

# Pansement d'escarre : l'éternel mal-aimé



Jeanne Boëssé (IDE), Catherine Tomas (IDE), Frédérique Bouchand (pharmacienne),  
Isabelle Levêque (IDE), Najima Lotfi (cadre de santé), Béatrice Touraine (cadre de santé), Aurélien Dinh (chef de service)

Hôpital Raymond Poincaré, SMIT, Garches, APHP



## Déclaration de liens d'intérêt avec les industries de santé en rapport avec le thème de la présentation (loi du 04/03/2002) :

**Intervenant :** Catherine Tomas, Jeanne Boëssé, Frédérique Bouchand

**Titre :** pansement d'escarre l'éternel mal-aimé

L'orateur ne souhaite pas répondre

- Consultant ou membre d'un conseil scientifique
- Conférencier ou auteur/rédacteur rémunéré d'articles ou documents
- Prise en charge de frais de voyage, d'hébergement ou d'inscription à des congrès ou autres manifestations
- Investigateur principal d'une recherche ou d'une étude clinique

OUI  NON

OUI  NON

OUI  NON

OUI  NON

# Sommaire

- Introduction
- Cas clinique 1
- Cas clinique 2
- Situations particulières
- Améliorer nos pratiques
- Conclusion

# Introduction

- Selon la HAS « *l'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses* » (1)
- Dans 80 % des cas : Escarre talon ou sacrum en position allongée  
Escarre ischiatique en position assise (2)
- 9,4% patients hospitalisés porteurs d'escarres (enquête prévalence)
- 4,3% patients hospitalisés acquièrent une escarre (3)
- > 85% blessés médullaires développeront au moins une escarre durant leur vie (3)

1. Conférence de consensus Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé Jeudi 15 et vendredi 16 novembre 2001 Hôpital Européen Georges-Pompidou – Paris « Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé »

2. L. Demarré, A. Van Lancker, A. Van Hecke, et al. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review Int J Nurs Stud., 52 (2015), pp. 1754-1774

3. <https://www.escarre.fr/plaie/physiopathologie/prevalence.fr>

# Cas clinique 1 : Mme H.

- 78 ans
- Autonome
- ATCD : cancer ovarien stade III, démence vasculaire
- Suite de prise en charge pour suspicion de spondylodiscite (transfert d'oncologie)

# Facteurs de risque

- Braden 20 : Pas de risque d'escarre
- Albuminémie à 27g/L
- IMC : 20,9  
→ *IMC < 22 = dénutrition chez PA > 70 ans selon HAS*
- Perte d'appétit avec perte poids de 6 kg
- Facteur de risque : **DENUTRITION**

## ECHELLE BRADEN

19-23 = aucun risque  
15-18 = risque léger  
9-14 = risque modéré  
> 9 = risque très élevé

