

Diapo 1 - Cette présentation est construite à partir des travaux du groupe ESCARRE, notamment en étroite collaboration avec le Dr Pascale FOUASSIER qui a été chargée par la SFAP de rédiger le rapport d'expertise *Escarre et soins palliatifs* pour la conférence de consensus ANAES *Escarres* de Novembre 2001. L'ensemble de ces travaux est basé sur l'analyse à la fois une centaine d'articles ciblés et sur notre vécu quotidien gériatrique. Dans nos institutions, accueillir des personnes très âgées porteuses d'1 voire de plusieurs plaies d'escarre ou à très haut risque d'altération des téguments est fréquent. Ces plaies, extrêmement variées (par leurs aspects, mécanismes, localisations, retentissement) surviennent dans un contexte particulier où la cicatrisation de la plaie et/ou la guérison du malade ne sont plus des objectifs réalistes et où la prévention reste un sacré défi.

Diapo 2

Pour cerner la complexité de cette situation de soin, plusieurs axes guident la pratique, axes retenus pour plan de cette présentation :

1%- les facteurs de risque d'escarre lié au contexte pathologique chez la personne âgée dont le pronostic vital est en jeu

2%- les conséquences des plaies tant pour la personne âgée, son entourage, que sur le vécu de l'équipe

3%- les principes éthiques appliqués aux plaies

4%- enfin la mise en lien de connaissances interdisciplinaires notamment pour les soins de plaies

cet ensemble enrichissant la palette des options de soins.

Diapo 3 Quel contexte pathologique ? Chez la personne âgée en fin de vie, l'escarre n'est pas une règle mais l'accumulation des facteurs de risque augmente sa prévalence comprise entre 35 à 63 % : dénutrition,

dépendance, démence évoluée, accident vasculaire cérébral et pathologie cancéreuse créent les circonstances favorables à l'apparition d'escarres, de même que l'insuffisance cardiaque comme respiratoire du fait du risque d'anoxie. L'instabilité hémodynamique avec bas débit sur ces terrains fragiles va déclencher l'éclosion simultanée de multiples plaies, ou sur un terrain artéritique sous jacent, un stade aggravé d'escarres au niveau des membres inférieurs. Les facteurs intrinsèques généraux priment le plus souvent sur les facteurs extrinsèques locaux, expliquant l'évolution péjorative de ces escarres, leur tendance à atteindre n'importe quelle zone du corps.

La survenue d'escarre, marquant dans le corps un processus mortifère insidieusement à l'œuvre, peut être le facteur déclenchant d'une prise en charge palliative, de par leur apparition rapide, multiplicité, localisation inhabituelle, évolution défavorable malgré des soins appropriés.

Diapo 4

l'escarre a des conséquences multiples d'autant plus prégnantes si la personne présente plusieurs plaies :

➔ **répercussions physiques** telles douleurs, inconfort, remaniement des formes du corps, odeurs ;

psychologiques telles colère et tristesse, perturbation de l'image de soi puis de l'estime de soi, sentiment d'être indigne, plus "*regardable*" ;

socio-familiales avec isolement vis-à-vis de son entourage par sentiment d'abandon face aux difficultés de proximité des proches voire l'absence de contact physique ;

spirituelles telles doutes existentiels, détachement émotionnel, perte du désir de vivre, peur d'une dégradation plus importante, d'une souffrance accrue, voire même du sentiment d'être déjà morte.

➔ répercussions également chez l'entourage familial avec

souffrance des proches exprimée par un désir que la vie du malade s'achève pour ne plus être confrontés à la douleur, aux modifications physiques entraînant perte de dignité, de sens, de la relation par peur de toucher, de faire mal, par impossibilité à s'approcher du fait des odeurs de mort.

Diapo 5

Quelles sont maintenant les problématiques engendrées dans l'équipe ? Certes, ce qui nous guide est avant tout le **confort** du patient, mais mettons-nous les mêmes actes sous ce mot ? Les choix thérapeutiques varient selon le ressenti des acteurs en présence, l'expérience professionnelle mais aussi la charge en soin collective qui handicape sérieusement l'individualisation des soins. A l'approche de la mort, il n'est pas simple d'appréhender le passage d'une phase de soin à une autre, la présence d'escarre ne facilitant pas obligatoirement la chose. Dans cette remise en cause soignante, deux éléments sont au moins à considérer : l'implication sensorielle et émotionnelle – la culpabilité.

