



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

DOUBLE
164413



THÈSE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Karine FERON PLADYS

Le 20 mai 2003

LES ESCARRES DES PERSONNES AGÉES
ÉTUDE DES DOULEURS LIÉES AUX ESCARRES CHEZ LES PERSONNES AGÉES

Examineurs de la thèse :

M. SCHMUTZ J.-L.
M. PAILLE F.
M. WAHL D.
Mme JONVEAUX T.

Professeur
Professeur
Professeur
Docteur

Président
Juge
Juge
Juge



THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

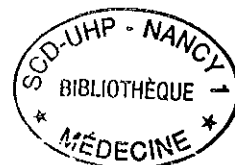
Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Karine FERON PLADYS

Le 20 mai 2003

LES ESCARRES DES PERSONNES AGÉES
ÉTUDE DES DOULEURS LIÉES AUX ESCARRES CHEZ LES PERSONNES AGÉES



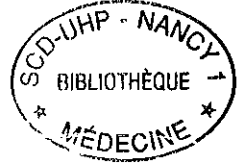
Examineurs de la thèse :

M. SCHMUTZ J.-L.
M. PAILLE F.
M. WAHL D.
Mme JONVEAUX T.

Professeur
Professeur
Professeur
Docteur

Président
Juge
Juge
Juge

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY



Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Henry COUDANE

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Roger BENICHOUX – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Pierre BERNADAC – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Jean-Claude HOFFEL – Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON – Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM

Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie cellulaire)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Philippe CANTON – Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur Bernard LEGRAS – Professeur François KOHLER

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Michel WEBER – Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Henri HEPNER – Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (*Psychiatrie d'adultes*)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (*Pédopsychiatrie*)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique*)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie*)

Professeur Jean-Marie POLU – Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU de CHURET

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Gérard FIEVE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie*)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie digestive*)

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne*)

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MEDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK

Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Christian BEYAERT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIIEWSKI – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Mickaël KRAMER – Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique)*)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur Jean-Claude HUMBERT – Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Antoine RASPILLER – Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27^{ème} section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeur Tan XIAODONG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Louis FRANCO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel DUC

Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Claude HURIET

Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur René-Jean ROYER

Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Adrien DUPREZ

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

A Notre Maître et Président du jury,

M. le Professeur Jean-Luc Schmutz,
Professeur de Dermato-vénéréologie,

nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant
de présider ce jury.

Soyez assuré de notre gratitude pour nous avoir permis de réaliser ce
travail au sein de votre service ainsi que pour vos conseils.

Veillez accepter ici l'expression de notre profond respect.

A nos Maîtres et membres du jury,

M. le Professeur François Paille,
Professeur de Thérapeutique (Option Clinique),

M. le Professeur Denis Wahl,
Professeur de Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement,

nous vous remercions de votre présence dans le jury.

Nous souhaitons vous témoigner notre gratitude pour l'enseignement que vous nous
avez dispensé et nous vous exprimons tout notre respect.

Mme le Docteur Jonveaux,

nous vous remercions pour votre soutien et vos conseils.

Votre disponibilité, votre dévouement et votre savoir sont pour nous un exemple.

Veillez recevoir l'assurance de tout notre respect.

M. le Docteur Francis Schweitzer,

Nous vous remercions pour l'ensemble de vos conseils.

Mme le Docteur Claude Lederlin,

Nous vous remercions de votre accueil et de vos recommandations.

A Arnaud.
A Perrine et Timothée.

A mes parents avec tout mon respect, ma gratitude et mon affection.

Je pense avec tendresse à Florence, ma sœur, et à Christophe.
Je salue ma belle-famille et les remercie d'être présents à mes côtés.
Je remercie mes grands parents ainsi que ma marraine, Françoise, pour l'exemple qu'ils me donnent.

Je remercie tout particulièrement Mme le Docteur Ballereau pour ses conseils spontanés et judicieux.
Je remercie également M. Space-Valignon dont l'aide a été quasi inestimable.

Je pense à Virginie et à Johan, à Gilles dont je suis fière d'être la consœur et à Sophie; à la famille Dellachérie.
Votre présence compte énormément pour moi.

A Bernard Féron.
A Andrée Fournier.
A Julien.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

Table des matières

INTRODUCTION	14
PARTIE I : LES ESCARRES, RAPPELS THEORIQUES	16
1 DEFINITION ET PHYSIOPATHOLOGIE	17
2 DESCRIPTION CLINIQUE ET LOCALISATION	18
3 LES TRAITEMENTS	20
3.1 RAPPELS SUR LA PHYSIOLOGIE DE LA CICATRISATION	20
3.2 LE TRAITEMENT LOCAL	21
3.3 LE TRAITEMENT GENERAL	22
PARTIE II : ETUDE PERSONNELLE RETROSPECTIVE	23
1 PRESENTATION DE L'ETUDE	24
2 PRESENTATION DESCRIPTIVE DES DONNEES STATISTIQUES	26
2.1 LA POPULATION	26
2.2 LES DOULEURS LIEES AUX ESCARRES	27
2.3 LA THERAPEUTIQUE ANTALGIQUE	29
3 ANALYSE DES DONNEES	34
3.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION	34
3.2 ETUDE DES DOULEURS LIEES AUX ESCARRES	35
3.3 ETUDE DES MOYENS THERAPEUTIQUES UTILISES	37
PARTIE III : SYNTHÈSE BIBLIOGRAPHIQUE	39
1 LES ESCARRES DES PERSONNES AGEES	40
1.1 EPIDEMIOLOGIE	40
1.2 LES FACTEURS DE RISQUE LIES A L'AGE	41
1.3 LES COMPLICATIONS	43
2 LES DOULEURS LIEES AUX ESCARRES	44
2.1 LES DOULEURS DES PERSONNES AGEES	44
2.1.1 PARTICULARITES DIAGNOSTIQUES	44
2.1.2 EVALUATION	45
2.1.3 PARTICULARITES THERAPEUTIQUES	47
2.2 LES DOULEURS LIEES AUX ESCARRES	48
2.2.1 DEUX ETUDES	48
2.2.2 DESCRIPTION	49
3 LES TRAITEMENTS	50
3.1 LES DOULEURS CHRONIQUES	50
3.2 LES DOULEURS LIEES AUX PANSEMENTS	53
3.2.1 L'APPROCHE NON MEDICAMENTEUSE	53
3.2.1.1 LE DEROULEMENT DES SOINS	53
3.2.1.2 LES SUPPORTS	54
3.2.1.3 LE TRAITEMENT LOCAL	55
3.2.2 L'APPROCHE MEDICAMENTEUSE	56
CONCLUSION	58
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXES	67

INTRODUCTION

L'amélioration de la prise en charge de la douleur demeure d'actualité en France. Au vu des résultats encourageants du premier plan national anti-douleur 1998-2000, les pouvoirs publics maintiennent et amplifient leurs actions (1). Le bilan du programme 1998-2000 constate de nets progrès : il existe une meilleure prise en compte de la demande du patient, la formation des professionnels de santé est mieux adaptée, des réseaux et des structures de soins se sont développés. Cependant, il reste encore beaucoup à faire. Ainsi, le plan 2002-2005 propose de poursuivre dans cette direction et fixe trois nouvelles priorités :

- mieux prendre en charge les douleurs de l'enfant ;
- reconnaître et traiter la migraine ;
- prévenir et traiter la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie.

Ce dernier point constitue un enjeu de taille. En effet, la douleur provoquée par les soins concerne de nombreux domaines (par exemple la réfection des pansements liés à des plaies d'origines diverses : brûlures, diabète, insuffisance veineuse, artériopathie, etc.). Elle touche la plupart des services hospitaliers et la médecine générale. Sa prise en charge est difficile car il s'agit non seulement de soulager les douleurs mais aussi de les prévenir, ce qui peut provoquer un changement profond de l'organisation des soins. L'étude des stratégies utilisées pour lutter contre ces douleurs fait l'objet de ce travail. L'objectif est d'établir un bilan préalable pour permettre de mieux connaître les pratiques, mettre en évidence les difficultés et ouvrir la voie à de nouvelles actions. A ce propos, les escarres représentent un sujet riche car ce sont des plaies réputées douloureuses, relevant d'un traitement long et rigoureux. De plus, elles ont fait récemment l'objet d'études approfondies et il est possible de s'appuyer sur la conférence de consensus sur la prévention et le traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé, publiée en novembre 2001, sous l'égide de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) (2), sur les résultats obtenus par des associations comme PERSE (Prévention Education Recherche Soins Escarres), créée en 1991 par le Docteur Colin, ou par les groupes "Escarres" issus des Programmes Assurance Qualité de certains établissements hospitaliers (par exemple, le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy ou l'Hôpital Raymond Poincaré de Garches (3)). Grâce à ces recherches, de nombreux progrès ont été réalisés dans la physiopathologie, la prévention et le traitement des escarres.

Ce travail est également axé sur les douleurs des personnes âgées. Dans ce domaine aussi, les progrès sont réels (meilleure reconnaissance des douleurs, échelles d'hétéro-évaluation, prescription élargie et facilitée des morphiniques). Pourtant, il s'agit de maintenir une vigilance constante car la lutte contre la douleur chez les personnes âgées reste difficile et demeure un défi.

La première partie de ce travail est un rappel physiopathologique, anatomoclinique et thérapeutique sur les escarres. Dans la deuxième partie, une enquête rétrospective personnelle concernant les douleurs liées aux escarres chez les personnes âgées est proposée. Elle a été effectuée à partir de dossiers médicaux issus de quatre services différents du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy. Enfin, une synthèse de la littérature correspondant à la troisième partie, permet d'aboutir à une discussion et à une série de propositions afin de contribuer à la mise en œuvre de ce programme.

Partie I : LES ESCARRES, RAPPELS THEORIQUES

1 DEFINITION ET PHYSIOPATHOLOGIE

L'escarre est définie comme une lésion cutanée d'origine ischémique résultant d'une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses (4, 5). Cette définition a été établie en 1989 par le National Pressure Ulcer Advisory Panel.

Les mécanismes de constitution des escarres sont complexes. Ils consistent en des phénomènes compressifs qui entraînent un blocage du flux sanguin aboutissant à une ischémie et en des détériorations de type mécanique au niveau des tissus. Ils sont étroitement liés à l'état général des patients. Chaque élément clinique est important et peut favoriser la formation d'escarres (âge, prise médicamenteuse, pathologies associées, dénutrition, etc.). De ce fait, on ne considère pas les escarres comme de simples plaies mais on parle, plus globalement, de “maladie-escarre” (4).

La physiopathologie distingue les facteurs mécaniques, responsables de la compression (pression, cisaillement, friction et macération) et les facteurs cliniques, responsables d'une modification de la structure tissulaire ou d'une baisse de la perfusion tissulaire (4, 5, 6).

➤ La pression résulte de l'ensemble des forces perpendiculaires s'exerçant sur une surface limitée des tissus. C'est le facteur principal impliqué dans la genèse des escarres. Les dégradations tissulaires sont liées à son intensité mais aussi à sa durée d'application et à sa répétition dans le temps. Plus la valeur de la pression est forte, moins le temps nécessaire à l'apparition d'escarre est important. De plus, les pressions exercées sur un mode continu sont moins bien tolérées par le tissu cutané que les pressions cycliques. Les dommages liés à la pression se font d'abord en profondeur au niveau des tissus musculaires puis atteignent le derme et l'épiderme. La raison principale est liée au fonctionnement aérobie du tissu musculaire, plus rapidement dépendant de l'apport en oxygène. Les conséquences sont primordiales : lorsque la présence d'une escarre est constatée on sait qu'il existe une plaie plus profonde dont il s'agit d'évaluer l'importance. La pression provoque une occlusion des capillaires et bloque la microcirculation. La valeur seuil de pression à partir de laquelle peut se constituer une escarre est de 32 mmHg. Elle génère également des lésions au niveau des parois vasculaires. La lyse des cellules endothéliales provoque l'accumulation de leucocytes, favorise l'agrégation plaquettaire et crée un œdème limitant à son tour la

microcirculation. Les échanges entre les tissus et les vaisseaux se trouvent perturbés et évoluent vers l'anoxie.

➤ Le cisaillement représente l'ensemble des forces qui entraînent un glissement des couches tissulaires les unes sur les autres. Il s'exerce parallèlement et obliquement par rapport aux tissus, majore les effets de la pression par étirement et angulation des vaisseaux aponévrotiques et diminue la microcirculation. Son mécanisme d'action est souvent en rapport avec la formation des escarres sacrées et ischiatiques.

➤ La friction est due aux forces s'exerçant entre deux surfaces qui se mobilisent (le frottement des draps sur la peau). Elle intervient principalement lors des changements de position ou lors du glissement du patient dans son lit. Elle induit des escarres situées au niveau des fesses et au niveau des orteils.

➤ La macération altère la barrière cutanée et rend la peau plus susceptible aux infections.

Il est indispensable de tenir compte des facteurs cliniques impliqués dans la physiopathologie des escarres. La présence d'une dénutrition, par exemple, affecte la quantité et la qualité du collagène contenu dans le derme et l'hypoderme. L'ensemble des facteurs altérant la perfusion tissulaire (pression artérielle, pression oncotique liée aux protéines, température corporelle ou taux d'hémoglobine) est aussi responsable de la formation d'escarre (4).

2 DESCRIPTION CLINIQUE ET LOCALISATION

Les escarres sont décrites selon la profondeur de l'atteinte tissulaire. De nombreuses classifications existent (elles sont situées en annexe 1) mais la plus utilisée est la classification internationale du National Pressure Ulcer Advisory Panel. On distingue quatre stades distincts (2) :

- stade I : érythème cutané sur peau apparemment intacte ne disparaissant pas après la levée de la pression; en cas de peau plus 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 est à noter qu'il ne s'agit pas d'une classification chronologique. La gradation de I à IV n'est pas en rapport avec une aggravation progressive de la plaie. Il faut également se méfier de l'apparence de l'escarre en superficie et toujours rechercher une atteinte plus profonde.

On décrit également les escarres en fonction de la couleur de la plaie à l'aide de l'échelle colorielle Red Yellow Black. Cette appréciation n'est pas spécifique aux escarres et est utilisée pour des plaies d'autre origine :

- une plaie noire est une plaie nécrotique d'aspect noir, gris ou brun ;
- une plaie jaune est un tissu nécrotique humide de couleur ivoire, crème ou jaune avec présence de débris fibrineux et d'exsudats visqueux ;
- une plaie rouge est une plaie proche de l'épidermisation.

La description clinique doit comprendre également d'autres éléments (6) :

- la mesure des deux plus grands diamètres (longueur et largeur) à l'aide d'une règle millimétrée ou d'un calque ainsi que la profondeur de la plaie à l'aide d'un stylet ;
- l'observation des lèvres de la plaie et l'aspect de la peau du pourtour ;
- la présence ou non d'exsudat ainsi que son apparence ;
- la présence ou non de tissu de granulation, d'îlots d'épithélialisation annonciateurs de guérison ;
- la présence de fistule, de décollement, de contacts osseux ou de signe d'infection.

Il faut aussi préciser la topographie de l'escarre à l'aide d'un schéma.

Les localisations des escarres sont en relation avec l'épaisseur de la zone interposée entre la surface et l'os. Les localisations les plus fréquentes concernent les régions sacro-coccygiennes et les talons. Mais il est d'usage de distinguer les localisations en fonction de la situation clinique. Ainsi, en gériatrie, où le nombre de patients alités est plus fréquent, les escarres sont situées au niveau du sacrum (40 %), des talons (36 %), du trochanter (7 %), des malléoles et sur les côtés du pied (4). En phase terminale, les escarres sont le reflet de l'épuisement des fonctions vitales et surviennent dans des endroits inhabituels : oreilles, bras, région dorsale,

genoux ou ailes du nez (rôle des lunettes à oxygène). Chez les paraplégiques, les zones d'apparition d'escarres sont en relation avec la position assise, donc principalement situées au niveau ischiatique. Une dernière situation concerne les escarres trochantériennes qui sont plutôt liées à un programme de nursing mal conçu avec stationnement trop prolongé en décubitus latéral strict à 90°.

3 LES TRAITEMENTS

3.1 RAPPELS SUR LA PHYSIOLOGIE DE LA CICATRISATION

La cicatrisation est un phénomène complexe défini par trois phases successives : une phase inflammatoire et vasculaire de détersion, une phase cellulaire proliférative et une phase d'épidermisation. Ensuite intervient le processus de remodelage, invisible à l'œil nu, mais qui permet le retour à un fonctionnement normal de la peau (7, 8).

La phase vasculaire et inflammatoire débute dès l'apparition de la plaie. Les éléments sanguins sont extravasés, notamment les plaquettes, ce qui active la coagulation et libère des facteurs vasoconstricteurs, des facteurs chimiotactiques ainsi que des facteurs de croissance. Les cellules à activité détersive : polynucléaires neutrophiles, macrophages et lymphocytes, sont activées. Leur rôle est d'éliminer les débris tissulaires et d'assurer une défense anti-infectieuse. Les facteurs de croissance ont un rôle complexe, déterminant pour l'ensemble des phases de la cicatrisation. Ce sont des polypeptides de petite taille qui se fixent sur des récepteurs membranaires spécifiques et induisent soit une prolifération soit une différenciation de leur cellule cible. Nous citerons les plus impliqués (4) : l'epidermal growth factor (EGF), les transforming growth factor (TGF) alpha et beta, le platelet derived growth factor (PDGF), les acidic- et basic-fibroblast growth factor (aFGF, bFGF), le keratinocyte growth factor (KGF), l'insulin like growth factor 1 (IGF-1), le tumor necrosis factor alpha et l'interleukine 1 (IL-1). Leurs actions sont regroupées sous forme de tableau en annexe 2.