## Valeurs de référence Albumine

32-50 g/L

## IMC adulte

>30 obésité  
25 à 30 surpoids  
18.5 à 25 corpulence normale  
<16.5 maigre

# A J3 de son arrivée : douleur fesse G

Découverte escarre  
stade II  
Sans fibrine



# Quel pansement utiliseriez-vous ?

A – Hydrocolloïde

B – Hydrocellulaire

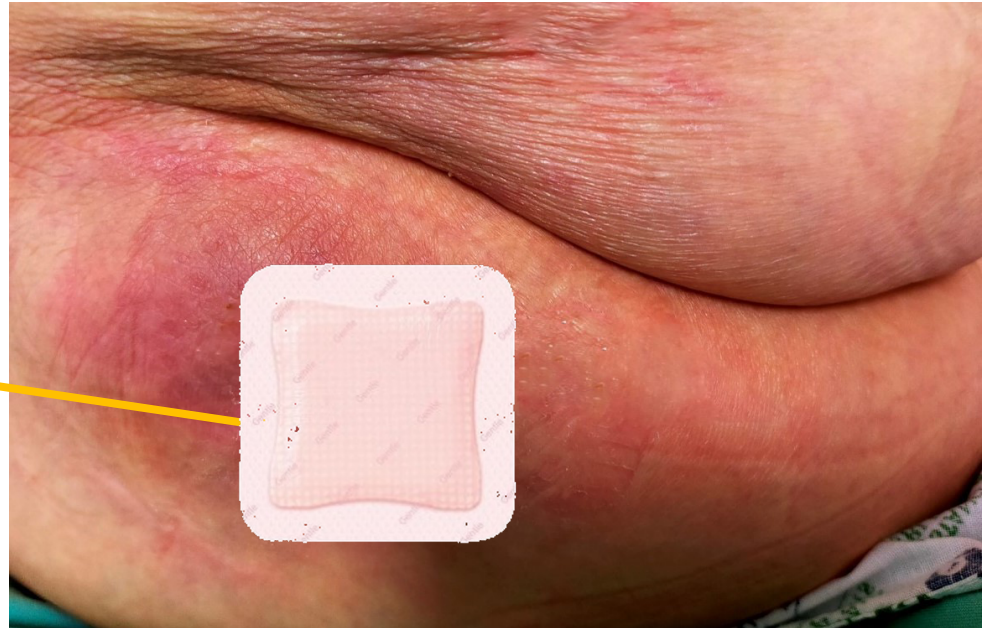
C – Alginate

D – Pas de pansement : effleurage



Nettoyage eau + savon :  
SYSTEMATIQUE pour les  
escarres

- ✓ Hydrocellulaire
- ✓ Réfection à 48h/72h



→ Hydrocellulaire : Indiqué dans la PEC des plaies aiguës et chroniques peu/à très exsudatives

# Evolution J5

Fesse D :  
apparition d'une  
escarre stade I

Apparition d'une nouvelle  
plaie fibrineuse au-dessus de  
l'escarre initiale

Amélioration escarre initiale :  
peau sèche et en voie  
cicatrisation



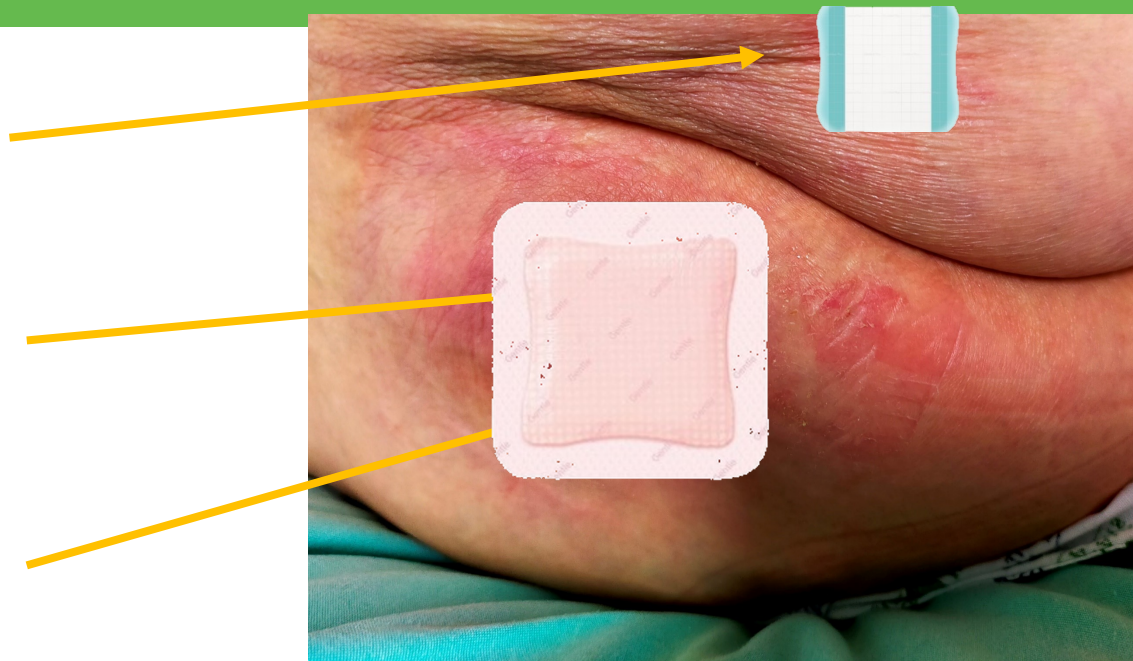
# Changement de protocole ?

