusement nos matières premières.

## **Comment les conserver ?**

Pour les prêt-à-consommer : avant ouverture, conserver à température ambiante.

Ne pas garder plus de 24h au réfrigérateur un pot entamé.

Pour les poudres : avant ouverture, dans un endroit frais et sec.

Une boîte entamée peut être gardée environ 8 semaines

## **Quand et comment les consommer ?**


Les Compléments Nutritionnels Oraux Nutrisens peuvent être consommés à tout moment de la journée (au petit-déjeuner, en collation le matin, en complément du repas ou au goûter).

Il est préférable de consommer les compléments nutritionnels oraux frais. Remuer les crèmes avant de servir et agiter les boissons, pour une texture plus agréable.

Alterner les bases lactées et fruitées pour éviter la lassitude.

## **Un numéro unique pour vos patients :**

Besoin d'un conseil nutritionnel, contactez nos diététiciennes au

 **N°Azur 0 810 220 250**

PRIX APPEL LOCAL

## **Découvrez nos autres gammes :**


- Dysphagie Eaux gélifiées prêtes à l'emploi et eaux gélifiées en poudre
- Régulation du transit Desserts fruités et complexes de fibres en poudre
- Hydratation Boissons rafraîchissantes en poudre
- Diabète Crèmes desserts et boissons édulcorées

Plus d'informations contactez nos diététiciennes  
au 03 85 63 07 83 ou rendez-vous  
sur [www.nutrisens.fr](http://www.nutrisens.fr)

**/IS IMPORTANT : Les compléments nutritionnels oraux doivent être utilisés sous contrôle médical**



Annexe n°13 : Questionnaire élaboré en vue de la réalisation de l'évaluation des pratiques professionnelles