Étant donné la proximité nécessaire à la réalisation des soins, tous les sens sont agressés par les escarres évoluées, béantes, sanglantes voire purulentes. Nettoyer en profondeur les exsudats, découper les nécroses, autant de gestes mal vécus si les soins provoquent de la douleur ou par ce que cette destruction cellulaire nous donne à voir, à sentir :

l'intolérable suscité s'exprime par des formules telles "*Il n'en finit pas de mourir, mais qu'est-ce qui le retient*" "*Il est en train de pourrir sur place*".

Parfois, la répulsion ou la négligence de prise en compte viennent du fait que l'équipe se dit que ces soins sont réalisés en vain "*que le patient peut même mourir pendant le pansement*" ou "*qu'il est temps de faire seulement les soins de propreté de la plaie...*" D'autres collègues

ressentent de la culpabilité lorsque les escarres se constituent, se reprochant une insuffisance de vigilance préventive, poursuivant les soins curatifs avec acharnement comme pour se dédouaner d'un manquement ; envisager de *“seulement”* réaliser des soins de confort leur semble inconcevable, voulant *“continuer coûte que coûte”* pour *“donner une chance”*, pour *“éviter que la famille croit que l'on abandonne le patient”*.

Face à la dégradation physique et à l'agonie qui se prolonge, le temps imparti à la circulation de l'information, le soutien du cadre, du psychologue, les explications médicales sur la pathologie sous-jacente seront essentielles. Prévenir et traiter les escarres passe par une nécessité de compromis entre les recommandations usuelles préventives/curatives des manuels scientifiques et notre logique éthique du prendre soin. Seule une réflexion interdisciplinaire, volontairement consentie, permet de rester investis dans une démarche clinique où chacun se sente acteur : patient, famille, soignants. Alors sur quoi faire reposer le choix des options de soins ?

Diapo 6

Si la plaie est une préoccupation importante en fin de vie, elle doit rester intégrée dans une approche globale centrée sur la personne. L'adaptation des pansements, la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse, l'instauration d'un climat de confiance avec la personne âgée et sa famille garantissent de la meilleure qualité de vie possible, en lien avec un sujet, une histoire, une temporalité. Appliqués à la prise en charge des plaies en fin de vie, les principes éthiques peuvent se décliner ainsi :

principe de compétence : les connaissances scientifiques concernant la prise en charge des plaies restent valables en soins palliatifs et doivent

être connues de toutes les catégories professionnelles, réactualisées régulièrement ;

principe d'autonomie : le droit à l'information, le principe du consentement, le droit de refuser des soins doivent rester nos références déontologiques en matière de prise en charge des plaies ;

principe d'humanité : la prise en charge des plaies ne doit pas provoquer de souffrances inutiles chez un malade épuisé ;

principe de proportionnalité et de futilité : la personne malade ne devrait pas avoir à subir des soins de plaies disproportionnés par rapport à ce qu'on peut en espérer. Les soins devenus inutiles doivent être arrêtés. Les choix thérapeutiques sont donc forcément évolutifs, impliquant des renoncements et des réinvestissements. Toute la subtilité est de trouver un juste équilibre entre un savoir-faire et un savoir renoncer. Le savoir-faire ne se résume pas à l'application de recettes livresques mais reste toujours à inventer. Le savoir renoncer n'est pas défaut de soin ou négligence mais la mise en œuvre d'une compétence réfléchie.