# Evolution J5

✓ Hydrocolloïde  
✓ Réfection à 72h

✓ DéterSION mécanique  
✓ Hydrocellulaire  
✓ Réfection à 72h

✓ Hydrocellulaire  
✓ Réfection à 72h



# Actions complémentaires

- Evaluation par la diététicienne
- Favoriser les changements de position
- Surveillance des pansements en place (arrachés par patiente)

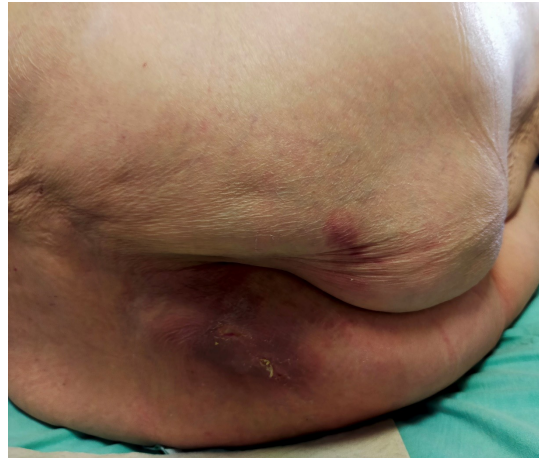


## Evolution J7



Même protocole

## Evolution J12



Changement protocole J12 :

- ✓ Jelonet®
- ✓ Compresses
- ✓ Mefix®

## Evolution J14



Changement protocole J14:

- ✓ Vaseline®

# Axes d'amélioration

- Importance des transmissions :
  - ✓ Traçabilité inter-équipes
  - ✓ Feuille de liaison lors des transferts
- Contrôle état cutané si dénutrition / démence même si autonome.

# Cas clinique 2 : Mme G.

- 62 ans
- Dépendante , déficit moteur important des membres inf.
- ATCD : DID
- Rapatriement sanitaire pour spondylodiscite et méningite.
- Escarre sacrée stade 4 : plaque nécrosante.



# Facteurs de risque

- Braden 8 → *Risque très élevé d'escarre*
- Albuminémie à 15g/L
- IMC : 32,4
- Hospitalisée en réanimation > 3 semaines
- Incontinence totale avec diarrhées
- Facteurs de risque : **dénutrition + alitement**

# A J3 de son arrivée: plaque nécrose sacrum (09/09/21)

J1 : Nécrose sèche  
et cartonnée

J3 : Nécrose ramollie



# Quel protocole de soin ?

A – Hydrocellulaire

B – Alginate

C – Hydrogel gel

D – Détersion mécanique / scarification

E – Hydrogel assimilé irrigo-absorbant

- ✓ Scarification
- ✓ Purilon<sup>®</sup> : 48h
- ✓ Tegaderm

DETERSION MECANIQUE  
SYSTEMATIQUE : débrider  
totalement nécrose



→ Purilon<sup>®</sup> : Hydrogel en gel. Indiqué pour ramollir les plaques de nécrose, assure l'humidification des plaies (1er pansement réfection à 24h)

# J26 : Fibrine sèche 01/10/2021

- ✓ Mise en place d'un VAC avec instillation
- ✓ Détersion mécanique systématique
- ✓ Pansement 2x / semaine



## J34 : Fibrine humide ramollie par VAC



# M4: 19/01/2022

- ✓ Devant bonne évolution : stop VAC  
thérapie
- ✓ Urgoclean®
- ✓ Américain
- ✓ Méfix®



→ Urgoclean® : Fibres de polyacrylate hydro-détersives. Indiqué dès la phase de détersion des plaies cavitaires.