<p><b>Auteur : Pauline BOISSON</b>, externe en pharmacie  <i>Questionnaire établi en vue de la rédaction d'un mémoire</i></p>	
<p><b>QUESTIONNAIRE SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES POUR LA PREVENTION DES ESCARRES</b></p>	
 <p>CHU UFR SCIENCES DE SANTÉ DIJON</p> <p>Centre Hospitalier Universitaire Dijon</p>	<p>Unité de soins (N°UF) : _____                  Date : _____                  Profession de la personne remplissant le questionnaire : _____                  Etiquette patient : _____</p>
<p><i>Merci de remplir ce questionnaire pour chaque résident de votre unité. Dernier délai : 10 juin 2015.                  Tout le personnel peut le remplir. Le recueil de données est anonyme, seule votre profession vous est demandée. A chaque question, vous aurez la possibilité de répondre par plusieurs réponses.</i></p>	
<p><b>1) Ce patient est-il porteur d'escarre(s) ?</b>  <input type="radio"/> OUI                      <input type="radio"/> NON</p>	<p><b>f) Changements de position ?</b>  <input type="radio"/> Toutes les 3 à 4h, y compris la nuit  <input type="radio"/> Toutes les 3 à 4h mais PAS la nuit  <input type="radio"/> Toutes les 3 à 4h mais MOINS la nuit  <input type="radio"/> Moins souvent que toutes les 3h  <input type="radio"/> Ce patient est assez mobile, on ne gère pas ce souci</p>
<p><b>2) Ce patient est à risque d'escarre...</b>  <input type="radio"/> FORT      <input type="radio"/> MOYEN      <input type="radio"/> FAIBLE</p>	<p><b>h) Tentative d'amélioration de l'état nutritionnel ?</b>  <input type="radio"/> Ce patient n'est pas dénutri  <input type="radio"/> Ce patient est sous compléments protéinés  <input type="radio"/> Un diététicien/nutritionniste est intervenu pour conseiller  <input type="radio"/> Ce n'est pas une priorité dans notre démarche préventive</p>
<p><b>3) Quel(s) est/sont ses facteurs de risque ?</b></p> <p><input type="radio"/> Age                      <input type="radio"/> Démence                      <input type="radio"/> Poids</p> <p><input type="radio"/> Mobilité altérée                      <input type="radio"/> Maladie grave                      <input type="radio"/> Dénutrition</p> <p><input type="radio"/> Capacité sensorielle altérée                      <input type="radio"/> Incontinence urinaire et/ou fécale                      <input type="radio"/> Score échelle BRADEN, NORTON...</p>	<p><b>5) Chez ce patient, quel matériel anti-escarres est-il utilisé ?</b></p> <p><input type="radio"/> Aucun                      <input type="radio"/> Arceau de lit  <input type="radio"/> Coussin à gel                      <input type="radio"/> Coussin à air  <input type="radio"/> Matelas gaufrier                      <input type="radio"/> Matelas dynamique  <input type="radio"/> Matelas à eau                      <input type="radio"/> Coussins de positionnement</p>
<p><b>4) Qu'est-il mis en œuvre pour prévenir les escarres chez ce patient ?</b></p> <p><b>a) Inspection régulière des sites à risque ?</b>  <input type="radio"/> OUI                      <input type="radio"/> NON</p> <p><b>b) Si oui, à quel rythme ?</b>  <input type="radio"/> Au lever et coucher                      <input type="radio"/> 3* dans la journée mais PAS la nuit  <input type="radio"/> A chaque change                      <input type="radio"/> 3* dans la journée ET aux passages nuit</p> <p><input type="radio"/> Moins de 3*/jour                      <input type="radio"/> Plus de 3*/jour</p>	<p><b>6) Chez ce patient, quelles sont les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre optimale de la prévention ?</b></p> <p><input type="radio"/> Patient opposant                      <input type="radio"/> Manque de matériel  <input type="radio"/> Manque de temps, de personnel                      <input type="radio"/> Manque de formation ou de connaissance  <input type="radio"/> Patient dur à mobiliser</p>
<p><b>c) Effleurages ?</b>  <input type="radio"/> OUI                      <input type="radio"/> NON</p> <p><b>d) Si oui, à quelle fréquence ?</b>  <input type="radio"/> Au lever et coucher                      <input type="radio"/> Que si rougeur  <input type="radio"/> Plus de 2*/jour</p> <p><b>e) Si oui, avec quel(s) produit(s) ?</b>  <input type="radio"/> SANYRENE®                      <input type="radio"/> BIAFINE®  <input type="radio"/> BEPANTHEN®                      <input type="radio"/> Huile de soin  <input type="radio"/> Un autre produit</p>	<p><b>7) Une évaluation de risque d'escarre chez ce patient a-t-elle été effectuée chez ce patient à son arrivée ?</b></p> <p><input type="radio"/> OUI                      <input type="radio"/> NON  <input type="radio"/> Je ne sais pas  <input type="radio"/> Sans doute, mais je ne sais pas où la trouver</p>

**8) Avez-vous dans l'unité, un protocole de prévention spécifique au risque de ce patient ?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> OUI  | <input type="radio"/> NON  |
| <input type="radio"/> Je ne sais pas s'il existe   | <input type="radio"/> Je ne sais pas le retrouver                        |
| <input type="radio"/> Pas besoin de protocole, cela se fait en fonction de l'état du patient chaque jour | <input type="radio"/> Oui, on doit le valider dans le diagramme de soins |

**9) Vos impressions ? (au sujet du questionnaire, de la prise en charge générale des escarres, des gains, des manques... Toutes vos remarques aussi variées soient-elles sont attendues)**

Annexe n°14 : Questionnaire distribué aux médecins généralistes et aux infirmiers libéraux dans le un but préparatoire de l'intervention pharmaceutique pour la prévention des escarres au domicile des patients à risque d'escarres.

Chers docteurs,

Je suis étudiante en sixième année de pharmacie à Dijon et actuellement en stage à la Pharmacie du Vieux Marché, à Pierre-De-Bresse. Je prépare ma thèse portant sur la prévention des escarres à domicile et notamment l'implication du pharmacien d'officine. Cette prévention est selon moi, pluri-disciplinaire. C'est pourquoi, par le biais de ces quelques questions, je cherche à connaître votre point de vue sur l'investissement pharmaceutique.