La seconde phase consiste en une prolifération et une migration des fibroblastes des berges de la plaie vers le centre. Ils constituent une nouvelle matrice extracellulaire à partir d'éléments qu'ils sécrètent : fibres de collagène (notamment de type III) et glycosaminoglycans. Dans un même temps, les cellules endothéliales se multiplient et mettent en place des néo-vaisseaux. Cette prolifération fibroblastique et endothéliale comble peu à peu la perte de substance.

La phase d'épidermisation consiste en un recouvrement de la plaie. Les kératinocytes se divisent et se différencient, pour assurer la formation d'une membrane basale et aboutir à un épiderme peu différencié. Progressivement, l'épiderme acquerra une kératinisation et une cornification.

Alors que la plaie présente un aspect macroscopique guéri, l'ultime processus de remodelage se déroule enfin. Il peut durer plusieurs mois. Son rôle est de rendre au tissu cutané un état et une fonction proches de ceux existant avant la survenue de la plaie par les contractions des berges assurées par les myofibroblastes, par le remplacement des fibres de collagène de type III en type I et en rendant la membrane basale plus solide.

3.2 LE TRAITEMENT LOCAL

Il repose sur la création d'un milieu humide et chaud favorable à une cicatrisation naturelle et sur le respect de l'écosystème bactérien de la plaie (8).

Il s'appuie sur les principes suivants :

- le respect de conditions d'hygiène rigoureuses car même si toute plaie est colonisée, il s'agit d'éviter de transmettre les germes entre les patients ;
- la réalisation d'une détersion précoce et soigneuse. Le choix se fait entre une méthode chirurgicale (au bloc opératoire ou au lit du patient à l'aide de pinces et de ciseaux), enzymatique (application de préparations locales contenant des enzymes protéolytiques) ou autolytique naturelle ;
- un nettoyage minutieux mais qui ne nécessite pas l'utilisation d'antiseptiques ou d'antibiotiques d'usage local car ils sont allergisants et cytotoxiques. Un simple lavage à l'eau avec un détergent doux suffit pour une plaie non infectée ;
- l'utilisation de pansements de composition et de taille diverses en suivant les stades d'avancement de la cicatrisation : détersion, bourgeonnement ou épithélialisation (9). Il faut également tenir compte de la localisation de l'escarre et de l'aspect de la peau périphérique. Les différents pansements disponibles ainsi que leurs caractéristiques sont abordés ultérieurement, dans la partie 3 de la synthèse bibliographique.

3.3 *LE TRAITEMENT GENERAL*

Il est indissociable de la prise en charge locale des escarres (4, 8). La guérison n'est envisageable que si l'on considère le patient de façon globale et complète. Les conditions cliniques nécessaires à une bonne cicatrisation doivent être réunies sous peine de chronicisation voire d'aggravation de la plaie. Il s'agit d'assurer un environnement vasculaire favorable en évitant toute situation hypoxique. Les apports nutritionnels doivent être surveillés afin de fournir en quantité suffisante protéines et acides aminés nécessaires à la prolifération cellulaire, acides gras poly-insaturés impliqués dans la formation des membranes cellulaires, vitamines A et C pour la synthèse du collagène, vitamine K, permettant de limiter le risque hémorragique, ou oligo-éléments comme le zinc. Certains médicaments sont connus pour retarder la cicatrisation. Les corticoïdes ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens, par exemple, sont à éviter.

Il est à noter que les mesures de prévention sont à maintenir malgré l'apparition d'escarre. Les divers supports disponibles, les changements de position fréquents, la sollicitation de la kinésithérapie ou le maintien d'une bonne hygiène font aussi partie de la prise en charge thérapeutique des escarres.

Au total, les escarres sont des lésions cutanées ischémiques qui résultent de facteurs mécaniques compressifs et de facteurs cliniques modifiant la perfusion et la structure tissulaire. Elles sont décrites suivant leur taille, leur profondeur, l'aspect des tissus et de la peau périphérique et la présence ou non de signe d'infection. La topographie reflète une situation clinique donnée. Les localisations les plus fréquentes concernent le sacrum et les talons. Le traitement résulte des connaissances actuelles sur la physiologie de la cicatrisation. La guérison des escarres requiert un milieu chaud et humide avec un respect de l'écosystème bactérien ainsi qu'une prise en charge globale de l'état général des patients.

Partie II : ETUDE PERSONNELLE RETROSPECTIVE

1 PRESENTATION DE L'ETUDE

Peu d'études existent, en France, sur la prise en charge des douleurs induites par les escarres et les références sur la manière de les soulager sont peu nombreuses. Il peut donc être intéressant de s'interroger sur notre pratique quotidienne dans ce domaine. Tient-on compte, dans nos services, de ce type de douleur ? Quelle stratégie thérapeutique adoptons nous ? Est-il possible d'améliorer la qualité de nos soins ? Cette démarche est d'ailleurs encouragée par le ministère de la santé, avec la parution du nouveau programme de lutte contre la douleur 2002-2005 (1).

Dans ce but, nous avons mis en place une étude rétrospective. Afin de tenir compte du caractère évolutif chronique ou aigu des escarres chez les personnes âgées, nous avons étudié les dossiers de personnes issus de quatre services aux activités très différentes :

- le service de Médecine B qui prend en charge les personnes âgées présentant des pathologies aiguës ;
- le service de Soins de Suite qui s'attache à stabiliser, améliorer puis consolider l'état somatique et fonctionnel des personnes âgées ;
- le Long Séjour Saint-Stanislas qui accueille les personnes âgées les plus dépendantes, celles dont le niveau d'autonomie a compromis le maintien à domicile ;
- le service de Dermatologie, enfin, qui porte un regard spécialisé sur le traitement des escarres.

Les dossiers sont entrés dans cette étude en fonction du critère suivant : toute personne âgée d'au moins 65 ans ayant présenté lors de son passage dans le service en 2001 une escarre ou plus.

Nous avons rassemblé un total de 55 dossiers : 18 en Médecine B, 12 en service de Soins de Suite, 15 en Long Séjour et 10 en Dermatologie.

Chaque dossier est étudié et les données sont recueillies en suivant un questionnaire et un tableau préalablement établis (présents en annexe 3 et 4).

Le questionnaire rassemble des renseignements concernant la population, les escarres et les douleurs.

- Au niveau de la population, on recueille l'âge, le sexe, le niveau d'autonomie défini dans le dossier à partir des items de la classification A.G.G.I.R. (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressource) et simplifié en trois items (le stade 3 signifie une personne autonome qui fait seule les gestes de la vie quotidienne; le stade 2 signifie une personne nécessitant une aide partielle et le stade 1 signifie une personne totalement dépendante qui ne fait pas correctement les gestes évalués) et l'état des fonctions supérieures de chaque patient. On note, de plus, le motif d'hospitalisation et les pathologies associées.
- A propos des escarres, on enregistre leur nombre et leur stade de gravité avec l'échelle N.P.U.A.P. ainsi que leur circonstance d'apparition et leur évolutivité.
- Pour la douleur, on recherche, dans chaque dossier, un signalement de sa présence et de son évaluation. On recueille le moment de survenue de la plainte et la manière dont elle est signalée (plainte émanant du patient lui-même ou constatation faite par le soignant).

L'ensemble des données est obtenu après étude des parties médicale (observation) et infirmière (feuille de transmission et feuille de pansement) du dossier.

Le tableau est élaboré afin de référencer les différents antalgiques utilisés. Les médicaments sont classés en tant que traitement chronique, prémédication avant les soins infirmiers et traitement donné après une demande du patient. Ces informations sont relevées à l'arrivée dans le service puis à chaque modification de traitement. Les changements correspondent à une introduction ou au remplacement d'une molécule par une autre. Les augmentations de posologie (adaptation du traitement en fonction de la tolérance) ne sont pas prises en compte.

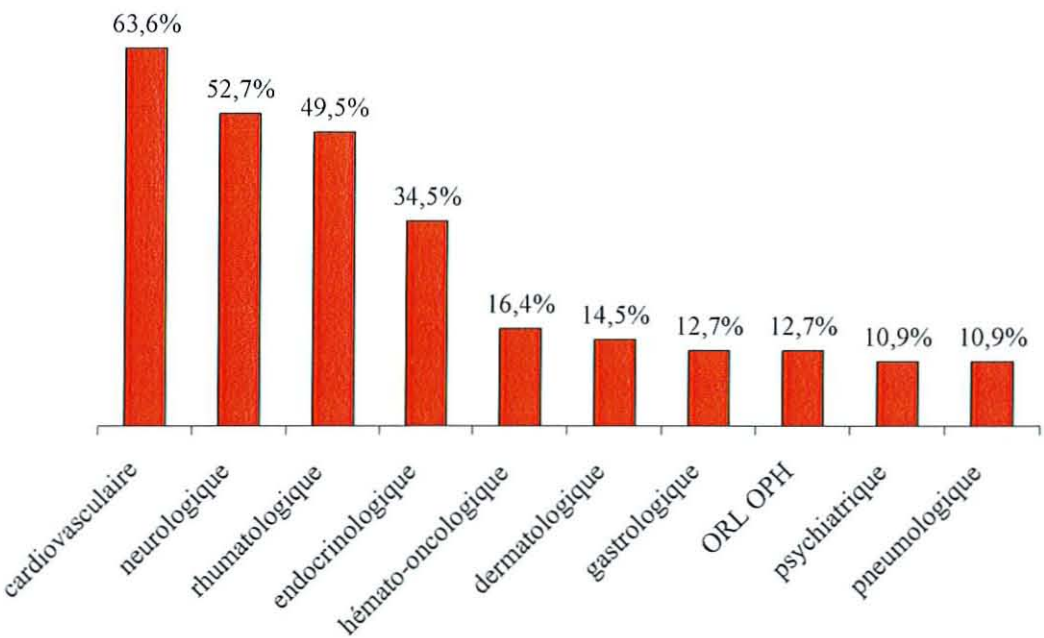
Après le recueil de ces différentes données, il est possible d'étudier les caractéristiques de la population concernée, de relever l'existence ou non de douleurs spécifiquement liées aux escarres et d'observer les stratégies thérapeutiques adoptées.

2 PRESENTATION DESCRIPTIVE DES DONNEES STATISTIQUES

2.1 LA POPULATION

La population présente les caractéristiques suivantes.

- L'âge moyen de la population est de 82,2 ans avec un minimum de 65 ans et un maximum de 95 ans.
- Le sexe le plus représenté est le sexe féminin (66,7 %).
- 74,5 % de la population présente une altération des fonctions supérieures et le niveau d'autonomie le plus fréquent est le stade 1 (81,8 % des personnes concernées).
- La population est polypathologique avec des affections réparties de manière suivante :

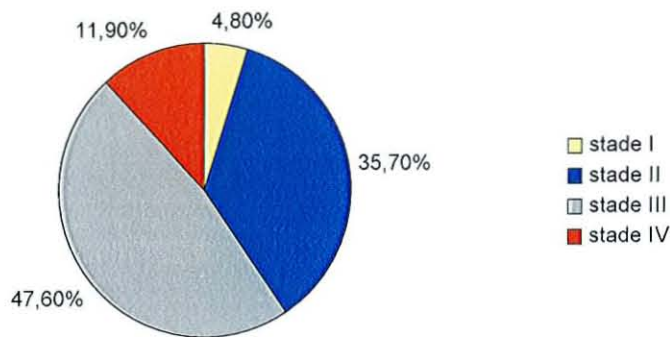


Les pathologies regroupées dans ces ensembles sont précisées en annexe 5.

2.2 LES DOULEURS LIEES AUX ESCARRES

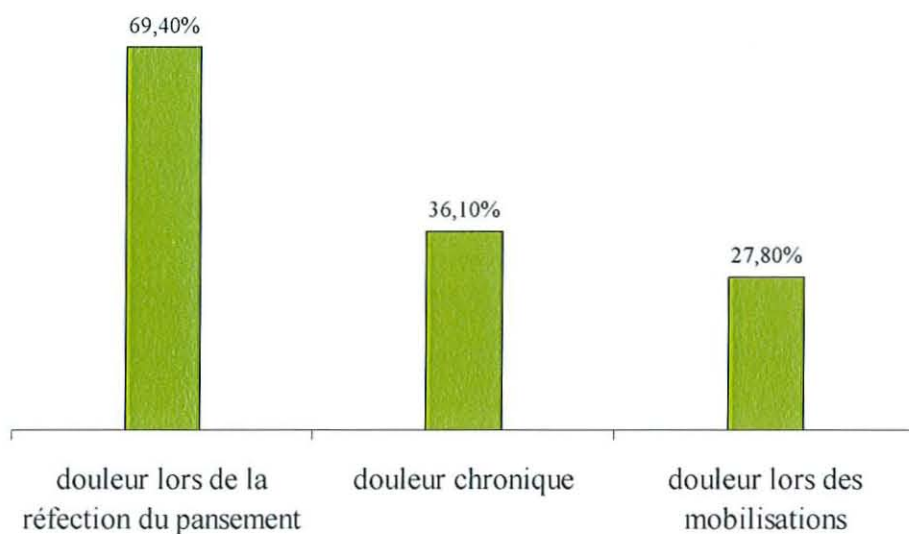
Concernant les escarres, les observations suivantes ont été réalisées.

- 85,5 % des patients sont déjà porteurs d'escarres en arrivant dans le service.
- 55,6 % de ces escarres évoluent de façon chronique et existent depuis plusieurs mois.
- Le nombre moyen d'escarre par personne est de 1,56.
- Les stades de gravité des escarres sont répartis de la façon suivante :



- 80 % de la population présente au moins une pathologie réputée source de douleur.
- Les causes les plus fréquentes de ces douleurs sont :
 - 27,3 % causes artério-veineuses (artérite, ulcère variqueux),
 - 26,6 % causes rhumatologiques (arthrose, polyarthrite rhumatoïde, fractures),
 - 12,7 % causes neurologiques (maladie de Parkinson, sclérose latérale amyotrophique, neuropathie et hémiplégie),
 - 5,4 % présence de métastases osseuses,
 - 5,4 % présence de complications du décubitus,
- Dans 65,5 % des cas, il est signalé, dans le dossier, la présence d'une douleur liée à l'escarre.

- Les divers moments des plaintes sont répartis de manière suivante :



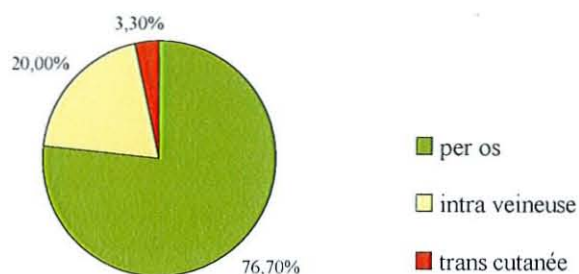
- Dans 60 % des cas cette douleur se trouve notée en deux endroits distincts d'un même dossier : dans les feuilles de transmission dans le cadre d'une plainte du patient et dans les feuilles de suivi du pansement.
- Dans 70,9 % des cas aucune échelle d'évaluation n'a été utilisée.

2.3 LA THERAPEUTIQUE ANTALGIQUE

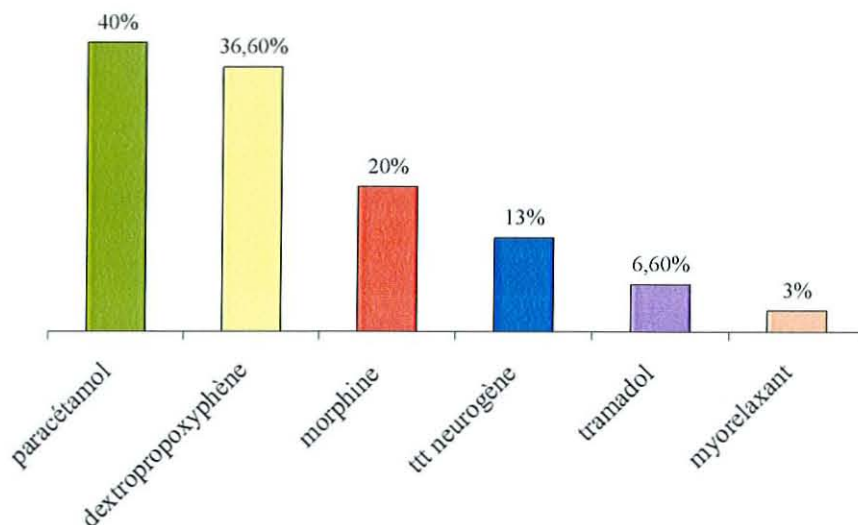
Le recueil des données sur les antalgiques utilisés conduit aux résultats suivants :

➤ Dans un premier temps, 54,5 % de la population reçoit un traitement médicamenteux contre la douleur.