# Actions complémentaires

- Evaluation par la diététicienne
- Matelas air
- Décubitus latéral



Résultats : - *PEC en charge chirurgicale : lambeau avril 2022*  
- *Albuminémie à 28g/L*



# Axes d'amélioration

- Ne pas attendre avant de débrider les plaques nécrotiques :  
nécrose = pas d'évolution possible de la plaie
- Utilisation d'un hydrogel assimilé irrigo-absorbant plutôt  
que hydrogel gel
- La VAC thérapie peut être mise en place plus précocement
- Prise en charge de la dénutrition dès l'arrivée ++

# Situations particulières

## 1- Plaie fibrineuse

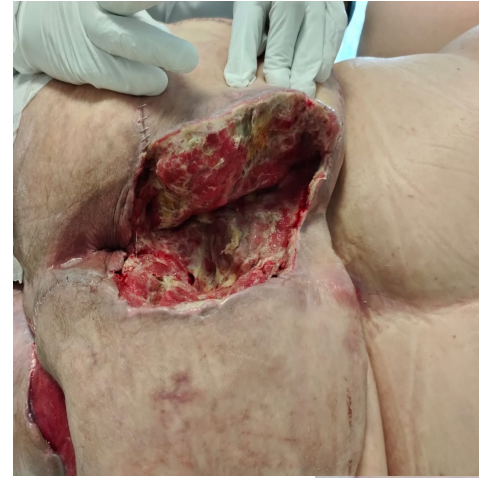
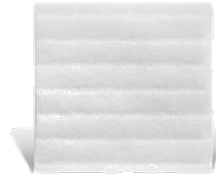
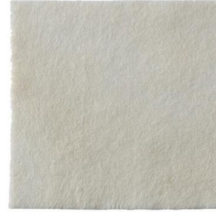
- ✓ DETERSION MECANIQUE SYSTEMATIQUE
- ✓ Fibre à haut pouvoir d'absorption type Aquacel<sup>®</sup> ou urgoclean<sup>®</sup>



# Situations particulières

## 2- Plaie cavitaire

Fibre à haut pouvoir d'absorption  
(Aquacel<sup>®</sup> ou urgoclean<sup>®</sup>) ou  
alginate surtout si saignements



# Situations particulières

## 3- Echec des soins locaux

- ✓ Alginate ++
- ✓ Américain
- ✓ Tégaderm®

→ Échec soins locaux -> Prise en charge au bloc



# Situations particulières

## 4- Hyperbourgeonnement

- ✓ Hyper bourgeonnement étendu:

Application dermocorticoïde + interface type UrgoTul®

- ✓ Bourgeon isolé:  
crayon de nitrate d'argent



# Améliorer nos pratiques

- 1 seul pansement primaire en même temps : pas de club-sandwich !
  - Définir un objectif à la fois dans le protocole du pansement
  - Cas exceptionnel : hydrocellulaire sur plaie à risque de contact avec les selles (ex: escarre sacrée)
- Précaution avec Purilon® :
  - A utiliser sur une courte durée, détersion rapide
  - Protéger les berges
  - Réfection tous les 2-3 jours mais surveillance accrue les premières 24h
  - Alternative au Purilon® : hydrogels irrigo-absorbants
- Alginate :
  - A mettre à plat
  - Une couche suffit
  - A METTRE SEC SUR LA PLAIE car utilisé pour capacité d'absorption / propriété hémostatique

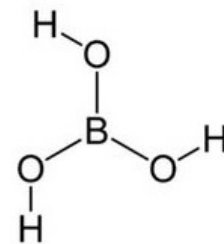
# Améliorer nos pratiques

- Privilégier hydrocolloïde si possible sur escarre stade I (prix) et réfection toutes les 72h
- Réfection trop fréquente des pansements : 48h à 72h si possible
- Changer régulièrement le protocole si pas d'amélioration : ***Tous les 2 pansements***
- Escarre stade I : pas d'huile amande douce ni de Dexeryl (macération , allergie)
- Pas toujours de prescription médicale : IDE souvent seule décisionnaire des protocoles

# Alertes sur les risques de l'acide borique

Eau boriquée utilisée dans les plaies avec perte de substance majeure pour obtenir un bourgeonnement plus rapide + antimicrobien MAIS :