Je vous serai reconnaissante d'accepter de répondre à ces quelques questions.

En vous remerciant par avance,

Pauline BOISSON

2) Les patients sont-ils conscients de ce risque ? Le connaissent-ils ?

- a. Oui
- b. non

3) Lors d'une prescription de matériel de maintien à domicile pour une personne à risque de développer des escarres, quels conseils donnez-vous à la personne (ou aux aidants) pour prévenir les escarres ?

4) Pensez-vous que l'apparition d'une escarre puisse être un frein au maintien à domicile ?

- a. Oui
- b. Non

5) Pensez-vous que le pharmacien d'officine a à un rôle à jouer dans la prévention des escarres à domicile ?

- a. Oui
- b. Non

1) Quels sont les facteurs de risque chez un patient qui vous dirigent vers la prescription de matériel de prévention des escarres ?

Chères infirmières, chers infirmiers,

Je suis étudiante en sixième année de pharmacie à Dijon et actuellement en stage à la Pharmacie du Vieux Marché, à Pierre-De-Bresse. Je prépare ma thèse portant sur la prévention des escarres à domicile et notamment l'implication du pharmacien d'officine. Cette prévention est selon moi, pluri-disciplinaire. C'est pourquoi, par le biais de ces quelques questions, je cherche à connaître votre point de vue sur l'investissement pharmaceutique, vous qui intervenez à domicile, au plus près du patient.

Je vous serai reconnaissante d'accepter de répondre à ces quelques questions.

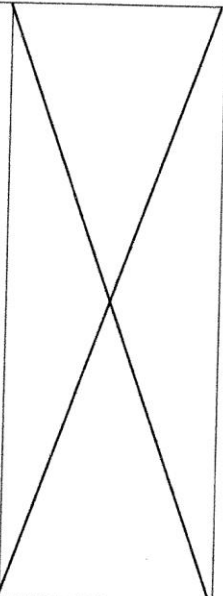
En vous remerciant par avance,

Pauline BOISSON

- 1) Les connaissances des patients sur les escarres et notamment sur leur prévention vous paraissent-elles :
  - a. Pas ou peu de connaissances
  - b. Connaissances trop insuffisantes
  - c. Connaissances suffisantes, pas besoin de plus
- 2) Pensez-vous que le pharmacien d'officine a un rôle à jouer dans la prévention des escarres, notamment en prodiguant des conseils adaptés à chaque patient ?
  - a. Oui
  - b. Non
- 3) Pensez-vous que l'apparition d'escarres à domicile, puisse compromettre le maintien à domicile ?
  - a. Oui
  - b. Non
- 4) Chez un patient sans escarre, mais à risque, quelle est la fréquence de vos passages quotidiens ? quels actes de prévention réalisez-vous lors de ces passages ?

Annexe n°15 : Support patient pour l'intervention pharmaceutique à domicile

Nom/prénom :		Anonymisation :	
Poids :	Taille :	IMC :	
Date de naissance → âge :			
Médecin traitant :			
Infirmières/infirmiers :			
		<b>1<sup>er</sup> entretien le :</b>	<b>2<sup>ème</sup> entretien le :</b>
<b>Inventaire du matériel de prévention</b>			
<b>Facteurs de risque du patient</b>			
<b>« Que savez-vous des escarres, de leurs facteurs de risque, de leur prévention... ? »</b>			

<p><b>« Selon vous, est-ce que .... est un facteur de risque ? »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La baisse de mobilité</li> <li>- La dénutrition</li> <li>- L'âge</li> <li>- La déshydratation</li> <li>- La pression</li> <li>- Le diabète</li> <li>- Les incontinences</li> </ul>		
<p><b>Quelle est la fréquence des passages des soignants chez vous ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin traitant :</li> <li>- Infirmiers :</li> <li>- Kinésithérapeute :</li> <li>- Aides-soignants :</li> <li>- Autres :</li> </ul>		
<p><b>« Est-ce que des informations concernant les escarres vous avaient été données avant aujourd'hui, par des professionnels de santé ? »</b></p>		
<p><b>Nécessité d'autres outils de prévention ? si oui, quelle action ?</b></p>		
<p><b>Le patient a-t-il des questions ?</b></p>		