- La voie d'administration la plus fréquente est la forme orale :

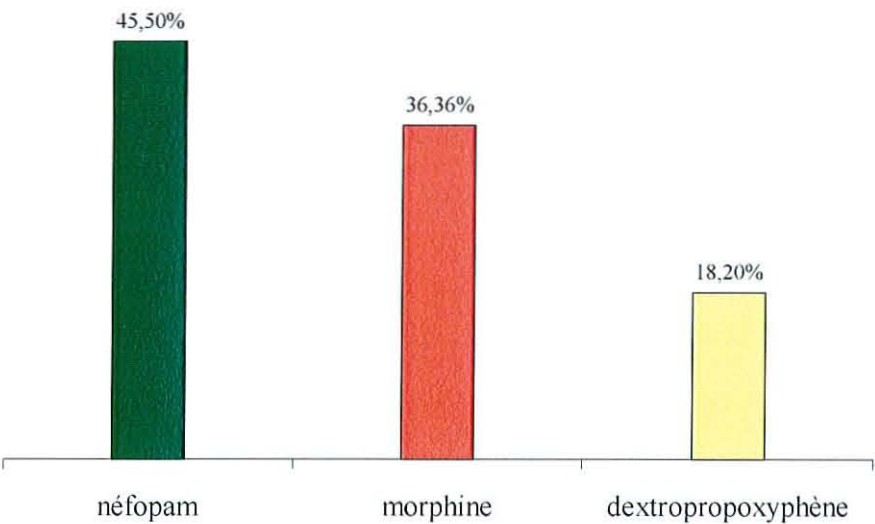


- Les médicaments les plus prescrits sont les suivants :



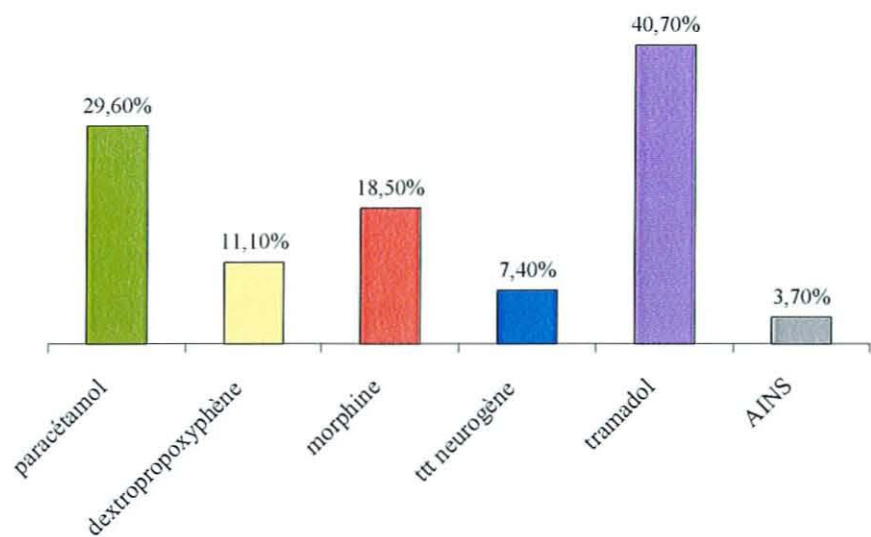
La légende "ttt neurogène" correspond aux traitements administrés contre les douleurs neurogènes. On note dans cette étude l'utilisation de Rivotril® et de Dépakine®.

- La moitié des patients recevant un traitement de façon chronique réclame une administration supplémentaire d'antalgique. Ils bénéficient alors, dans 68,7 % des cas, de paracétamol et, dans 12,5 % des cas, de morphine.
- Avant la réalisation du pansement, 20 % des patients bénéficient d'un traitement antalgique. Il s'agit de :

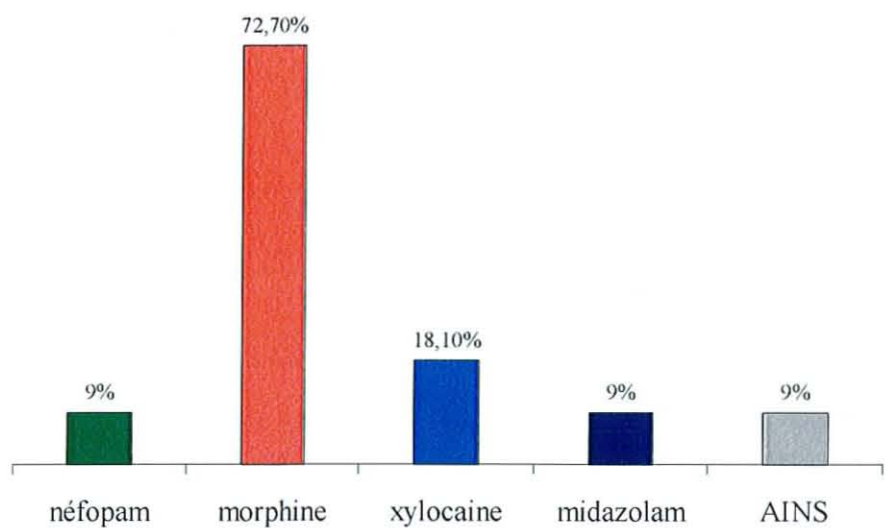


- Le deuxième temps correspond à une modification du traitement (introduction ou changement d'antalgique).
- 49,1 % de la population reçoit un médicament contre la douleur.
- La voie d'administration la plus fréquente reste la voie orale avec 74,1 % des patients et 25,9 % par voie intraveineuse.

- Les classes médicamenteuses les plus prescrites sont :

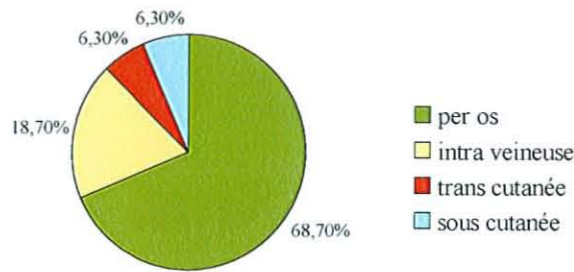


- 25,9 % des patients réclament l'administration supplémentaire d'un antalgique. Ils bénéficient dans 42,8 % des cas d'un traitement morphinique, dans 28,6 % des cas de paracétamol, dans 14,3 % des cas de dextropoxyphène et dans 14,5 % des cas d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- Avant la réalisation du pansement, 20 % bénéficient d'un traitement antalgique.
- Les prémédications sont réparties de manière suivante :

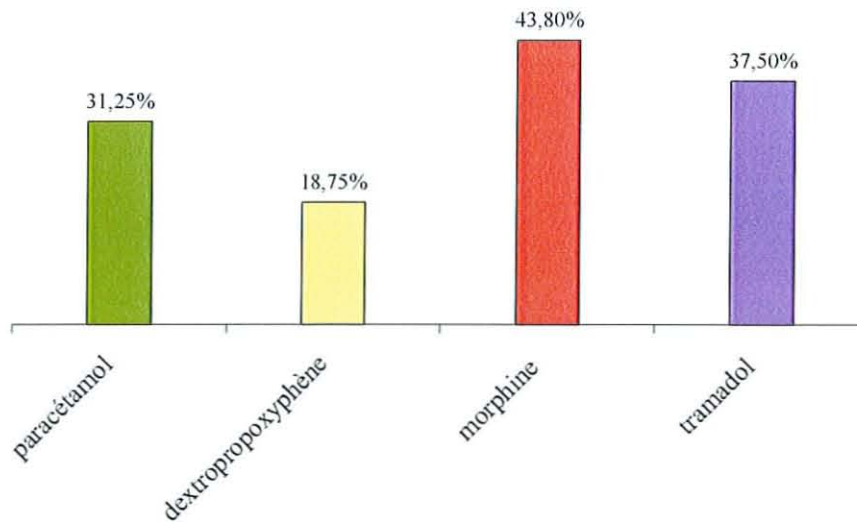


➤ Au troisième temps, après une deuxième modification du traitement, on note que 29,1 % de la population reçoit un antalgique.

- Les voies d'administration sont les suivantes :

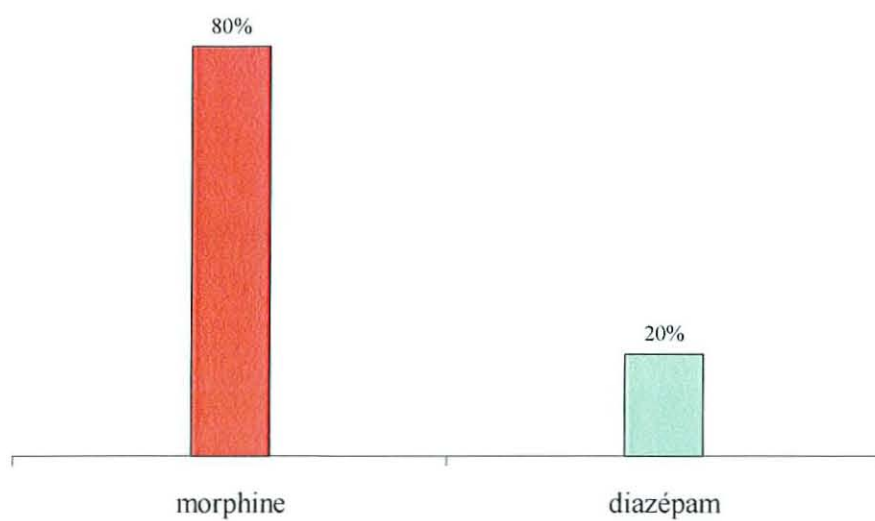


- Les classes médicamenteuses les plus prescrites sont :



- 18,7 % des patients réclament un traitement antalgique supplémentaire et ils bénéficient dans 2/3 des cas de morphine et dans 1/3 des cas de paracétamol.

- Avant la réalisation du pansement, 31 % reçoivent un traitement contre la douleur. Il s'agit de :



3 ANALYSE DES DONNEES

L'analyse des résultats de cette étude va porter sur les trois points suivants :

- description de la population gériatrique concernée
- étude des douleurs liées aux escarres
- étude des moyens thérapeutiques utilisés face à ces douleurs

3.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION

La population concernée par cette étude présente les diverses caractéristiques de la survenue d'escarres en gériatrie : l'ensemble des facteurs de risque ainsi que la multiplicité des pathologies y sont retrouvés.

- L'âge moyen est de 82,2 ans, ce qui correspond au pic de fréquence des escarres qui est situé entre 76 et 84 ans (4).
- Le degré d'autonomie le plus représenté est le niveau 1 ce qui correspond à une perte complète de l'autonomie et à une dépendance totale.
- Il existe une altération des fonctions supérieures chez 74,5 % des patients. Elle n'est pas systématiquement évaluée dans les dossiers.

L'état grabataire et l'altération des fonctions supérieures jouent un rôle dans la formation d'escarres. Ils signifient une baisse de la perception sensitive aux stimuli nociceptifs, une diminution de la mobilité et entraînent une augmentation des temps de pression sur les points d'appui.

- Les patients présentent une association de plusieurs pathologies qui favorise l'apparition d'escarres :

- 63,6 % de troubles cardio-vasculaires responsables d'hypoxie et de modification de la microcirculation ;
- 52,7 % de troubles neurologiques avec réactions inadaptées aux situations d'inconfort ;
- 49,5 % de troubles rhumatologiques entraînant des immobilisations forcées et des douleurs.

- Le nombre moyen d'escarre est de 1,56, ce qui est inférieur à celui trouvé habituellement dans l'ensemble des populations gériatriques (1,6 à 2,5 escarres par personne atteinte) (4, 10).
- Les escarres sont de gravité plus importante que celle habituellement retrouvée. On note une majorité de stades III (47,6 %) et II (35,7 %) alors que l'on a plutôt des stades I et II dans les diverses études (4, 10).
- Les patients sont porteurs d'escarres qui évoluent de manière chronique. 85,5 % d'entre eux arrivent dans un service avec déjà une escarre existant depuis plusieurs semaines.

Dans l'ensemble des quatre services, on est en présence d'une population dont l'état général est très altéré, porteuse de pathologies multiples, présentant une somme de facteurs de risque lourde, dans un contexte d'évolution chronique. Le nombre moyen d'escarre par patients est restreint mais le stade de gravité est important.

Dans ces services, les personnes âgées porteuses d'escarres représentent une population particulièrement fragile, polypathologique, caractéristique de celle habituellement retrouvée.

3.2 ETUDE DES DOULEURS LIEES AUX ESCARRES

Une douleur spécifiquement liée aux escarres apparaît dans 65,5 % des cas. Elle est inscrite pour 60 % des dossiers, simultanément, en deux endroits distincts : la feuille de suivi du pansement et la feuille de transmission infirmière, mais elle est rarement retrouvée dans la partie médicale de l'observation ce qui laisse à penser que les remarques algiques liées aux plaies ne sont pas peut être pas encore suffisamment considérées comme des données de l'examen clinique des patients.

Le moment de survenue de la douleur est important. Le plus fréquent est celui de la réfection du pansement, moment particulièrement critique avec 69,4 % des douleurs parmi les plaintes signalées.

Les douleurs chroniques, c'est à dire omniprésentes et liées à la plaie elle même, représentent 36,1 % des plaintes recensées.

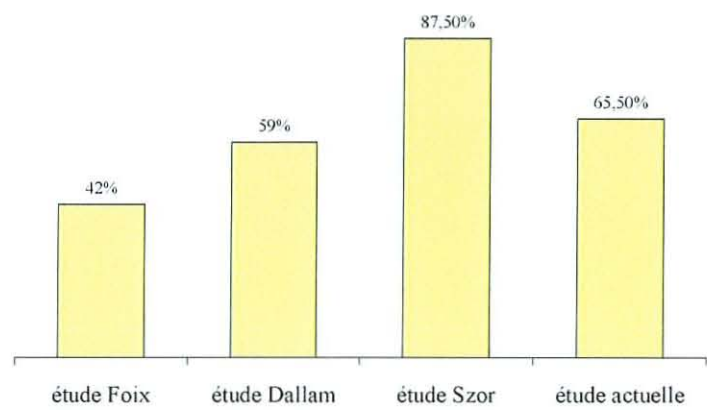
Les douleurs liées aux mobilisations affectent 27,8 % des plaignants.

Plusieurs études sur l'existence de douleurs liées aux escarres ont été réalisées mais leur approche et leur méthodologie sont très différentes ce qui les rend difficiles à comparer.

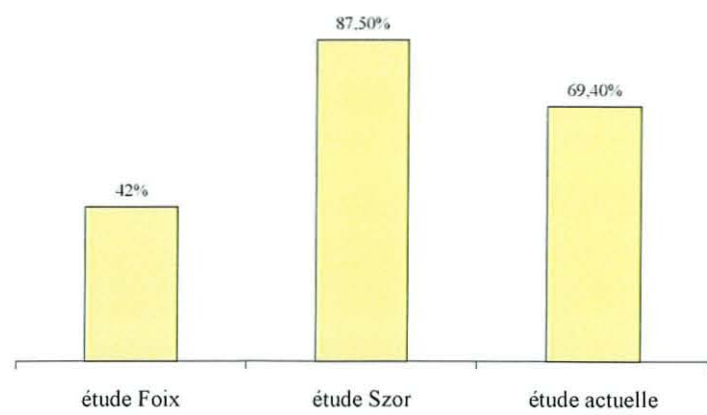
Cependant, toutes mettent en évidence l'importance de ces douleurs et soulignent la pénibilité du moment des soins. Ces études sont les suivantes :

- en 1994, étude réalisée à l'hôpital Charles Foix (11) : questionnaire concernant la douleur de leur patient, remis aux infirmières et aux médecins lors d'une enquête de prévalence,
- en 1995, étude réalisée par L. Dallam (12) : interview de 132 patients présentant des escarres,
- en 1999, étude réalisée par J. Szor et C. Bourguignon (13) : interview de 32 patients.

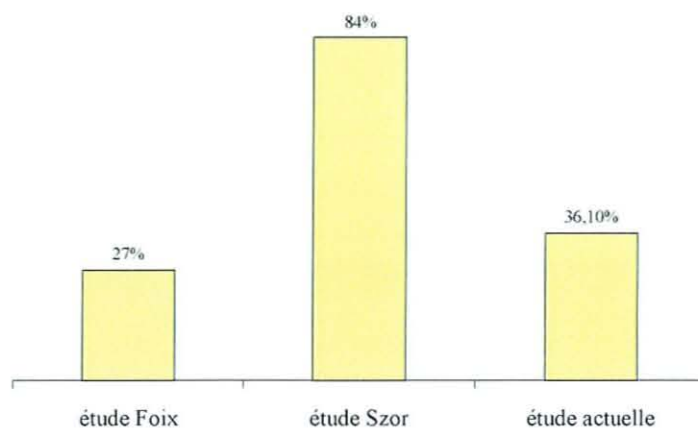
Pourcentage de patients porteurs d'escarres qui signalent des douleurs :



Pourcentage de douleurs qui surviennent à la réfection du pansement :



Pourcentage de douleurs chroniques :



En outre, les dossiers se révèlent riches en informations quantitatives mais aussi en informations qualitatives. Les impressions des patients sur les odeurs des escarres, sur la crainte de l'évolution ou sur l'aspect de la plaie, par exemple y sont notées. Ceci montre la volonté des équipes soignantes d'améliorer le confort du malade et de soulager la douleur. Mais ces informations sont éparpillées et ne sont pas toujours suivies d'actes concrets.

En ce qui concerne l'évaluation de la douleur, elle n'est pas effectuée dans 70,9 % des cas.

Pour les 29,1 % des personnes évaluées, il s'agit en fait d'un groupe de patients tous issus du Long Séjour Saint-Stanislas où des protocoles de prévention d'escarres, d'une part, et de prise en charge de la douleur, d'autre part, ont été instaurés (cf. annexe 6). Cette stratégie est effective depuis l'élaboration d'une grille d'évaluation de la douleur spécifique à l'activité du service, créée en collaboration avec toute l'équipe soignante. On constate ici, que tous ces patients ont pu en bénéficier.

Des progrès restent donc à faire en matière d'évaluation.

3.3 ETUDE DES MOYENS THERAPEUTIQUES UTILISES

La voie d'administration privilégiée est la forme orale avec des valeurs comprises entre 68,7 % et 76,7 %. Ce choix est fait malgré le faible niveau d'autonomie et l'état altéré des fonctions supérieures de la majorité des patients. Ceci peut s'inscrire dans une démarche de recherche de qualité pour la prise en charge de la douleur.

Un traitement visant à soulager la douleur chronique, quelle que soit son origine, est administré à 54,5 % des patients. Ce chiffre est inférieur aux 80 % de pathologies réputées douloureuses

répertoriées dans l'étude. Il est aussi inférieur aux 65,5 % de patients signalant une douleur à cause d'escarres. Mais le caractère rétrospectif de cette étude ne permet pas de conclure que le soulagement de la douleur serait inefficace. Néanmoins, ce taux de prescription est largement supérieur aux taux retrouvés dans les études préalablement citées (45 % de prescriptions à visée antalgique dans l'étude de l'hôpital Foix, 2 % dans l'étude de L. Dallam et 6 % dans l'étude de J. Szor).