L'opposition entre soins curatifs qui viseraient la cicatrisation de la plaie et soins palliatifs qui viseraient le confort du patient ne nous paraît pas pertinente. La notion de soins continus personnalisés est plus adaptée à la complexité de ces situations gériatriques. Pondérés par la coopération effective du patient, les objectifs de la stratégie de soins doivent rester humbles :

Diapo 7 objectif curatif = guérir l'escarre/ éviter que d'autres escarres ne se produisent (qui sera progressivement abandonné).

objectif palliatif = éviter que l'escarre ne s'étende (surface, profondeur), ne se complique (inflammation, infection, hémorragie) **et** éviter ou retarder l'apparition de nouvelles plaies.

objectif terminal = respecter le processus naturel de la mort et le besoin de tranquillité du mourant c'est-à-dire éviter les soins inutiles, maintenir les soins de propreté minimaux.

Prévenir et traiter l'escarre par les moyens classiquement utilisés en gériatrie reste pendant longtemps en phase palliative un objectif tout à fait pertinent. Il s'agira donc, non pas de remettre en question les principes thérapeutiques du soin de l'escarre, mais de s'assurer qu'il se déroule dans les meilleures conditions de confort.

Diapo 8

La prise de décision repose un questionnement qui doit devenir plus systématique :

1/ Quel est le processus pathologique évolutif responsable de l'altération générale ? Peut-on le maîtriser ou échappe-t-il déjà à nos thérapeutiques ?

Que dit le bilan clinique et paraclinique ? Quel est l'historique des escarres : en combien de temps sont-elles apparues ? quel suivi antérieur ? combien en dénombre-t-on à ce jour ? quelles en sont les localisations ? leur évolution ? (taille, profondeur, stade de la cicatrisation)

2- Ces escarres sont-elles irréversibles, faut-il les accepter comme inéluctables ? Le processus de mort est-il définitivement en route ?

La réponse à cette question est, soit évidente, soit extrêmement difficile.

Peut-on se faire une idée de l'espérance de vie ? Certains collègues utilisent un indice pronostique basé sur le bilan nutritionnel et les protéines de l'inflammation, connaissance statistique qui peut fonder en partie la décision médicale mais également être prise en défaut au plan individuel.

Il y a bel et bien à tenir compte du degré d'altération physique, du degré d'autonomie, de l'état de conscience du patient, de ses souhaits,

réticences, du ressenti de l'entourage, enfin de l'analyse du **rapport bénéfiques/risque** et **bénéfices/contraintes** des différentes alternatives. Autre élément à considérer, **l'instant T** : nous prenons toujours une décision à un instant donné de l'évolution de la personne. Mais rien n'est figé. Changer de stratégie ne veut pas dire qu'il y a eu erreur auparavant mais le plus souvent que la donne à changer. **L'absence de certitude** concernant l'évolution d'un patient est aussi à souligner ; il est primordial de laisser une trace écrite tant des décisions d'équipe que de l'argumentation des choix, notamment pour le cas où *“ cela ne se passe pas finalement comme nous l'avions prévu ”*.

Sans aborder les principes courants de prise en charge de l'escarre, voici quelques éléments pratiques mettant en balance inconvénients et avantages de chaque option.

Diapo 10

Faut-il réhydrater ? Par quelle voie ? Et si non, quels sont les autres soins à mettre en place ? Si la déshydratation aiguë est classiquement rapportée dans la littérature comme à risque d'escarres, en fin de vie, il semble qu'un état de déshydratation extracellulaire modéré soit bien toléré, non pourvoyeur d'escarres voire même diminuant la sensation douloureuse par une sécrétion d'endomorphines. A l'inverse, déjà favorisés par la dénutrition, les oedèmes consécutifs à des réhydratations excessives créent une fragilité cutanée locale exposant à un plus grand risque d'escarres. La peau ne doit être ni trop sèche, ni humide. Dans ce contexte, **l'objectif réel** de l'hydratation est d'éviter la sensation de soif, la sécheresse des muqueuses et de la peau.

L'hydratation orale est favorisée sous forme de boissons variées, de soins de bouche réguliers, de pulvérisations buccales d'eau minérale.