Pourquoi les escarres  
doivent-elles être  
prévenues ? : Les  
conséquences

- ❖ Infections locales
- ❖ Infections générales
- ❖ Diminution de la qualité de vie
- ❖ Plaies douloureuses
- ❖ Soins lourds et de longue durée

## PHARMACIE DU VIEUX

### MARCHE

39 Grande rue  
71270 Pierre de Bresse

03/85/76/20/47

phie.vieuxmarche@yahoo.fr



## Prévention des escarres à domicile

Que faut-il faire ?

Comment faut-il le faire ?

Pourquoi le faire ?

Des questions ?  
N'hésitez pas, nous  
sommes disponibles  
pour vous répondre...

### Qu'est-ce que les escarres ?

- Une escarre est une plaie difficile à cicatriser, qui peut compromettre la qualité de vie.
- Elle est due à une pression prolongée trop intense sur vos tissus.

### Qui peut être touché par les escarres ?

- Les personnes à mobilité altérée : âge, allitement, handicap, fauteuil roulant...
- Les personnes âgées : diminution de la masse musculaire, fragilité cutanée
- Les personnes déshydratées, dénutries
- Les personnes souffrant d'incontinence
- ...

### Comment prévenir les escarres ?

- Mobiliser et changer de positions toutes les 2 à 3 heures
- Limiter la pression au niveau des zones d'appui : votre pharmacien dispose de différents supports pour vous aider
- Effleurer les zones à risque majeur (sacrum, talons, hanches...) à l'aide d'un produit adapté. Votre pharmacien peut vous conseiller.
- Surveiller l'état cutané à chaque changement de position
- Mettre en place des mesures pour lutter contre les incontinences. Votre pharmacien dispose des moyens nécessaires.
- Combattre la dénutrition et la déshydratation.

### Que mettre en place ? Les solutions de votre pharmacien

- Mise à disposition de matériel à domicile :
  - o Lit médicalisé avec matelas adapté, et supports de décharge et accessoires de positionnement
  - o Coussins pour fauteuil roulant, fauteuil coquille...
  - o Lève-malade pour éviter d'altérer la peau lors des changements de positions
- Conseils sur les techniques d'effleurage et les produits à utiliser
- Protections hygiéniques pour lutter contre les effets néfastes des incontinences sur l'intégrité de la peau
- Possibilité de fournir divers compléments alimentaires adaptés à vos envies, à vos goûts : produits laitiers, jus de fruits, crèmes dessert, compotes, soupes...







Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Pharmacie



**TITRE DE LA THESE : Optimisation de la prévention ambulatoire des ulcères cutanés dus à la pression : rôles du pharmacien d'officine et impact d'une intervention personnalisée auprès de patients à risque.**

**AUTEUR : Pauline BOISSON**

**RESUME** : Plaie chronique, fréquente, douloureuse, difficile à cicatriser et génératrice de multiples conséquences tant sur le plan humain que médical ou financier, l'escarre représente un réel enjeu de santé publique.

La prévention est, et demeure la meilleure arme contre ce fléau. Mobilisations régulières, décharge des zones d'appui, effleurage et prise en charge des incontinences, de la dénutrition ainsi que de la déshydratation sont autant de mesures efficaces à adopter par chaque patient considéré à risque d'escarre.

Grâce à son contact privilégié, le pharmacien d'officine se doit de transmettre les informations nécessaires à ses patients à risque, pour qu'in fine, ils deviennent de véritables acteurs actifs et impliqués dans le cercle pluridisciplinaire requis pour la prévention des escarres.

**MOTS-CLES** : escarre, pharmacien d'officine, prévention, facteurs de risque, pression, plaie, pluridisciplinarité