Les classes médicamenteuses les plus utilisées, que chaque patient reçoive un ou plusieurs antalgiques, sont le paracétamol (40 %) et le dextropropoxyphène (36,6 %). Dans un deuxième temps, ces taux diminuent (29 % et 11 %), au profit du tramadol alors prescrit dans 40,7 % des cas. Enfin, le troisième temps conduit à la prescription prépondérante de morphine. Il est à noter qu'une utilisation sans réticence est faite de la morphine avec un taux de prescriptions de 20 % dès l'arrivée dans le service puis une augmentation progressive avec jusqu'à 43,8 % d'utilisation.

Les règles de prescription des antalgiques de paliers I, II puis III sont tout à fait respectées.

La partie plus spécifique de cette étude concerne la prise en charge des douleurs induites par les soins infirmiers lors de la réfection des pansements. Seulement 20 % des patients bénéficient d'une prémédication dans le but d'éviter ces douleurs. Même si ce chiffre est supérieur à ceux retrouvés dans les différentes études citées, il demeure insuffisant puisque 69,4 % des plaintes surviennent à ce moment précis.

La morphine constitue la part la plus importante des prescriptions. Elle est utilisée, dans un premier temps pour 36 % des prémédications. Elle est choisie dans 72,7 % puis 80 % des cas. L'analyse des dossiers montre que ces taux augmentent simultanément avec le taux de prescriptions de morphine dans le but de soulager une douleur d'autre origine (passage au palier III après échec des paliers I et II). En effet, les patients bénéficiant de morphine par voie intra veineuse reçoivent plus facilement une prémédication sous la forme d'une interdose. Les patients naïfs de morphine qui en reçoivent avant le pansement sont plus rares : 3 personnes au premier temps et 5 personnes au deuxième temps.

Un autre antalgique est utilisé dans ce cadre. Il s'agit du néfopam avec 45,5 % des prémédications à l'arrivée dans le service, mais il est par la suite abandonné.

D'autres stratégies thérapeutiques, comme l'utilisation de xylocaïne en application locale ou l'injection de midazolam, existent mais demeurent marginales.

L'ensemble de ces prescriptions est hétérogène ce qui reflète l'absence de consensus visant à épargner les douleurs liées aux soins. Elles relèvent des habitudes de chaque service et de l'expérience individuelle de chaque équipe soignante

Partie III : SYNTHÈSE BIBLIOGRAPHIQUE

1 LES ESCARRES DES PERSONNES AGEES

1.1 EPIDEMIOLOGIE

Les escarres de la personne âgée concernent la plupart des secteurs d'hospitalisation puisqu'elles touchent des domaines aussi divers que la réanimation, la chirurgie, les services de soins de suite et ceux de long séjour. La médecine générale de ville avec le développement des structures de maintien à domicile est, elle aussi, concernée.

Les enquêtes épidémiologiques sont nombreuses mais une réserve est systématiquement émise lors de l'étude de ces données (4, 10). Leurs résultats sont peu satisfaisants car ils reposent sur des populations disparates avec des tailles d'échantillonnage inégales. Les secteurs d'hospitalisation sont différents, donc peu comparables, et il est difficile de savoir si les escarres superficielles de stade I ont été incluses.

- La valeur moyenne de la prévalence est comprise entre 10 et 20 %. Elle est plus importante en orthopédie, soins intensifs et moyen séjour que dans les services de long séjour.
- L'incidence varie de 0,6 à 13 % de personnes âgées admises à l'hôpital constituant des escarres au cours de leur première année de séjour versus 1 à 5 % tous âges confondus. Plus de la moitié des escarres surviennent chez des malades âgés de plus de 70 ans.
- La morbidité liée aux escarres comporte les complications infectieuses, les douleurs et un allongement des durées d'hospitalisation. Il existe une surmortalité chez les patients porteurs d'escarres mais ce risque est dû aux pathologies associées (4, 10).

Il est à noter que la majeure partie des escarres évolue favorablement avec des pourcentages variant de 61 à 81 % d'amélioration après 6 semaines de prise en charge. Les taux de guérison pour les escarres de stades II, III et IV sont respectivement de 87, 79 et 59 %.

La principale particularité de l'escarre de la personne âgée est la fréquence des escarres multiples avec 1,6 à 2,5 lésions contre 1,4 à 1,7 dans le reste de la population. Les localisations et le stade de gravité ne diffèrent pas de ceux de la population générale.

Les circonstances d'apparition sont liées dans 80 % des cas à la survenue d'un épisode aigu comme, par exemple, une fracture du col fémoral, une hémiplégie après un accident vasculaire cérébral ou un syndrome infectieux. On parle alors d'escarre aiguë. Les 20 % restants correspondent aux malades présentant des pathologies source de grabatisation (paraplégie, maladie de Parkinson, ...). Enfin, il existe des escarres de pronostic très défavorable, apparaissant en fin de vie et relevant de soins palliatifs.

1.2 LES FACTEURS DE RISQUE LIES A L'AGE

Une stratégie efficace de prévention d'escarres passe par l'identification des patients à risque. C'est le cas des personnes âgées qui doivent être considérées comme à risque car il existe une relation directe entre l'âge et la fréquence des escarres. En effet, 80 % des escarres concernent des personnes de plus de 60 ans, sachant que la moitié touche les plus de 80 ans (4).

Pourtant l'âge ne doit pas être considéré comme un facteur de risque individualisé. Il n'intervient qu'indirectement, par le biais de pathologies qui lui sont de plus en plus fréquemment associées, en particulier celles responsables d'hypoxie (anémie, insuffisance respiratoire chronique), de bas débit circulatoire (insuffisance cardiaque) ou de trouble de la conscience.

D'autre part, alors que les facteurs extrinsèques générateurs d'escarres sont bien connus (pression, cisaillement, friction et macération), il convient de faire attention, plus particulièrement, aux facteurs de risque intrinsèques, caractéristiques de la physiologie du vieillissement (4, 5, 6) :

- La sénescence cutanée, qui entraîne des modifications de la couche cornée avec une augmentation du temps nécessaire au renouvellement cellulaire et une déshydratation conduisant à une xérose. La sénescence sous-cutanée et l'hypotrophie musculaire, qui aboutissent à une atrophie des tissus graisseux qui perdent leur rôle de répartiteur de pressions contribuant ainsi à la survenue d'ischémie loco-régionale (14).
- La restriction de la mobilité, qui est associée à une baisse de la perception sensorielle c'est à dire à une baisse de la capacité à réagir face à l'inconfort résultant d'une pression (5). Elle est très fréquente chez les personnes âgées présentant un syndrome démentiel ou une confusion. La diminution de la mobilité peut être secondaire à la survenue d'une fracture, à l'existence d'arthrose invalidante ou à la présence d'une hémiplégie.

- La dénutrition, qui est également un facteur de risque important. Dès que l'albuminémie est inférieure à 30 g/l, une baisse de la pression oncotique avec un œdème interstitiel apparaît et crée une lésion tissulaire (6). De plus les carences en vitamine C et en oligo-éléments (zinc) limitent le renouvellement tissulaire et la cicatrisation. L'état nutritionnel peut être évalué par le suivi de la courbe pondérale, la réalisation d'une enquête alimentaire et des mesures anthropométriques comme l'indice de Quetelet (ou BMI : Body Mass Index = poids en kg / taille² en m²). Des facteurs biologiques peuvent être mesurés comme l'albuminémie, la pré-albuminémie et le calcul d'un index pronostique effectué, le P.I.N.I. (Pronostic Inflammatory and Nutritional Index) par exemple, qui correspond à une évaluation du risque de morbi-mortalité (3) :

1 < P.I.N.I. < 10 = risque faible

Orosomucoïde x protéine C réactive

11 < P.I.N.I. < 20 = risque moyen

P.I.N.I. = -----

Albumine x pré-albumine

21 < P.I.N.I. < 25 = risque important

P.I.N.I. > 25 = risque vital

- Le changement des réponses circulatoires physiologiques en cas de pathologie aiguë, qui aboutit à une altération de la redistribution vasculaire avec une chute de la volémie efficace dans l'anse capillaire. Il se crée alors, plus rapidement que dans la population plus jeune, un œdème interstitiel et une activation de la coagulation avec des microthromboses délétères.
- L'incontinence urinaire ou fécale, enfin, qui favorise la macération avec bris de l'intégrité de la peau et qui se traduit par une susceptibilité plus grande aux infections.

Bien que de nombreux facteurs de constitution d'escarres soient communs aux populations gériatriques et aux plus jeunes, ceux directement en rapport avec l'âge majorent considérablement les risques d'apparition d'escarres. C'est l'accumulation de ces différents facteurs qui caractérise la situation en gériatrie et qui conduit à une situation explosive devant être rapidement dépistée et prévenue.

Des outils existent afin de détecter les personnes âgées risquant de constituer des escarres. Ils nous permettent de mettre en route les protocoles de prévention. Il s'agit d'échelles fiables, validées statistiquement, fournissant un résultat reproductible, sensible et spécifique (14, 15).

La plus utilisée en gériatrie est celle de Norton, publiée en Angleterre en 1962. Elle rassemble 5 items décrivant les conditions physique (A) et mentale (B), l'activité (C), la mobilité (D) et la continence (E). Chaque item peut être coté de 1 à 4; un total "A + B + C + D + E" inférieur ou égal à 16 indique un patient à risque. Plus le total est faible plus le risque est grand. On note que cette échelle ne tient pas compte de l'état nutritionnel du patient.

Deux autres échelles sont particulièrement utilisées en France. Celle de BRADEN, simple et rapide, qui est recommandée par l'ANAES (2) et celle de WATERLOW. Elles sont décrites en annexe 7.

1.3 LES COMPLICATIONS

La survenue d'escarres ouvre la voie à de multiples complications. Les principales sont la surinfection de voisinage (d'autant plus grave si elle touche une articulation comme celle de la hanche ou du genou), l'ostéite avec chronicisation ou évolution possible vers la septicémie, et le retard de cicatrisation. Des complications générales, comme les pertes protidiques et électrolytiques, l'amylose ou, exceptionnellement, la transformation carcinomateuse peuvent survenir (4).

Ces complications mettent directement en jeu le pronostic vital du patient et sont particulièrement surveillées par les équipes soignantes.

Mais qu'en est-il de la douleur, pourtant décrite comme "atroce et décourageante" (13) ?

Le peu d'études sur ce sujet peut suggérer qu'elle est probablement sous estimée actuellement.

Au total, les personnes âgées représentent une population très exposée à la survenue d'escarres. Les altérations physiologiques liées au vieillissement d'une part, et la fréquence majorée de pathologies modifiant la perfusion tissulaire d'autre part, cumulent leurs effets et créent une situation délicate. Aussi, la survenue d'un épisode aigu peut rompre l'équilibre et favoriser la formation d'escarres. L'utilisation d'échelles de dépistage est particulièrement utile en gériatrie, afin de mettre en route les mesures préventives de façon précoce.

2 LES DOULEURS LIEES AUX ESCARRES

2.1 LES DOULEURS DES PERSONNES AGEES

2.1.1 PARTICULARITES DIAGNOSTIQUES

La prévalence de la douleur dans la population âgée est estimée entre 40 et 70 % des personnes en institution gériatrique (16). Les pathologies susceptibles d'être douloureuses sont plus fréquentes : pathologies ostéo-articulaires, zona et surtout cancers (80 % des malades cancéreux présentent des douleurs au cours de leur maladie, alors que les cancers surviennent dans 60 % des cas après 60 ans). Les personnes grabataires subissent, de plus, les complications de l'alitement, comme les rétractions tendineuses ou les attitudes vicieuses.

Cependant ces douleurs sont difficiles à reconnaître, à évaluer et donc à soulager. Plusieurs obstacles entravent l'établissement du diagnostic "douleur".

Tout d'abord ces patients ont souvent une attitude fataliste, résignée et ne jugent pas nécessaire de signaler la douleur qu'ils pensent être une composante normale de la vieillesse et de la maladie (17, 18). Ils peuvent, aussi, éviter d'en parler par peur de déranger et par peur du diagnostic, des investigations, des traitements (notamment morphinique) ou parce qu'ils pensent que cette douleur traduit une aggravation de la maladie et donc une mort prochaine. La plainte douloureuse peut se trouver noyée dans une série de plaintes somatiques chroniques (19).

D'autre part, l'expression de la douleur est atypique chez les personnes âgées. Il existe des comportements mutiques, de repli, d'agitation ou de confusion qui sont uniquement imputables à une douleur. La présence de troubles cognitifs, de troubles du langage et les troubles sensoriels empêchent la communication, entravent l'évaluation (alors que même sans troubles des fonctions supérieures, l'âge constitue, à lui seul, un risque de mauvaise réponse lors de l'utilisation d'une échelle d'évaluation). Les études montrent que les patients aux fonctions cognitives altérées se plaignent moins que les autres. Ils sont alors moins traités et donc souffrent plus. Le Dr WARY a décrit un état où douleurs physiques et psychiques sont liées à la dégradation des fonctions cognitives (20).

Parfois, une connaissance insuffisante des schémas thérapeutiques antalgiques et de leur spécificité par les équipes soignantes peut rendre la prise en charge de la douleur moins efficace.

Enfin, même si les données de la littérature concernant une “presbyalgie” sont discordantes, le fait que l’âge diminuerait la sensibilité à la douleur devrait être considéré comme une idée fausse (21). Des recommandations sur l’évaluation de la douleur du sujet âgé et son traitement ont été élaborées, à ce propos, sous l’égide de l’ANAES, en octobre 2000 (22).

Un phénomène douloureux non traité entraîne de multiples conséquences comme l’anorexie, la dénutrition, des troubles du sommeil, la dépression, une perte d’autonomie qui elles-mêmes majorent la douleur créant un cercle vicieux difficile à rompre (21). Le risque d’apparition d’un syndrome de glissement est important. Il faut aussi tenir compte du retentissement sur l’entourage du malade, sur sa famille qui peut éprouver angoisse, souffrance, agressivité et engendrer des demandes d’euthanasie.

L’équipe soignante fait, elle aussi, partie de l’entourage et peut ressentir des sentiments de culpabilité, d’épuisement ou de fuite (23).

Ces particularités de la douleur des personnes âgées expliquent la nécessité de rechercher l’existence de douleur de manière systématique et d’en considérer le traitement comme une réelle urgence.

2.1.2 EVALUATION

La possibilité de traiter la douleur passe avant tout par la nécessité de la reconnaître et de l’évaluer. L’évaluation doit être qualitative (il faut en rechercher les mécanismes, les étiologies), quantitative (il faut définir son intensité), temporelle (l’évaluation doit être pluri-quotidienne afin de connaître l’efficacité des mesures entreprises) et inclure un bilan du retentissement psychique et social (19).

Des outils permettent d’évaluer la douleur et les échelles d’évaluation sont nombreuses. On distingue l’auto-évaluation de l’hétéro-évaluation.

Une étude américaine montre que 83 % des personnes âgées d’une maison de retraite ayant des troubles cognitifs modérés, voire sévères, peuvent se servir d’au moins un outil d’auto-évaluation (16). De plus, la non-compréhension d’un outil n’implique pas la non-compréhension obligatoire des autres.

L'EVA (échelle visuelle analogique) est une échelle d'auto-évaluation unidimensionnelle très utilisée. Le malade situe l'intensité de sa douleur entre deux extrêmes : pas de douleur et douleur maximale imaginable, en déplaçant un curseur sur une règle dont la face montrée n'est pas graduée. Elle nécessite une capacité d'abstraction de la part du patient âgé. Deux autres échelles sont largement utilisées même si elles ne sont pas validées chez la personne âgée : l'échelle numérique (il s'agit de donner une note de 0 à 10 à la douleur) et l'EVS (échelle verbale simple) (il s'agit de définir une douleur absente, très légère, modérée, marquée ou insupportable). Les instruments d'évaluation multidimensionnels (McGILL Pain, questionnaire de MELGACK, questionnaire "douleur" de ST-ANTOINE) permettent une approche descriptive plus complète mais ils sont longs et nécessitent une coopération active du patient.

Pour les personnes présentant des troubles de la communication verbale, il est nécessaire d'avoir recours à des outils d'hétéro-évaluation car le risque de sous-évaluation de la douleur est particulièrement important. Deux échelles sont actuellement validées en France pour les personnes âgées :

- l'échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée DOLOPLUS 2 nécessite un apprentissage et doit être cotée en équipe pluridisciplinaire (au minimum un médecin et un soignant). Elle étudie le retentissement somatique, psychomoteur et psychosocial de la douleur. Ces trois sous-groupes rassemblent 10 items à coter de 0 à 3. Un score supérieur ou égal à 5/30 signale la douleur. Il est conseillé d'établir une cinétique des scores avec réévaluation biquotidienne jusqu'à sédation des douleurs puis en fonction de la situation clinique (annexe 8).
- l'échelle ECPA (22, annexe 9) comprend 8 items avec 5 modalités de réponses cotées de 0 à 4. Le score varie de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale). La cotation peut être faite par une seule personne, à n'importe quel moment et être répétée aussi souvent que nécessaire.

Ces deux échelles une fois expérimentées requièrent un temps de cotation variant de 1 à 5 minutes.

2.1.3 PARTICULARITES THERAPEUTIQUES

La prise en charge thérapeutique de la douleur doit être adaptée individuellement à chaque patient, être “à la carte”. Elle nécessite une bonne coopération entre les différents intervenants, un vrai travail d'équipe. Elle passe d'abord par une évaluation de la douleur, effectuée à l'aide d'outils validés afin que l'information puisse être fiable et transmise d'une équipe à l'autre. Elle sera renouvelée en cours de traitement pour vérifier l'efficacité. Un objectif doit être fixé, que le patient soit ou non communicant.