L'hydratation cutanée, avec des produits gras neutre préserve les

zones à risque de dessiccation. Expliquons à la famille l'intérêt des produits hypoallergéniques existant en pharmacie qui hydratent les couches superficielles de l'épiderme, ont l'avantage de pénétrer facilement et de sentir bon. Par contre, les produits alcoolisés desséchant la peau sont à proscrire : on parfume les draps et les vêtements mais pas les zones cutanées à risque !! On évitera les **perfusions intra-veineuses**, sources de limitation de l'autonomie et de complications éventuelles (lymphangites, septicémie, ...). L'indication d'une réhydratation sous-cutanée doit être évaluée en fonction d'une sensation de soif qui persisterait malgré les moyens locaux tout en se méfiant du risque de mauvaise résorption, donc d'oedèmes.

Diapo 11 Evy **Faut-il renutrir ?** Par quelle voie ? Jusqu'à quand ? L'absence de réversibilité de la situation générale incite à ne pas être agressif dans la thérapeutique nutritionnelle. Si la dénutrition est un réel facteur de risque d'escarre, la renutrition n'apporte plus les bénéfices escomptés en terme de cicatrisation. Néanmoins, lorsque le décès n'est pas imminent, recherchons à prévenir le risque d'aggravation en rentabilisant les apports, dans la limite de l'appétit et goûts du patient, par exemple avec des suppléments enrichis, des jus de fruit, produits laitiers. La **renutrition parentérale** n'a aucunement sa place ici. La **nutrition entérale** peut avoir des indications limitées. Là encore, le rapport bénéfice – risques - contraintes guide le choix.

Diapo 12

installation au lit : des surmatelas en mousse déformable, à air pulsé et des multiples petits coussins (commercialisés, confectionnés par les soignants ou apportés par la famille) aident à maintenir l'intégrité des zones à haut risque (oreille, nuque, saillie osseuse, ...) ou encore évitent les glissements sur le côté...Attention aux zones de pression telles

lunette, sonotone laissé trop longtemps, boutons-pression dans le dos, sondes coincées créant très vite des ouvertures cutanées en fonction de l'installation.

Changement de position : Usuellement, il est recommandé de varier les points d'appui du malade alité. Mais dans ce contexte, quelle est l'utilité du changement de position ? Sachons favoriser les positions choisies, dans un but antalgique, respectant une habitude de vie ou facilitant sa vision optimale de l'environnement. Quand l'agonie est proche, la latéralisation n'a souvent plus lieu d'être, chaque changement de position entraînant une nouvelle plaie du côté mis en appui. La préoccupation première n'est plus l'escarre ; le malade a besoin de calme, sa dyspnée éventuelle étant souvent aggravée par les mobilisations. Faire varier l'inclinaison de la tête du lit peut suffire.

Lever au fauteuil : certes, l'alitement prolongé favorise l'ankylose, les escarres, voire le sentiment d'être abandonné au fond du lit. Mais est-ce que l'état de fatigue du malade le permet ? Si oui, en ayant son accord, le lever se fait pour des périodes de courte durée. Par contre, sachons y renoncer si la personne âgée est agonisante, ou si nous risquons de lui imposer un temps au fauteuil au dessus de ses forces.

Massages : les massages préventifs avec pétrissage et décollement des plans sur les zones rouges sont à proscrire. Seuls, ceux pratiqués en douceur avec la paume de la main et mouvements circulaires sont bénéfiques, contribuant à la détente, à l'antalgie, facilitant la proximité soignant-soigné, patient-famille. Jusqu'au bout, ils peuvent être utiles. La mutualisation des pratiques avec les kinésithérapeutes est fondamentale. Sachons associer les proches à ces gestes quotidiens mais en réservant

un temps d'écoute pour les soutenir dans la vision de leur proche dépendant.

Pour la réfection du pansement, ayons avant tout du bon sens ! Sa régularité dépend du contexte. Sachons privilégier les pansements laissés en place quelques jours et qui ne nuisent pas à l'hygiène quotidienne du patient. Quelque fois, renforcer ou changer le pansement secondaire est suffisant. Devant des plaies multiples, fractionnons la réfection et programmons par roulement les soins. Portons aussi notre attention à la visibilité, à l'aspect des pansements, pour les rendre aussi discrets et esthétiques que possible.