Les antalgiques ne sont pas prescrits à la demande mais au long cours. La voie orale est privilégiée (24).

Les principes du traitement antalgique chez la personne âgée sont les mêmes que pour le reste de la population. Il faut cependant tenir compte des modifications physiologiques liées à l'âge. La surveillance médicale de la tolérance doit être personnalisée du fait de la grande variabilité des réponses individuelles aux médicaments.

Le vieillissement ne modifie pas l'absorption digestive des médicaments mais il change leur distribution. Il existe une diminution de l'eau totale, de la masse musculaire et une augmentation du tissu adipeux. Ainsi, le volume de distribution des médicaments hydrosolubles (ex : morphine) diminue, ce qui augmente leur taux sérique et, à l'inverse, les médicaments liposolubles (ex : benzodiazépines) s'accumulent, ce qui prolonge leur action (18, 19).

Le métabolisme hépatique change avec une diminution du débit sanguin et de l'activité enzymatique liée au cytochrome P450. Ceci a un effet sur le premier passage hépatique des médicaments pris par voie orale. C'est à ce niveau que se jouent les problèmes liés aux interactions médicamenteuses.

Le vieillissement rénal entraîne des retards d'élimination des médicaments. Il s'agit d'une réduction néphronique avec une créatinine restant normale en raison de la diminution concomitante de la production de créatinine par le muscle. Il convient d'évaluer la fonction rénale à l'aide de la formule de COCKCROFT et de GAUTL (16, 19).

- *clairance pour une femme* = $(140 - \text{âge})(\text{poids en kg}) / \text{créatinine sanguine en } \mu\text{mol/l}$

- *clairance pour un homme* = *clairance pour une femme* $\times 1,25$

L'insuffisance rénale chronique est définie à partir d'une clairance inférieure à 30 ml/min.

Pour les personnes âgées, le risque iatrogène est important car les effets secondaires peuvent rapidement entraîner des conséquences graves (chute, confusion, rétention d'urine) susceptibles d'altérer l'état général.

Malgré une marge de manœuvre étroite entre une antalgie efficace et des effets indésirables fréquents, toutes les thérapeutiques antalgiques sont utilisables chez les personnes âgées, en particulier celles préconisées par l'O.M.S. (19).

2.2 LES DOULEURS LIEES AUX ESCARRES

2.2.1 DEUX ETUDES

Il existe peu d'études sur la prise en charge de la douleur chez les personnes souffrant d'escarres (25). Nous décrivons les deux principales :

La première a été effectuée par Linda DALLAM et al. (12), en 1995. Elle consiste à interroger 132 personnes, à propos de leur douleur. Les échelles d'évaluation proposées aux patients étaient le V.A.S. (Visual Analog Scale) et le Faces Pain Rating Scale, qui n'est validée que chez l'enfant (une série de 6 visages exprimant l'absence de douleur jusqu'à la présence d'une douleur de plus en plus importante). Les fonctions supérieures étaient évaluées grâce au M.M.S.E. (Mini Mental State Examination). L'existence ou non d'un syndrome dépressif était recherchée par le Beck Depression Inventory. Cette étude révèle que 59 % des personnes interrogées disent ressentir une douleur (voire 68 % si on inclut l'utilisation du FPRS) alors que seulement 2 % reçoivent un traitement antalgique. D'autre part, contrairement aux idées reçues, les patients souffrant d'escarres de stade IV se plaignent autant de douleurs que ceux présentant des escarres de gravité moindre et ces douleurs sont majoritairement décrites comme sévères. L'étude pose aussi le problème des personnes ne pouvant communiquer leur douleur puisque 2/3 de la population n'était pas en mesure de répondre aux questions. L'auteur remarque que ce sont ces personnes qui présentent les escarres les plus graves et qu'elles subissent plus de mesures invasives que les autres (par exemple détersion chirurgicale de l'escarre).

La deuxième étude date de 1999 et a été réalisée par Judy SZOR et Cheryl BOURGUIGNON (13). Elle consiste à étudier le moment de survenue des douleurs liées aux escarres, ressenties au repos ou pendant les soins infirmiers. Elle rassemble 32 personnes dont la douleur est évaluée par le questionnaire de MCGILL. Il ressort que 87,5 % des patients présentent des douleurs lors des soins et 84 % pendant qu'ils sont au repos. Ces douleurs sont décrites de peu

sévères à pénibles par 75 % des patients et 18 % les jugent atroces ou insupportables. Il est alors remarqué que seulement 6 % des patients sont traités contre la douleur. L'autre point étudié consiste à classer l'existence de douleur en fonction de la gravité de l'escarre : 92 % des malades avec une escarre stade II décrivent une douleur, 100 % pour les stades III et 75 % pour les stades IV. En outre, plus le stade de gravité augmente, plus les qualificatifs descriptifs de la douleur s'enrichissent.

Ces deux études mettent en évidence que si la présence de douleurs redoutables liées aux escarres est incontestable, la prise en charge antalgique demeure, elle, largement insuffisante.

2.2.2 DESCRIPTION

Forte de son expérience dans la prise en charge des douleurs chroniques, l'infirmière américaine Diane KRASNER a proposé, comme modèle de description de ces douleurs, le modèle C.W.P.E. (Chronic Wound Pain Experience). Elle a repéré trois composantes distinctes survenant chez un même malade : la douleur chronique, la douleur aiguë cyclique et la douleur aiguë non-cyclique (26, 27).

➤ La douleur chronique est omniprésente, due à la plaie elle-même. Elle existe en dehors de tout facteur déclenchant. Son mécanisme est expliqué par un excès de nociception, lié à la destruction cellulaire, à l'inflammation et, éventuellement, à l'infection. Un mécanisme de type neurogène est également décrit, notamment par le Docteur Costes (28), avec une composante de fond de type brûlure ou fourmillement et une composante paroxystique type coup d'aiguille. La douleur chronique comprend également les contractures musculaires de la région proche de l'escarre, la douleur liée à une pression au niveau de la plaie due à des exsudats trop abondants ou la douleur morale avec anxiété devant des soins redoutés, insomnie ou dépression.

➤ La douleur aiguë cyclique correspond à la douleur occasionnée par les pansements et les changements de position. Cette dernière est d'ailleurs réputée comme difficile à soulager en gériatrie. La douleur aiguë cyclique survient malgré un traitement de fond efficace. Elle conduit à la nécessité de planifier les soins afin qu'ils soient effectués au moment d'antalgie optimal.

➤ La douleur aiguë non cyclique est produite lors de la détersion de l'escarre. Lors d'une détersion mécanique, il faut garder à l'esprit que les berges sont très douloureuses et se garder de faire saigner la plaie.

Il convient également de préciser qu'une fois guéries, les escarres peuvent générer des douleurs résiduelles, post cicatricielles.

L'existence de douleur chez les personnes âgées est un diagnostic difficile à établir. Leur attitude face à la douleur et la multitude des formes cliniques entravent le dépistage. L'élaboration puis la validation des échelles d'hétéro-évaluation ont permis une avancée considérable dans la lutte contre la douleur. Les douleurs liées aux escarres ont été encore peu étudiées. Une approche intéressante consiste en la classification en trois entités distinctes : douleur chronique, douleur aiguë cyclique et douleur aiguë non cyclique, car elle conduit à une stratégie thérapeutique complète.

3 LES TRAITEMENTS

3.1 LES DOULEURS CHRONIQUES

La composante chronique de la douleur des escarres justifie l'emploi d'antalgiques des paliers I, II et III. Le paragraphe suivant propose quelques rappels d'utilisation de ces médicaments.

Pour ce qui concerne le **palier I**, seul le paracétamol est utilisable au long cours. Si l'aspirine ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens deviennent nécessaires, il faut leur associer systématiquement un protecteur gastrique (misoprosol ou oméprazol) du fait de leur toxicité gastrique (16).

Pour les antalgiques du **palier II**, codéine et dextropropoxyphène, il convient de prévenir d'emblée leur principal effet secondaire : la constipation, par la prescription d'un laxatif osmotique comme le lactulose ou le macrogol et de garder à l'esprit le risque d'hypoglycémie induit par le dextropropoxyphène (22).

- Le tramadol a une double action agoniste opioïde des récepteurs μ et anti-recapture de la sérotonine. On le commence à des doses faibles. Il entraîne des troubles digestifs tels les nausées et les vomissements ainsi que des troubles neuropsychiques.

Pour le **palier III**, le chef de file des antalgiques est la morphine (18, 29, 30). On commence par des doses faibles (5 mg voire 2,5 mg toutes les 4 heures) puis on adapte progressivement la dose en fonction de l'antalgie obtenue : c'est la titration.

Les effets secondaires sont connus. Ils doivent être anticipés et soulagés rapidement. C'est ainsi que :

- un laxatif prévenant la survenue d'une constipation (ex : association de lactulose ou de macrogol avec du docusate de sodium) doit être systématiquement prescrit ;
- les nausées et les vomissements peuvent être contrôlés par du métoclopramide, de la dompéridone voire par de faibles doses d'halopéridol (Haldol® faible : V gouttes 3 fois par jour) ;
- une somnolence en début de traitement peut exister et nécessite, avant tout, de vérifier la tolérance d'un traitement psychotrope éventuellement associé ;
- la survenue d'un syndrome confusionnel implique de rechercher une cause (rétention urinaire, fécalome, troubles électrolytiques) avant d'arrêter définitivement le traitement morphinique ;
- la dépression respiratoire n'est pas à craindre devant l'instauration d'un tel schéma thérapeutique. Si elle survient, elle traduit un surdosage et réclame l'action d'un antagoniste pur, la naloxone (Narcan®) ;
- des rétentions urinaires peuvent survenir et sont favorisées par un fécalome ou la prise d'anticholinergiques.

Lorsque la dose quotidienne efficace est établie, il est possible de passer à une forme à libération prolongée.

Si la voie orale n'est pas possible, la morphine est administrée par voie sous cutanée en divisant la dose quotidienne de moitié. S'il est nécessaire d'utiliser la voie veineuse, on divise la dose par trois.

En cas d'intolérance ou de résistance, il est possible d'effectuer une rotation des opioïdes et d'utiliser l'hydromorphone (Sophidone LP®). Elle est considérée comme 7,5 fois plus puissante que la morphine.

Lors de l'utilisation de questionnaires descriptifs de la douleur, les patients porteurs d'escarres décrivent des douleurs de type neurogène. Il est parfois utile de mettre en route les traitements adaptés à ces douleurs chez ces personnes en cas de résistance à un traitement pourtant bien conduit (16).

La composante continue de la douleur (brûlure, fourmillement) est traitée par les antidépresseurs tricycliques : l'amitriptyline (Laroxyl®) ou la clomipramine (Anafranil®), démarrés à de faibles doses : V gouttes de Laroxyl® le soir (5 mg) ou 1 cp de 1 mg d'Anafranil®. La posologie efficace dépend surtout de la tolérance car les effets iatrogéniques sont plus fréquents en gériatrie. Elle est atteinte à partir de 30 à 75 mg par jour après une augmentation des doses par paliers de trois jours à une semaine. Le délai d'action pour l'effet antalgique est de dix jours. Il faut respecter les contre-indications : adénome de prostate, glaucome et guetter les effets secondaires anticholinergiques (rétention d'urines, hypotension orthostatique, confusion, somnolence, tremblements). Il est aussi possible d'utiliser la désipramine (Pertofran®) (22).

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ne sont indiqués qu'en cas de contre-indication aux antidépresseurs tricycliques.

Il faut noter aussi l'efficacité de l'utilisation des morphiniques dans les douleurs neurogènes (31).

La composante paroxystique (coup d'aiguille, éclairs) relève des anticonvulsivants.

- La carbamazépine (Tégretol®) est débutée à 1/2 comprimé de 100 mg, puis on augmente progressivement en fonction de la tolérance. Outre ses effets secondaires (ataxie, confusion, réactions immuno-allergiques), il faut garder à l'esprit le risque d'interaction médicamenteuse de ce puissant inducteur enzymatique.
- L'acide valproïque (Dépakine®) est commencé à 200 mg matin, midi et soir en surveillant les fonctions hépatiques et hématologiques (hépatite et risque de leucopénie).
- Le clonazépam (Rivotril®), à partir de 2 à 5 gouttes le soir, est rapidement efficace mais il comporte de nombreux effets indésirables.

- La gabapentine (Neurontin®) semble prometteuse mais elle ne peut pas être utilisée en première intention. Elle a obtenu l'autorisation de mise sur le marché en France en octobre 2000 pour le traitement des douleurs post-zostériennes.

3.2 LES DOULEURS LIEES AUX PANSEMENTS

3.2.1 L'APPROCHE NON MEDICAMENTEUSE

3.2.1.1 LE DEROULEMENT DES SOINS

La prévention de la douleur induite par les soins passe par une réflexion sur la relation avec les patients (32). Cette attitude découle d'un choix fait par les équipes soignantes pour optimiser le moment des soins. Il concerne l'organisation du travail et il est possible de choisir :

- de travailler en binôme, ce qui facilite les mobilisations, la réalisation des gestes techniques mais aussi permet d'évaluer de façon plus précise le comportement du patient ;
- de se réunir afin de confronter tous les avis et d'analyser les attitudes du patient ;
- de programmer le temps nécessaire aux soins, d'organiser et de respecter une couverture antalgique.

Tout ceci demande beaucoup de temps, nécessite de casser le rythme quotidien pour planifier au mieux, chaque jour, les soins.

Le déroulement des soins est important. Dans un premier temps, il s'agit d'entrer en contact avec le patient. Une attitude d'écoute rassurante est nécessaire. Il convient d'expliquer le soin, de ne pas hésiter à inciter le patient à exprimer ses craintes. Dans cette approche, tout entre en compte : le débit verbal et le ton employé, l'environnement que l'on rend moins agressif en réglant, par exemple, la température de la pièce ou la luminosité, le respect de la pudeur du patient. Il faut éviter les brusques changements de position, mobiliser le patient à plusieurs, de façon douce et utiliser les supports (coussins, traversins) pour installer le patient confortablement. Il est possible d'effectuer un dérouillage progressif des articulations et de mobiliser de façon progressive les muscles au repos avant un changement de position.

Pendant le soin, il est nécessaire d'aménager des temps de repos et d'analyser à intervalles réguliers le comportement du patient (ce qui soulage ou ce qui augmente la douleur).

Pour développer la qualité des soins quotidiens, il faut encourager l'écoute, l'observation, la proximité sensorielle et émotionnelle avec le patient et s'impliquer de façon active (32, 33).

3.2.1.2 LES SUPPORTS

Divers supports pour la prévention des escarres sont disponibles (2, 9, 14). Ils ont également un rôle dans le confort et le soulagement de la douleur des escarres. Leur action est de limiter la pression d'interface soit en augmentant la surface d'appui du malade (supports statiques) soit en créant une alternance de périodes de pression haute et basse (supports dynamiques à pression alternée). Les housses de recouvrement doivent être choisies avec soin car elles engagent la qualité de l'hygiène par la possibilité de les nettoyer et par la diminution de la macération. Le choix des différents supports dépend de leur efficacité mais aussi tient compte de nombreux autres critères comme les facteurs de risques liés aux caractéristiques des populations accueillies dans les services, les ressources humaines et matérielles disponibles et les critères économiques.

Nous présentons ci-dessous, une liste non exhaustive de différents supports :

Les supports statiques, ils sont utilisés pour la prévention des risques faibles à élevés :

- Matelas et sur-matelas en mousse découpés en gaufrier ou à plots (Aplot™, Cliniplot™, Preventix™,...) sont très utilisés car d'une efficacité démontrée, d'un coût peu élevé, et d'une manipulation aisée. Ils sont cependant difficile à stocker, à nettoyer et s'usent rapidement.
- Matelas et sur-matelas à eau (Hydromat™,...) sont reconnus comme efficaces surtout pour les escarres sacrées, moins en ce qui concerne les appuis talonniers. Ils sont peu onéreux, facilement nettoyables mais moins performants pour la macération. Ils sont lourds, peuvent se percer et provoquent une sensation de froid désagréable au patient que l'on installe dessus.
- Matelas et sur-matelas en fibres siliconées (Spenco™) sont peu onéreux, souvent plus confortables que ceux en mousse pour une même efficacité. Ils conviennent bien aux personnes âgées de faible poids.
- Matelas et sur-matelas en mousse à "mémoire" (Tempur™,...) sont d'une bonne efficacité, d'un nettoyage facile mais d'un coût élevé.

- Sur-matelas à air statique sont efficaces mais causent une instabilité par rapport au matelas sous-jacent. Le réglage du gonflage se fait en fonction de la morphologie de chaque patient.

Les supports dynamiques discontinus, matelas et sur-matelas alternent les pressions, grâce à une motorisation, par gonflage et dégonflage :

- Sur-matelas à gonflement d'air alterné (First Sept™, AlphaXcell™,...) sont largement répandus car légers, faciles à laver et d'un coût modeste.
- Matelas d'air alterné et lit à air sont très performants mais d'un coût élevé.

Les lits fluidisés, ils sont considérés comme une référence en matière de prévention mais ils exposent les personnes âgées à une déshydratation et aux infections pulmonaires. Il est difficile de positionner correctement le patient ce qui peut provoquer des rétractions tendineuses.

Les supports pour les fauteuils, il s'agit de coussins de constitutions diverses : gel, mousse, air prégonflé ou non.

3.2.1.3 LE TRAITEMENT LOCAL

Le traitement de l'escarre est long, lourd et chaque étape de la cicatrisation occasionne des douleurs (2, 8, 9).

La détersion mécanique au bistouri ou à la pince et aux ciseaux permet de diminuer la durée de la phase détersive et d'en limiter le risque infectieux. Elle est indolore si on commence par le centre de la plaie en laissant une couronne de tissu dévitalisé. Elle ne doit pas entraîner de saignement.

La détersion enzymatique est fortement remise en question actuellement. Elle est réputée douloureuse.

La détersion autolytique naturelle se fait à l'aide de pansements qui combinent milieu humide, fort pouvoir d'absorption et effet local émollient. Aucune étude scientifique sur l'amélioration de la cicatrisation n'a été faite. Par contre ils apportent un gain en qualité de vie en réduisant le temps des soins, en diminuant le nombre de pansements hebdomadaires et du fait qu'ils n'adhèrent pas au lit de la plaie.

La phase de bourgeonnement correspond au comblement de la plaie. A partir d'une néovascularisation apparaissent des fibroblastes et une néo-substance conjonctive. Le bourgeonnement est ensuite recouvert par les kératinocytes de façon centripète.

A ce stade, les pansements peuvent être espacés de cinq à sept jours. Il faut aider à la progression en étant atraumatique et en respectant le bactériocycle (8, 15).

La dernière étape, et souvent la plus longue, est celle de l'épidermisation. Elle nécessite l'absence de renouvellement intempestif des pansements et un soin atraumatique.

Le protocole pour effectuer le pansement doit être précis. Afin d'éviter la douleur lors de l'ablation du pansement secondaire, on peut utiliser du sérum physiologique.

Il n'existe pas de consensus quant à l'utilisation de tel pansement en fonction de telle plaie du fait de la multiplicité des pansements, de la diversité des avis ou de l'expérience différente des professionnels. Cependant, lors du choix, il est nécessaire de tenir compte de l'existence ou non d'inconfort et de douleur. Par exemple, si l'exsudat est trop abondant, le volume du pansement peut gêner le patient et la pression occasionner une douleur. Si le pansement fuit, répand une odeur désagréable et glisse; il devient source d'inconfort. Il convient alors de changer le type de pansement (11, 28, 34).

Un tableau, regroupant les différents types de pansements modernes existants ainsi qu'un schéma récapitulatif du traitement des escarres sont joints en annexes 10 et 11 (2, 6, 9, 35).

3.2.2 L'APPROCHE MEDICAMENTEUSE

Avant la réalisation du pansement, il est possible d'effectuer une prémédication :

- chez le patient naïf de morphine, on utilise la morphine à libération immédiate (sulfate de morphine dosé à 10 ou 20 milligrammes : Actiskenan® ou Sevredol®) ou sous forme sous cutanée (10 mg 30 minutes avant le soin) ;
- chez un malade qui reçoit de la morphine, une entredose est possible. Elle doit être égale à 10 % de la dose quotidienne totale. Le pansement est effectué 15 à 30 minutes plus tard (29, 34) ;
- si les soins infirmiers sont toujours douloureux, il est possible d'avoir recours au midazolam (Hypnovel®) par voie sublinguale ou sous cutanée. Son action est anxiolytique et myorelaxante avec une amnésie antérograde, une bonne tolérance. Le délai d'action est de 5 à 10 minutes. L'effet maximal se situe entre 20 et 30 minutes. 1 à 2,5 milligrammes suffisent pour obtenir une sédation utile (34).

Il est également possible d'effectuer les soins sous inhalation d'un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote : MEOPA (Kalinox®, Medimix®). Cette technique est très répandue en pédiatrie et dans les services d'urgence. Son administration peut se faire à l'aide d'un masque facial (débit de 6 l/mn, efficacité analgésique dès la troisième minute d'inhalation), de lunettes nasales (débit plus important, risque d'irritation nasale), d'un masque avec valve anti-retour (concentration en protoxyde d'azote plus importante) ou d'un masque à haute concentration (débit de 9 à 15 l/mn et efficacité au bout de 10 mn). Cette rapidité d'action permet de ne pas modifier l'organisation des soins. Le MEOPA procure une sédation consciente avec une baisse du seuil de perception des stimuli douloureux, un effet antalgique de surface et un effet anxiolytique et euphorisant. Sa tolérance est bonne et ses effets secondaires sont peu nombreux : possibles modifications des perceptions neuro-sensorielles, nausées, angoisse ou agitation (11, 36).

Une présentation de fentanyl oral par absorption locale transmuqueuse a obtenu, en France, en 2001, l'autorisation temporaire d'utilisation. Il semble exister une réelle efficacité sur les douleurs induites par les soins et la mobilisation (oral-transmucosal fentanyl citrate sous le nom Actiq). Une présentation par voie nasale est aussi à l'essai (37).

Les topiques anesthésiques locaux sont intéressants. Il est possible d'utiliser, par exemple, de la xylocaïne à 5 % en spray (jusqu'à 10 pulvérisations possibles sans passage systémique) ou en gel sur des compresses 15 minutes avant les soins. Une autre possibilité consiste à appliquer de la crème Emla® (lidocaïne et prilocaïne) en couche épaisse 30 minutes à une heure avant le soin (11, 28).

Une voie nouvelle est explorée depuis les travaux de STEIN avec l'utilisation de la morphine en application locale et son action sur les récepteurs cutanés (utilisation d'un mélange de 1 milligramme de morphine avec 1 millilitre d'INTRASITE gel) (38). Il faut noter que cette nouvelle voie faisant suite aux essais réalisés par Jepson en 1992, consistait à appliquer un anti-inflammatoire, le benzidamine sur les plaies ulcéreuses et sur les escarres (39).

CONCLUSION

L'analyse de l'enquête précédemment exposée aboutit au bilan suivant : l'existence de douleurs liées aux escarres concerne 65 % des patients. Les soins infirmiers avec la réfection des pansements représentent le moment le plus redouté par ces patients avec 69,4 % de plaintes à cet instant. Il est constaté que les réponses apportées face à ces douleurs sont encore insuffisantes. Une évaluation de la douleur n'est réalisée que dans 30 % des cas et sans l'aide d'outils validés. Pourtant l'importance de l'évaluation est clairement établie (40). L'utilisation d'échelles validées permet d'identifier la douleur, de contrôler l'efficacité d'un traitement antalgique et surtout, favorise la communication entre les patients et les différents soignants intervenant. La réponse thérapeutique est elle aussi insuffisamment développée puisqu'il ressort que seulement 20 % des prescriptions sont faites dans le but de prévenir la douleur des soins. Ce faible pourcentage s'explique par le manque d'études et de consensus dans ce domaine, ce qui est confirmé une recherche bibliographique peu abondante.

Devant cet état des lieux, que proposer ?

Le nouveau plan de lutte anti-douleur 2002-2005 incite à réfléchir et à mener des actions pour améliorer la situation. Un guide d'aide édité par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité pour la mise en œuvre de son programme est disponible (41, 42). Il apparaît que le bilan préalable de l'existant est une étape primordiale de cette réflexion. Il recueille les usages et les ressources disponibles pour cette lutte dans l'ensemble des services des établissements. Dans ce travail, les quatre services d'où sont issus les dossiers se sont révélés riches en informations car ils réunissent des pathologies et des situations cliniques tout à fait différentes (soins aigus en Médecine B, plaies diverses et délicates en Dermatologie, soins chroniques ou de confort en Long Séjour). Mais il serait également intéressant d'élargir l'enquête à d'autres spécialités avec, par exemple, une étude en chirurgie ou en rééducation fonctionnelle.

Le bilan de l'existant s'articule autour des deux points suivants.

Premièrement, il paraît indispensable de rassembler l'avis des soignants, en particulier celui des équipes infirmières. Une enquête permettrait de connaître les motivations, le vécu, les

difficultés et les propositions des personnes confrontées quotidiennement à ces douleurs. Les questions suivantes pourraient leur être soumises :

- le soulagement de la douleur des soins vous paraît-il actuellement efficace ?
- faire du soulagement de ces douleurs un objectif prioritaire vous paraît-il nécessaire ?
- l'organisation actuelle des soins (nombre de personnels, horaires prévus pour leur réalisation, matériel disponible) vous paraît-elle satisfaisante ?
- quels obstacles dans l'organisation des soins rencontrez-vous ?
- utilisez-vous une échelle d'évaluation dans le cadre de vos soins ? En cas de réponse négative, quelles en sont les raisons ?
- quel support vous paraît le plus approprié pour transmettre des informations concernant la douleur des soins : feuille de transmission ciblée, feuille de pansement ou création d'une feuille "douleur" ?
- la feuille des pansements vous paraît-elle suffisamment précise ?
- à propos de la formation professionnelle individuelle, existe-t-il dans votre service une personne référente ou des documents concernant le soulagement de la douleur ?
- seriez-vous favorables à l'élaboration d'un protocole visant à soulager la douleur liée aux soins ?
- d'après votre expérience, quelle stratégie vous paraît la plus efficace ?

Deuxièmement, une étude prospective visant à quantifier les moyens existants est nécessaire afin d'approfondir les points suivants :

- A propos de l'information des patients :
 - un livret d'accueil concernant la douleur est-il remis au patient ?
 - mentionne-t-il les soins infirmiers ?
 - un questionnaire de qualité des soins existe-t-il ?
- A propos de l'évaluation :
 - une échelle d'évaluation est-elle utilisée dans le service ?
 - laquelle (auto-évaluation, hétéro-évaluation) ?
 - les soins infirmiers sont-ils concernés ?

- A propos des réponses thérapeutiques :

- quels sont les moyens antalgiques disponibles : médicaments, topiques anesthésiques, mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote ou nombre de pompes d'analgésie auto-contrôlée ?

A partir des réponses à ces questions, il serait possible de connaître de façon plus précise les points forts et les difficultés rencontrées. La motivation des équipes, les solutions qu'elles proposent constitueraient une source d'idées essentielle pour permettre d'établir une série d'objectifs à améliorer. Il s'agit de définir les critères de qualité se rapportant aux douleurs liées aux soins. Ces critères pourraient être par exemple :

- le dépistage systématique de la douleur chez toute personne présentant une plaie ;
- le choix d'échelles d'auto- et d'hétéro-évaluation validées, fixé en accord avec l'ensemble de l'équipe soignante ;
- le choix des moyens de transmission des informations avec, soit la création d'une "feuille-douleur", soit un aménagement de la feuille des pansements qui pourrait contenir des informations précises comme une description complète et simplifiée de la plaie, sa localisation, la présence ou non de douleur et le résultat de l'évaluation ;
- l'application d'un protocole thérapeutique.

Pour permettre l'élaboration de tels protocoles, il serait également utile d'organiser des études comparatives, statistiquement représentatives vis-à-vis des différentes thérapeutiques disponibles. Celles-ci manquent cruellement à ce jour. Les études réalisées sur l'utilisation du MEOPA en gériatrie (34), notamment en ce qui concerne la tolérance, sont prometteuses. Son utilisation fréquente dans les services d'urgence et en pédiatrie pourrait nous inciter à rechercher si ce système n'améliorerait pas de façon concrète le soulagement des douleurs. L'autre piste actuellement développée concerne l'application de morphine directement sur les plaies (35). Il serait intéressant d'en connaître les résultats et peut être de favoriser son usage.

Le soulagement et la prévention relèvent également d'un aménagement des soins plus optimal, d'une organisation permettant d'observer, de s'attarder et d'accomplir de façon moins mécanique la réfection des pansements. Même si cette démarche peut générer un bouleversement profond des habitudes, ce qui est particulièrement délicat dans une période où

les obstacles rencontrés quotidiennement par les établissements sont nombreux, c'est une étape indispensable à l'amélioration de la qualité des soins.

La somme de travail dans le but d'améliorer nos pratiques peut sembler lourde. Mais les dossiers révèlent, par le nombre important de remarques faites sur la douleur des soins quotidiens, que le souci et la motivation de soulager les patients sont déjà considérés comme une priorité.

Nous devons profiter de l'impulsion actuellement donnée dans ce domaine pour apporter des réponses aux patients et pouvoir leur affirmer que même la douleur liée à leur plaie, n'est plus une fatalité.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005
disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog_douleur/index.htm (page visitée en avril 2003)
- 2- Conférence de consensus. Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé (2001, Paris)
disponible sur : www.anaes.fr (page visitée en avril 2003)
- 3- INSTITUT GARCHES. Actes des 13e Entretiens de l'Institut Garches : les escarres
Présidents : Professeur LORTAT-JACOB A., coordinateur de la journée, Docteur COLIN D.
Paris : Frison-Roche, 2000.- 115 p.
- 4- COLIN D., BARROIS B., PELISSIER J.
L'Escarre. Problèmes en médecine de rééducation, n° 35
Paris : Masson, 1998.- 368 p.
- 5- SENET P., MEAUNE S.
Escarres : étiologie, physiopathologie, prévention
Rev.Prat., 2000, 50 : 1965-1969
- 6- ROY P.M., FLUET B.
Les plaies de pression
In : Précis pratique de gériatrie / seconde édition par ARCAND M., HEBERT R.
Sainte Hyacinthe et Paris : Edisem et Maloine, 1997.- 23 : 323-334
- 7- TEOT L., MEAUME S., DEREURE O.
Plaies et cicatrisations au quotidien
Montpellier : Sauramps médical, 2001.- 351 p.
- 8- SENET P., MEAUME S.
Traitement local et général des escarres du sujet âgé
Presse Med., 1999, 28 (33) : 1840-1845
- 9- POUZAUD F.
Les escarres, fatalité ou négligence?
Le Moniteur Hospitalier, 1999, 113 : 23-32
- 10- JACQUOT J.M., PELISSIER J., FINELS H., STRUBEL D.
Epidémiologie et coût des escarres en gériatrie
Presse Med., 1999, 28 (33) : 1854-1859
- 11- MEAUNE S.
Douleur et escarres chez les personnes âgées
Soins, 1999, 634/supplément Plaies : 11-12
- 12- DALLAM L., SMYTH C.
Pressure ulcer pain : assessment and quantification
J.Wound Ostomy Continence Nurs., 1995, 22 (5) : 211-218

- 13- SZOR J.K., BOURGUIGNON C.
Description of pressure ulcer pain at rest and at dressing change
J.Wound Ostomy Continence Nurs., 1999, 26 (3) : 115-120
- 14- MEAUNE S., SENET P.
Prévention des escarres chez la personne âgée
Presse Med., 1999, 28 (33) : 1846-1853
- 15- FAUCHER N., LE MOUEL L., ROGER M.
Prise en charge des escarres chez le sujet âgé
Concours Med., 2000, 122 (23) : 1578-1582
- 16- LEFEBVRE-CHAPIRO S., TRIVALLE C., LEGRAIN S., FETEANU D., SEBAG-LANOE R.
Particularité de la douleur et de sa prise en charge chez les personnes âgées
Presse Med., 2000, 29 (6) : 333-339
- 17- CAPRIZ-RIBIERE F., BROCKER P.
La douleur dans la population âgée
Concours Med., 2000, 122 (8) : 536-538
- 18- LEFEBVRE-CHAPIRO S., SEBAG-LANOE R.
Soins palliatifs chez les personnes âgées
Rev.Prat., 1999, 49 : 1077-1080
- 19- SEBAG-LANOE R., LEFEBVRE-CHAPIRO P.
La douleur chez les personnes âgées en fin de vie
Rev.Prat., 1999, 13 (462) : 985-988
- 20- RADAT F., SERVANT-MARCUCCI S., LANCRENON S., ALLA P.
La douleur chez le sujet âgé. Etude de 183 sujets hospitalisés de façon consécutive en médecine gériatrique
Presse Med., 1999, 28 (35) : 1924-1928
- 21- NIZARD J., LAJAT Y., POTEL G., BENSIGNOR M., LE CONTE P., VALLEE A.
Evaluation et prise en charge de la douleur aiguë du sujet âgé
Concours Med., 2000, 122 (16) : 1095-1102
- 22- Evaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale
Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, octobre 2000
Disponible sur : www.anaes.fr (site visité en avril 2003)
- 23- CAMUS N.
Spécificité de la douleur au cours des soins chez les sujets très âgés en Unités de Soins Palliatifs Gériatriques
Revue Geriatr., 1998, 23 (3) : 257-258

- 24- LEFEBVRE-CHAPIRO S.
Le maniement des antalgiques en gériatrie
Revue Geriatr., 1998, 23 (3) : 259-260
- 25- ROOCK J.L.,
Wound care pain management
Nurse Pract., 1997, 22 (3) : 122-136
- 26- KRASNER D.
Managing pain from pressure ulcers
Am.J.Nurs., 1995, 95 (6) : 22-24
- 27- KRASNER D.
The chronic wound pain experience : a conceptual model
Ostomy Wound Manage., 1995, 41 (3) : 20-25
- 28- COSTES P.
Escarres et douleur en gériatrie
Escarre, 2000, 8 : 22-26
- 29- GONTHIER R.
La morphine en gériatrie.
Revue Geriatr., 1997, 22 (8) : 543-549
- 30- POULAIN P.
Existe-t-il une spécificité de l'antalgie chez le grand vieillard ?
Revue Geriatr., 1998, 23 (3) : 251-252
- 31- BENSIGNOR M.
Opioïdes et douleurs neurogènes
Douleurs, 2000, 1 (2) : 101-104
- 32- GAUTIER I., GEROFFROY B., MALAQUIN-PAVAN E., SIMON L., TOQUE M.
Améliorer les soins infirmiers potentiellement douloureux
Soins Gerontol., 2000, 26 : 29-31
- 33- WILLIAM C.
Pain in pressure sores
Community Nurs., 1997, 2 (11) : 27-28
- 34- NATALI F.
Prendre en charge la douleur liée à la réfection des pansements
Soins, mai 2000, 645 : 21-30
- 35- MEAUME S.
Quoi de neuf dans les pansements en 2003 ?
Soins, 2003, supplément Plaies Escarres, 672 : 12-14