Diapo 13

Regardons maintenant les problématiques liées à l'état de la plaie
Nécrose : c'est fréquemment pour ce stade de détersion que la décision se complexifie : exciser mécaniquement ? mettre à plat pour arriver à une zone tissulaire saine ? oui, mais à quel prix pour le patient ? pour quels résultats escomptés à court terme ? La détersion naturelle est facilitée en douceur par les nouveaux types de pansements en gel ou plaque (hydrocolloïdes, alginate...). L'excision reste utile si le risque infectieux est patent. Mais lorsque le décès est imminent, les soins de propreté suffisent à favoriser le confort du malade jusqu'à sa mort.

Décollement infecté - Poche de pus – fistule - Lors des pertes de substance importante (*stade 4*), il n'est pas rare de retrouver un décollement suintant infecté. Mais doit-on drainer cette collection de pus ? Oui, si la pression pulsatile entraîne des douleurs, même si nous savons que nous prenons un risque de faire flamber un sepsis à court terme. Dans ce cadre, des irrigations d'antiseptique sont souvent bénéfiques sur l'infection et l'intensité des douleurs inflammatoires.

Plaies malodorantes : les problèmes d'odeurs de plaies

correspondent le plus souvent à deux cas de figures :

- *associées à l'utilisation d'hydrocolloïdes* et apparaissant surtout au retrait du pansement saturé : sachons expliquer clairement que c'est le pansement *“qui ne sent pas bon et non la plaie”* et que c'est une caractéristique connue du produit. Si cela est mal accepté, il conviendra d'en changer.

- *liées à la prolifération de germes anaérobies sur la plaie* : elles seront améliorées par l'utilisation locale de métronidazole, de compresses au charbon appliquées en pansement secondaire. Le bénéfice d'une antibiothérapie par voie générale est à étudier.

Ces problèmes d'odeurs obligent à rapprocher, au moins transitoirement, la fréquence des soins. Ils doivent être pris rapidement en charge afin que l'atmosphère ne devienne pas *“irrespirable”*, au sens propre comme au sens figuré. Sachons en parler en équipe pour trouver les attitudes et mots adaptés, faisons aussi participer le patient et l'entourage au confort olfactif de l'environnement (aération chambre, bâtons d'encens, bombes commerciales...).

Exsudats : la gêne engendrée par les macérations ou écoulements peut être considérable. Certains pansements absorbants hydrocellulaires ou alginates (en compresses ou mèches) retiennent dix fois leur poids en exsudat, s'adaptent facilement aux escarres creuses. L'étanchéité peut être renforcée par des pansements américains et des films transparents occlusifs.

Diapo 14

Enfin, sans approfondir tout ce qui touche à la prévention de la douleur induite, c'est savoir organiser le soin, recourir à chaque fois que possible **au binôme** (IDE/AS, ou avec tout autre professionnel kiné, interne,

sénior...) afin d'ancrer un climat de confiance par la proximité apaisante, le regard, le toucher, les manipulations plus douces et coordonnées, offrant aussi pour nous soignants une opportunité de renforcer un soutien réciproque ou la synergie entre le professionnel expérimenté et le novice.

Diapo 15

Pour conclure, prétendre soigner une personne âgée porteuse d'escarre en fin de vie suppose un réel travail d'équipe où tous les acteurs soient intimement convaincus d'être partenaires. C'est garder en conscience que l'escarre n'est qu'un élément de la prise en charge, que la personne âgée - dans ses propos, attitudes - reste notre meilleur guide. Cette sagesse de bon aloi permet de nous confronter à ces situations extrêmes où l'impuissance et le renoncement sont certes omniprésents mais où l'évolution des techniques de soins nous offrent de véritables opportunités pour faire mieux, à condition, d'investir davantage le champ de la recherche en matière de prise en charge des plaies d'escarre en soins palliatifs. Alors, innovons pour qu'entre le tout et le rien, le blanc et le noir, il y ait la place pour toute une palette de nuances à inventer, permettant ainsi à la personne âgée, à l'entourage et à l'équipe de vivre le moins inconfortablement ces situations de fin de vie.- Merci.

$$\text{PINI} = \frac{\text{CRP (mg/l)} \times \text{Orosomucoide (mg/l)}}{\text{Albumine (g/l)} \times \text{Pré-albumine(mg/l)}}$$