- 36- DOUILLARD V., D'AVIGNEAU J., CLEDAT Y.
Utilisation équimolaire oxygène-protoxyde d'azote pour les actes douloureux en gériatrie
Revue Geriatr., 2002, 27 (1) : 45-51
- 37- Experience personnelle et recherches bibliographiques sur les douleurs chez la personne âgée en pratique gériatrique institutionnelle
Association Daniel Goutaine
Disponible sur : <http://www.geocities.com/bpradines/DGDOULEURexpose.htm> 1 (page visitée en avril 2003)
- 38- TWILLMAN R.K.
Treatment of painful skin ulcers with topical opioids
J.Pain.Symptom Manage., 1999, 17 (4) : 288-292
- 39- JEPSON B.
Relieving the pain of pressure sores
Lancet North Am.Ed., 1992, 339 (22) : 503-504
- 40- WARRY B., SERBOUTI S. et le collectif Doloplus
Doloplus 2. Validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée
Douleur, 2001, 2 (1) : 35-38
- 41- circulaire n°DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002
disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog-douleur/circ020430.pdf> (page visitée en avril 2003)
- 42- Guide d'orientation douleur : organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé
disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog-douleur/guide.pdf> (page visitée en avril 2003)

ANNEXES

ANNEXE 1

CLASSIFICATION DES STADES DE GRAVITÉ DE L'ESCARRE

stades	Shea, 1975	IAET, 1988	NPUAP, 1989	Yarkony, 1990	Véga, 1991	AHCPR, 1994
0					Absence de rougeur et de lésion cutanée.	
1	Lésions limitées à l'épi-derme, atteinte du derme.	Érythème persistant au-delà de 30 minutes. Épiderme intact.	Erythème réversible, peau intacte.	Zone érythémateuse : - stade 1A < 24 heures, - stade 1B > 24 heures.	Erythème réversible. L'érythème disparaît en levant la pression (réaction inflammatoire).	Érythème persistant, peau intacte. Décoloration de la peau, chaleur, œdème, induration, peuvent être présents chez les individus à la peau pigmentée.
2	Atteinte de la totalité du derme jusqu'au tissu graisseux.	Atteinte partielle de la peau atteignant l'épiderme et le pénétrant parfois mais sans atteinte du derme.	Atteinte partielle de la peau atteignant l'épiderme et/ou le derme. La lésion est superficielle et la peau présente à l'examen clinique des lésions telles que : abrasion, phlyctène, cratère superficiel.	Ulcération de l'épiderme et/ou du derme, hypoderme indemne.	Érythème persistant : avec ou sans phlyctène avec ou sans induration (décollement de l'épiderme, infiltration tissulaire : collection séreuse ou hémorragique).	Atteinte partielle de la peau atteignant l'épiderme, le derme ou les deux. La lésion est superficielle et la peau présente à l'examen clinique des lésions telles que : abrasion, phlyctène, ou cratère superficiel.
3	Tissu graisseux, oblitéré jusqu'au fascia sous-jacent.	Atteinte profonde des tissus s'étendant du derme jusqu'au tissu sous-cutané. La lésion se présente sous la forme d'un profond cratère sauf si couverte par une nécrose.	Atteinte profonde de la peau atteignant le tissu sous-cutané, respect du fascia sous-jacent. La lésion se présente à l'examen clinique comme un profond cratère avec ou sans atteinte du tissu adjacent.	Atteinte de l'hypoderme (tissu graisseux), respect du muscle.	Nécrose tissulaire avec 2 aspects possibles : - forme sèche : plaque noire - forme humide : délitement des tissus lésés avec ou sans décollement (mortification sous cutanée et aponévrotique).	Atteinte profonde ou nécrose du tissu sous-cutané avec respect du fascia sous-jacent. La lésion se présente cliniquement comme un profond cratère, s'étendant parfois sous les tissus périphériques.
4	Os à la base de l'ulcération.	Destruction profonde des tissus, atteignant le tissu sous-cutané jusqu'au fascia et pouvant atteindre le muscle, l'articulation et/ou l'os. La lésion se présente comme un profond cratère.	Atteinte profonde de la peau avec destruction étendue, tissus nécrosés ou atteinte du muscle, de l'os, ou des structures de soutien (exemple : tendon, articulation, etc.).	Atteinte des muscles et du fascia, respect de l'os.	Nécrose avec perte de substance importante (atteinte des tissus graisseux aponévrotique et musculaire).	Atteinte profonde de la peau avec destruction étendue, présence de tissus nécrosés ou atteinte du muscle, de l'os, ou des structures de soutien telles que : tendon, articulation. Un trajet fistuleux visible ou non peut aussi être associé au stade IV.
5	Large cavité fermée avec à côté un trajet fistuleux.			Atteinte osseuse, respect des articulations.	Visualisation de l'os avec ou sans signe infectieux, fistule.	
6				Atteinte articulaire.		

* Aux stades de destruction sont associées des phases de reconstruction : **phase 1** : Déterision biologique : élimination des tissus ; **phase 2** : Comblement, bourgeonnement : multiplication cellulaire ; **phase 3** : Épidermisation : reconstruction des cellules.

ANNEXE 2

PRINCIPAUX EFFETS DE CERTAINES CYTOKINES SUR DIFFÉRENTS MÉCANISMES INTERVENANT AU COURS DE LA CICATRISATION (4).

CYTOKINES	ACTIVITÉS
facteur stimulant les colonies de polynucléaires et de macrophages (GM-CSF)	prolifération et maturation des cellules inflammatoires, notamment les macrophages
facteur nécrosant des tumeurs- α (TNF α)	prolifération des fibroblastes, activation des polynucléaires neutrophiles
facteur de croissance épidermique (EGF)	production de matrice extracellulaire, angiogénèse, prolifération, migration et différenciation des kératinocytes
facteur de croissance dérivé des plaquettes (PDGF)	prolifération et migration des fibroblastes et des cellules musculaires lisses
facteur de croissance transformant- β 1 (TGF β 1)	transformation myofibroblastique et production de matrice extracellulaire
interleukine-1	prolifération des fibroblastes et production de matrice extracellulaire
facteur de croissance pour les cellules endothéliales (VEGF)	prolifération des cellules endothéliales
facteur de croissance pour les fibroblastes (FGF)	prolifération des fibroblastes et des kératinocytes, angiogénèse
facteur de croissance pour le tissu conjonctif (CTGF)	modulation de l'activité des fibroblastes (prolifération, migration)
facteur de croissance pour les kératinocytes (KGF)	prolifération des kératinocytes

DOSSIER PATIENT

Service :

N° de dossier :

Date d'admission :

Age :

Sexe :

Motif d'admission :

Pathologies associées :

Niveau d'autonomie :

Existence de troubles des fonctions supérieures ? : OUI ☐ NON ☐

Présence d'escarre à l'admission ?

OUI ☐ - depuis combien de temps :
- circonstance d'apparition :

NON ☐ - date d'apparition :
- circonstance d'apparition :

Présence de douleurs autres que celles liées à l'escarre : OUI ☐ NON ☐

Si oui, lesquelles :

Une douleur liée aux escarres est elle évoquée : Par le patient ? OUI ☐ NON ☐

Par l'équipe soignante ? OUI ☐ NON ☐

Quel est le moment de la plainte? Pansement :

Chronique :

Mobilisation :

Une échelle a-t-elle été utilisée pour évaluer la douleur liée à l'escarre?

OUI ☐ NON ☐ Si oui, laquelle :

ANNEXE 4

[illegible]

ANNEXE 5

Liste des pathologies présentes dans la population :

Pathologies cardio-vasculaires : hypertension artérielle, artérite, troubles du rythme, coronaropathie, cardiopathie.

Pathologies neurologiques : maladie d'Alzheimer, maladie des corps de Lewy, syndrome démentiel, maladie de Parkinson, épilepsie, accident vasculaire cérébral, neuropathie, hématome sous dural avec comitialité séquellaire, grabatisation, coma d'origine neurologique, sclérose latérale amyotrophique.

Pathologies rhumatologiques : fractures, polyarthrite rhumatoïde, arthrose, prothèse hanche, prothèse genoux, maladie de Paget, rétractions tendineuses, algodystrophie, canal lombaire étroit, maladie de Horton, maladie de Dupuytren, métastases osseuses.

Pathologies endocriniennes : diabète non insulino-dépendant, diabète insulino-dépendant, dyslipidémies, dysthyroïdies, obésité.

Pathologies hématologiques et oncologiques : gammapathie monoclonale, tumeur maligne, leucémie lymphoïde chronique, splénomégalie, anémie

Pathologies dermatologiques : ulcères variqueux, prurit sénile, psoriasis, érysipèle, eczéma séborrhéique, lymphoedème.

Pathologies gastro-entérologiques : diverticulose colique, tumeur villeuse rectosigmoïdienne, hernie hiatale.

Pathologies oto-rhino-laryngologiques et ophtalmologiques : surdité, cataracte, cécité.

Pathologies psychiatriques : syndrome dépressif

Pathologies pneumologiques : broncho-pneumopathies chronique obstructive, décompensation respiratoire, asthme.

GRILLE D'EVALUATION DE LA DOULEUR

Date

Etiquette GESMAL	REMARQUES SUR LE TRAITEMENT EN COURS		Signature du Médecin :
------------------	---	--	------------------------

OBSERVATIONS		MATIN			APRES-MIDI		NUIT	
		Repos	Prise en charge (toilette, habillage, transfert, mobilisation)	Pansement ou soin technique	Repos	Prise en charge (change, transfert, mobilisation)	Repos	Prise en charge (change, mobilisation)
EXPRESSION DU VISAGE	0 = visage détendu	0	0	0	0	0	0	0
	1 = grimace de temps en temps	1	1	1	1	1	1	1
	2 = visage crispé	2	2	2	2	2	2	2
	3 = regard effrayé	3	3	3	3	3	3	3
POSTURE DU CORPS	0 = aucune position antalgique : le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans accorder une attention particulière.	0	0	0	0	0	0	0
	1 = le sujet évite une position et semble craindre une mobilisation.	1	1	1	1	1	1	1
	2 = le sujet choisit une position antalgique, retient la main ou s'agrippe.	2	2	2	2	2	2	2
	3 = le sujet reste immobile comme cloué par la douleur et s'oppose à la mobilisation et aux soins.	3	3	3	3	3	3	3
COMMUNICATION	0 = inchangée	0	0	0	0	0	0	0
	1 = plaintes, gémissements	1	1	1	1	1	1	1
	2 = agitation ou prostration, pleurs, anxiété	2	2	2	2	2	2	2
	3 = mutisme ou cris ou agressivité	3	3	3	3	3	3	3

RETENTISSEMENT		MATIN		APRES-MIDI		NUIT	
		petit déjeuner	déjeuner	goûter	dîner	collation	sommeil
SUR L'ALIMENTATION ORALE	0 = alimentation correcte	0	0	0	0	0	0 = normal
	1 = besoin de stimulation	1	1	1	1	1	1 = perturbé
	2 = refus alimentaire	2	2	2	2	2	2 = très perturbé

REMARQUES PARTICULIERES : Localisation(s) douloureuse(s) Ressenti du soignant Autres...		
--	--	--

PROTOCOLE : ESCARRE

I. REGLES GENERALES :

- ⇒ Indiquer, dans les transmissions ciblées, la mise en place du protocole même s'il ne s'agit que d'une simple prévention
(cible = escarre. Noter les actions de prévention entreprises et mettre en place une feuille de pansements si besoin)
- ⇒ Indiquer sur la feuille de pansements le stade de l'escarre, sa localisation et prévenir le médecin qui le notera dans le dossier médical
Noter les soins prodigués, les résultats et l'évolution jusqu'à la guérison complète.
- ⇒ S'il faut sortir du protocole ou si l'évolution est anormale (ulcère atone – surinfection – bourgeonnement hypertrophique, hyper-exsudation, voir avec le médecin responsable : *Dr Godart – Dr Lederlin – Dr Manciaux*)
- les modifications de protocole seront prescrites dans le dossier de soins
- un nouveau protocole doit être maintenu au moins une semaine *(sauf avis médical)*
- ⇒ Pas de prélèvement sans prescription médicale
- ⇒ **Si fièvre, si pansement douloureux** : le noter dans les transmissions ciblées et prévenir le médecin.

II. MESURES PREVENTIVES :

sous la responsabilité de l'I.D.E, conformément à l'article 3 du décret du 13 mars 1993

- ⇒ Mise en place de matériel anti-escarre :
 - ↳ Matelas : matelas à plots ou matelas à eau
 - ↳ Coussin : gel ou mousse
 - ↳ Positionner le résidant pour mettre en décharge les points d'appui tout en assurant le confort du patient (coussins)
- ⇒ Changements de position toutes les 3 heures pour les résidants grabataires, favoriser les mobilisations pour les autres (mise au fauteuil, marche)
- ⇒ Effleurage (ne plus masser) des zones d'appui avec de la Cold cream.
- ⇒ Alimentation et hydratation du patient :
 - ↳ veiller à ce que les boissons soient abondantes, proposer régulièrement de petites quantités d'eau, d'eau gélifiée
 - ↳ veiller à ce que les apports caloriques et protidiques soient suffisants, passer à 6 ou 7 « repas » par 24H00 et proposer des crèmes hyperprotidiques.

III. SOINS PRECONISES POUR LES ESCARRES CONSTITUEES :

STADE 1 : *rougeur ne disparaissant pas – c'est une urgence*

- ⇒ S'assurer que les mesures préventives sont en place
- ⇒ Effleurage de la rougeur et de son pourtour avec de la BIAFINE au moins 4 fois par 24H00 ou effleurage et pose de COMFEEL transparent.

ATTENTION :

- * pas de massage
- * pas de friction à l'alcool
- * pas de « glaçon-sèche cheveux »

STADE 2 : *phlyctène ou désépidermisation*

⇒ S'assurer que les mesures préventives sont en place

☞ **Désépidermisation :**

nettoyer, rincer
hydrocolloïdes (plaque COOMFEEL
ou DUODERM) ou tulle gras simple.

☞ En cas de **phlyctène :**

l'inciser puis traiter
comme une plaque
de désépidermisation

STADES 3 et 4 : *nécroses ou plaies creuses*

⇒ S'assurer que les mesures préventives sont en place

⇒ Faire une feuille de suivi de la douleur 1 fois par semaine

⇒ Temps de détersion de la nécrose : pansements quotidiens (sauf avec COOMFEEL)

- nettoyer / rincer
- détersion soit
 - élaste + Aloplastine autour de la plaie
 - COOMFEEL poudre + plaque

⇒ Temps de cicatrisation :

- nettoyer / rincer
- puis **❶ plaie standard** : hydrocolloïdes = COOMFEEL (plaque ± pâte si plaie creuse)

- ❷ cas particulier :**
- * *plaie très exsudative* ➡ alginates
= ALGOSTERIL ou URGOSORB
 - * *plaie sèche* ➡ hydrogels
= INTRASITE

ANNEXE 7

**ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE D'ESCARRE
AVEC L'ÉCHELLE DE NORTON**
Adapté de Norton, McLaren, Exton-Smith, 1996

		CONDITION PHYSIQUE	ÉTAT MENTAL	ACTIVITÉ	MOBILITÉ	INCONTINENCE	SCORE TOTAL
		Bonne 4	Bon, alerte 4	Ambulant 4	Totale 4	Aucune 4	
		Moyenne 3	Apathique 3	Avec aide/marche 3	Diminuée 3	Occasionnelle 3	
		Pauvre 2	Confus 2	Assis 2	Très limitée 2	Urinaire 2	
		Très mauvaise 1	Inconscient 1	Totalement alité 1	Immobile 1	Urinaire et fécale 1	
Nom	Date						

Un score élevé (de 14 à 20) indique un risque minimum alors qu'un score bas (14 ou moins) indique que le malade est à haut risque de développer une escarre.

Lexique de l'échelle de Norton adapté de Lincoln et al., 1986 (40)

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

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

État mental : Niveau de conscience et orientation

- Alerte : Orienté, a conscience de son environnement.
- Apathique : Orienté (2 fois sur 3), passif.
- Confus : Orienté (1 fois sur 2) conversation quelquefois inappropriée.
- Inconscient : Généralement difficile à stimuler, léthargique.

Activité : Degré de capacité à se déplacer

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

Mobilité : Degré de contrôle et de mobilisation des membres

- Totale : Bouge et contrôle tous ses membres volontairement, indépendant pour se mobiliser.
- Diminuée : Capable de bouger et de contrôler ses membres, mais avec quelques degrés de limitation, a besoin d'aide pour changer de position.

- Très limitée : Incapable de changer de position sans aide, offre peu d'aide pour bouger, paralysie, contractures.
- Immobile : Incapacité de bouger, incapable de changer de position.

... / ...

Incontinence : Degré de capacité à contrôler intestins et vessie

- Aucune : Contrôle total des intestins et de la vessie, a une sonde urinaire et aucune incontinence.
- Occasionnelle : A de 1 à 2 incontinences d'urine ou de selles par 24 heures, a une sonde urinaire ou un pénilex mais a une incontinence fécale.
- Urinaire : A de 3 à 6 incontinences urinaires ou diarrhéiques dans les dernières 24 heures.
- Urinaire et fécale : Ne contrôle jamais intestins et vessie, a de 7 à 10 incontinences par 24 heures.

Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé

Instrument de mesure du risque d'escarre de Braden, adapté de Braden et Bergström.

Nom du patient :		Nom de l'évaluateur :		Date de l'évaluation :				
PERCEPTION SENSORIELLE capacité à répondre de manière adaptée à l'inconfort provoqué par la pression	1. Complètement limité : aucune réaction (plainte, action) à la douleur, due à une diminution de la conscience ou aux effets de sédatifs, OU incapacité à sentir la douleur sur toute la surface du corps.	2. Très limité : répond seulement à la douleur. Ne peut communiquer son inconfort excepté par des plaintes ou de l'agitation, OU altération de la sensibilité qui limite la capacité à sentir la douleur ou l'inconfort sur la moitié du corps.	3. Légèrement diminué : répond aux commandes verbales, mais ne peut pas toujours communiquer son inconfort ou son besoin d'être tourné, OU a une sensibilité diminuée qui limite sa capacité à sentir la douleur ou l'inconfort à l'un des deux membres inférieurs ou les deux.	4. Aucune diminution : répond aux commandes verbales. N'a aucun déficit sensoriel qui limite sa capacité à sentir et à exprimer sa douleur et son inconfort.				
HUMIDITÉ degré d'humidité auquel est exposée la peau	1. Constantement mouillé : la peau est presque continuellement en contact avec la transpiration, l'urine, etc. L'humidité de la peau est observée à chaque fois que le patient est tourné ou mobilisé.	2. Humide : la peau est souvent mais pas toujours humide. La literie doit être changée au moins une fois par équipe.	3. Humidité occasionnelle : la peau est occasionnellement humide, un changement de la literie est nécessaire une fois par jour.	4. Rarement humide : la peau est généralement sèche ; la literie est changée selon les habitudes de l'équipe.				
ACTIVITÉ Degré d'activité physique	1. Able : confiné au lit.	2. Au fauteuil : capacité de marcher très limitée ou inexistante. Ne peut supporter son propre poids et/ou doit être aidé au fauteuil ou fauteuil roulant.	3. Marche occasionnellement : marche occasionnellement durant la journée mais sur de petites distances avec ou sans aide. Passe la grande majorité du temps au lit ou au fauteuil.	4. Marche fréquemment : marche en dehors de sa chambre au moins deux fois par jour et dans sa chambre au moins toutes les deux heures durant la journée.				
MOBILITÉ Capacité à changer et à contrôler la position du corps	1. Complètement immobile : ne peut effectuer aucun changement de position du corps ou de ses extrémités sans aide.	2. Très limité : effectue occasionnellement de légers changements de position du corps et de ses extrémités mais incapacité à effectuer de manière autonome de fréquents et importants changements de position.	3. Légèrement limité : effectue seul de fréquents changements de position du corps et de ses extrémités.	4. Aucune limitation : effectue des changements de position majeurs et fréquents sans aide.				
NUTRITION Habitudes alimentaires	1. Très pauvre : ne mange jamais un repas complet. Mange rarement plus du tiers de chaque aliment proposé. Mange 2 rations de protéines ou moins par jour (viande ou produit laitier). Boit peu. Ne prend pas de suppléments alimentaires liquides, OU est à jeun et/ou est hydraté par voie intraveineuse depuis plus de cinq jours.	2. Probablement inadéquate : mange rarement un repas complet et mange en général seulement la moitié de chaque aliment proposé. Prend seulement trois rations de viande ou de produit laitier par jour. Peut prendre occasionnellement un supplément diététique. OU reçoit moins que la quantité optimale requise par un régime liquide ou par sonde.	3. Adéquate : mange plus de la moitié des repas. Mange quatre rations de protéines (viande, produits laitiers) par jour. Refuse occasionnellement un repas, mais prend un supplément alimentaire s'il est proposé, OU est alimenté par sonde ou nutrition parentérale, adaptée à ses besoins nutritionnels.	4. Excellente : mange la totalité de chaque repas. Ne refuse jamais un repas. Prend habituellement au moins quatre rations de viande ou de produits laitiers par jour. Mange occasionnellement entre les repas. Ne requiert aucun supplément alimentaire.				
FRICION ET CISAILLEMENT	1. Problème : requiert une assistance modérée à complète pour se mobiliser. Se relever complètement dans le lit sans glisser sur les draps est impossible. Glisse fréquemment dans le lit ou le fauteuil, nécessite de fréquents repositionnements avec un maximum d'aide. Spasticité, contractures, ou agitation provoquent presque constamment des frictions.	2. Problème potentiel : se mobilise difficilement ou requiert un minimum d'aide pour le faire. Durant le transfert, la peau glisse contre les draps, la chaise, les contentions ou autres appareillages. Garde la plupart du temps une relative bonne position au fauteuil ou au lit, mais glisse occasionnellement vers le bas.	3. Aucun problème apparent : se mobilise seul au lit et au fauteuil et a suffisamment de force musculaire pour se soulever complètement durant le transfert. Garde en tout temps une bonne position au lit et au fauteuil.					
Score total								

Un score total de 23 points est possible. Plus le score est bas (15 ou moins), plus l'individu a de risque de développer une escarre.

ECHELLE DOLOPLUS - 2 EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE

NOM :		Prénom :		Service :		DATES			
Observation Comportementale									
RETENTISSEMENT SOMATIQUE									
1 • Plaintes somatiques		• pas de plainte				0	0	0	0
		• plaintes uniquement à la sollicitation				1	1	1	1
		• plaintes spontanées occasionnelles				2	2	2	2
		• plaintes spontanées continues				3	3	3	3
2 • Positions antalgiques au repos		• pas de position antalgique				0	0	0	0
		• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle				1	1	1	1
		• position antalgique permanente et efficace				2	2	2	2
		• position antalgique permanente inefficace				3	3	3	3
3 • Protection de zones douloureuses		• pas de protection				0	0	0	0
		• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins				1	1	1	1
		• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins				2	2	2	2
		• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation				3	3	3	3
4 • Mimique		• mimique habituelle				0	0	0	0
		• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation				1	1	1	1
		• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation				2	2	2	2
		• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)				3	3	3	3
5 • Sommeil		• sommeil habituel				0	0	0	0
		• difficultés d'endormissement				1	1	1	1
		• réveils fréquents (agitation motrice)				2	2	2	2
		• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil				3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR									
6 • Toilette et/ou habillage		• possibilités habituelles inchangées				0	0	0	0
		• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)				1	1	1	1
		• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels				2	2	2	2
		• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative				3	3	3	3
7 • Mouvements		• possibilités habituelles inchangées				0	0	0	0
		• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)				1	1	1	1
		• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)				2	2	2	2
		• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition				3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL									
8 • Communication		• inchangée				0	0	0	0
		• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)				1	1	1	1
		• diminuée (la personne s'isole)				2	2	2	2
		• absence ou refus de toute communication				3	3	3	3
9 • Vie sociale		• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)				0	0	0	0
		• participation aux différents activités uniquement à la sollicitation				1	1	1	1
		• refus partiel de participation aux différentes activités				2	2	2	2
		• refus de toute vie sociale				3	3	3	3
10 • Troubles du comportement		• comportement habituel				0	0	0	0
		• troubles du comportement à la sollicitation et itératif				1	1	1	1
		• troubles du comportement à la sollicitation et permanent				2	2	2	2
		• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)				3	3	3	3
COPYRIGHT						SCORE			

ECHELLE DOLOPLUS : LEXIQUE

Plaintes somatiques

Le patient exprime sa douleur par la parole, le geste ou les cris - pleurs - gémissements.

Positions antalgiques

Position corporelle inhabituelle visant à éviter ou à soulager la douleur.

Protection de zones douloureuses

Le malade protège une ou plusieurs zones de son corps par une attitude ou certains gestes de défense.

Mimique

Le visage semble exprimer la douleur au travers des traits (grimaçants, tirés, atones) et du regard (regard fixe, vide, absent, larmes).

Sollicitation

Toute sollicitation quelle qu'elle soit (approche d'un soignant, mobilisation, soins, etc.)

Toilette / Habillage

Évaluation de la douleur pendant la toilette et/ou l'habillage, seul ou avec aide.

Mouvements

Évaluation de la douleur dans le mouvement : changement de position - transferts - marche, seul ou avec aide.

Communication

Verbale ou non verbale

Vie sociale

Repas, animations, activités, ateliers thérapeutiques, accueil des visites, etc.

Troubles du comportement

Agressivité, agitation, confusion, indifférence, glissement, régression, demande d'euthanasie, etc.

ECPA : Echelle comportementale d'évaluation de la douleur chez la personne âgée non communicante

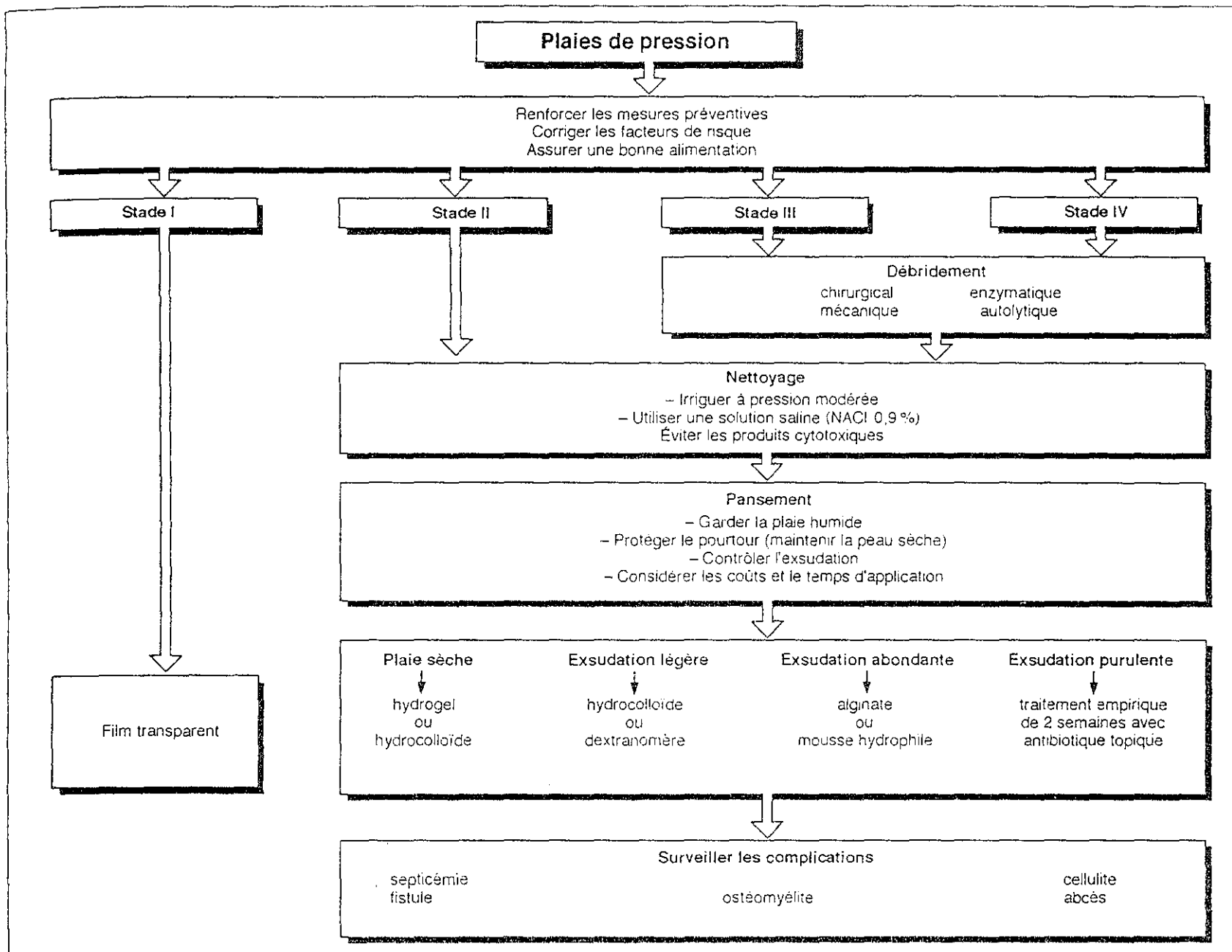
Score total de l'échelle :

I - Observation avant les soins	II - Observation pendant les soins
1/ Expression du visage : REGARD et MIMIQUE 0 : Visage détendu 1 : Visage soucieux 2 : Le sujet grimace de temps en temps 3 : Regard effrayé et/ou visage crispé 4 : Expression complètement figée 2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique) 0 : Aucune position antalgique 1 : Le sujet évite une position 2 : Le sujet choisit une position antalgique 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur 3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit) 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude* 1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude* 3 : Immobilité contrairement à son habitude* 4 : Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude* * se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle 4/ RELATION À AUTRUI Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression... 0 : Même type de contact que d'habitude* 1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude* 2 : Evite la relation contrairement à l'habitude* 3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude* 4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude* * se référer au(x) jour(s) précédent(s)	5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins 0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété 1 : Angoisse du regard, impression de peur 2 : Sujet agité 3 : Sujet agressif 4 : Cris, soupirs, gémissements 6/ Réactions pendant la MOBILISATION 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins 7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES 0 : Aucune réaction pendant les soins 1 : Réaction pendant les soins, sans plus 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses 4 : L'approche des zones est impossible 8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin 0 : Le sujet ne se plaint pas 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui 2 : Le sujet se plaint dès la présence du soignant 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée PATIENT Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____ Âge (ans) : _____ Date : _____ Heure : _____ Service : _____ Nom du cotuteur : _____

ANNEXE 10

Etat de la paie	Type de pansement	Composition	Noms commerciaux		
Plaie anfractueuse	hydocolloïde pate ou poudre	Particules de carboxyméthyl cellulose sodique	Askina biofilm pate Comfeel pate poudre Duoderm pate		
	Alginate mèche	Mèche d'alginate de calcium et de carboxymethyl	Amivia mèche		
		Cellulose sodique	Urgosorb mèche Melgisorb mèche Sorbalgon T mèche		
	Hydrofibre mèche	Fibres d'hydro colloïdes	Aquacel mèche		
	Hydrocellulaire forme cavitaire	Hydrogel d'elastomère au contact de la plaie	Hydroclean cavité		
		Couche hydrophile absorbante	Allevyn cavity		
Couche imperméable en polyuréthane					
Plaie exsudative	Alginate	Alginate de calcium et de sodium	Algostéril		
		Carboxyméthyl cellulose sodique réticulée	Askina Sorb		
			Comfeel SeaSorb		
		Trame en polyéthylène	Melgisorb Urgosorb Sorbalgon		
			Hydrocellulaire	Couche non adhésive en hydrogel d'élastomère	Allevyn (adhesive, heel,sacrum)
				Couche hydrophile absorbante	Askina transorbent(border, sacrum)
				Biatain escarre (petit, standard, sacrum)	
	Couche externe imperméable en polyuréthane	Combiderm (non adhésif) Hydroclean Mepilx Tielle(S)			
		Hydrofibre		Aquacel	
		Plaie hémorragique		Alginate	
		Plaie bourgeonnante	Pansement gras	Vaseliné	Adaptic Grassolind neutral Jelonet Vaselitulle
	Hydrocolloïde			Couche interne de particules de carboxyméthyl cellulose	Algoplaque (HP, sacrum, bordé)
Dans un réseau d'élastomère				Askina biofilm (S, hydro)	
Couche externe imperméable en polyuréthane				Comfeel (plaque, plaque mousse, Plus) Duoderm (E, bordé) Hydrocoll (sacral, concave) Sureskin (standard, bordé)	
			Hydrocellulaire		
			Plaie avec bourgeonnement	Corticoïde local	
				Nitrate d'argent en batonnet	

Etat de la plaie	Type de pansement	Composition	Noms commerciaux
Plaie en voie d'épidermisation	Hydrocolloïdes		Duoderm Extramince
			Askina biofilm transparent
			Sureskin extramince
			Algoplaque film
			Hydrocoll transparent
			Urgotull
	Film polyuréthane transparent		Physiotulle
			Askina Derm
			Hydrofilm
			Opsite Flexigrid
			Suprasorb F
			Tegaderm 3M
	Hydrocellulaire		
	Pansement gras		
Plaie malodorante	Charbon	Tricot de charbon actif imprégné d'ions argent à 0,15%	Actisorb plus 25 Carboflex Carbonet
Plaie sèche fibrineuse nécrotique	Hydrogel	Amidon modifié, propylène glycol, glycerol, eau	Askina gel Duoderm gel Hypergel Intrasite gel applipak Normgel Nu-gel Purilon gel



Traitement des plaies de pression (6)



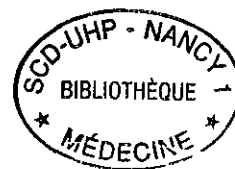
VU

NANCY, le 24 avril 2003
Le Président de Thèse

NANCY, le 24 avril 2003
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur **J.-L. SCHMUTZ**

Professeur **J. ROLAND**



AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 30 avril 2003

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **C. BURLET**

Résumé de la thèse

La prise en charge de la douleur provoquée par les soins est une des trois priorités du programme anti-douleur 2002-2005. Les escarres sont source de douleurs et la réfection des pansements est un moment redouté. Ce travail propose un bilan des stratégies utilisées pour lutter contre ces douleurs, à travers l'étude rétrospective de 55 dossiers de personnes âgées de plus de 65 ans, issus de 4 services différents du C.H.R.U. de Nancy.

Des douleurs liées aux escarres sont trouvées dans 65 % des cas, avec 69,4 % de plaintes lors de la réfection du pansement. L'évaluation de la douleur à l'aide d'échelle est faite dans moins de 30 % des cas. L'administration d'antalgiques en prévention des douleurs liées aux soins, ne concerne que 20 % des patients. Les prescriptions sont hétérogènes (utilisation d'opioïdes, de néfopam, de midazolam, de topiques anesthésiques) ce qui reflète l'absence actuelle de consensus.

Des progrès restent à faire et une réflexion, basée sur une synthèse de la bibliographie, à propos de différents projets à mener est proposée en guise de conclusion.

Titre en Anglais

PRESSURE ULCER PAIN IN ELDERLY PATIENTS

Thèse

Médecine Générale – année 2003

Mots clefs:

Douleur – Escarres – Personnes âgées

Intitulé et adresse de l'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY cedex