- ✓ Risques "reprotoxiques" (toxicité pour la reproduction) et de toxicité systémique grave
- ✓ Des effets indésirables graves, parfois d'évolution fatale, ont été signalés suite à l'utilisation
  - d'une préparation d'eau boriquée à 3% sur des plaies profondes
  - et/ou sur une grande surface
  - et/ou durant plusieurs semaines voire plusieurs mois chez des patients présentant une altération de l'état général
- ✓ Ces effets étaient associés à des signes digestifs, cutanés et neurologiques



➔ Réévaluation du rapport bénéfice/risque de ces préparations.

ansm  
Agence nationale de sécurité du médicament  
2013



# Alertes sur les risques de l'acide borique



## Précautions d'emploi pour limiter le risque de toxicité systémique

Les préparations hospitalières, magistrales ou officinales contenant de l'acide borique et/ou ses dérivés (borax) ne doivent **pas être administrées** :

- chez l'**enfant de moins de 30 mois**,
- en cas d'**hypersensibilité** à l'acide borique et/ou ses dérivés (borax).

Afin de prévenir le risque de toxicité systémique grave, il est recommandé :

- d'être particulièrement prudent
  - lors d'une utilisation chez les **personnes âgées** et chez les **insuffisants rénaux** ;
  - lors d'une utilisation sur une **peau lésée** (enflammée ou abrasée), sur une **muqueuse** ou sur des **plaies profondes**, qui favorisent le passage systémique ;
  - lors d'une utilisation sur une **grande surface**.
- de veiller à limiter la **durée du traitement**.

## Difficulté de diagnostic

La **non spécificité des signes annonciateurs** d'une intoxication par le bore peut retarder le diagnostic. L'arrêt du traitement doit être envisagé en cas de survenue de signes digestifs, cutanés ou neurologiques.

# Effleurage ? (1)

- Analyse réalisée en 2018
- Revue des études cliniques sur pansements et topiques utilisés en prévention de l'escarre, notamment sur l'efficacité de l'effleurage (Sanyrène<sup>®</sup>, huiles) vs nursing seul.
- 19% vs 28% RR 0,70 (IC95% [0,41 ; 1,18])

**Pressure ulcer incidence: fatty acid vs standard care**

Assessed with observation  
Follow-up: range unknown, 30 days

**Study population**

**277 per 1000**      **194 per 1000**  
(113 to 326)

**RR 0.70** 187  
(0.41 to 1.18)  
(2 RCTs)

⊕⊕⊕⊖  
**Low**<sup>3</sup>

There was no clear difference in pressure ulcer incidence (18/93 (19%) fatty acid, vs 26/94 (28%) standard care; low-certainty evidence)

# Effleurage ? (2)

- Escarres : complication fréquente de l'hospitalisation
- Moyens de prévention : position / matelas / état nutritionnel ...
- Crèmes et topiques gras : diminution non significative de la fréquence des escarres >> nécessite des études de plus grande ampleur

## Implications for practice

Pressure ulcers are a relatively common and important complication of hospitalisation and the application of dressings, creams or other topical agents is used as an intervention to prevent pressure ulcers from forming. When we systematically reviewed the evidence we found no clear benefit or harm for most interventions for which data were available on pressure ulcer incidence. Silicone dressings may reduce any stage pressure ulcer incidence and fatty acids versus a control compound may reduce pressure ulcer incidence. The low level of evidence certainty means that additional research is required to confirm these results.

## LES 10 COMMANDEMENTS POUR LE BON USAGE DU PANSEMENT

1. Un groupe de travail pluridisciplinaire et multiprofessionnel, par établissement, **définit la liste des pansements** disponibles.
2. Quelle que soit la plaie, son traitement est d'abord celui de son **étiologie**. Ainsi le traitement des ulcères veineux est en premier lieu fondé sur la compression veineuse, celui du pied diabétique ou de l'escarre sur la mise en décharge et celui de l'ulcère artériel sur la revascularisation.
3. Toute **suspicion d'infection** doit faire l'objet d'une évaluation et d'une prise en charge médicale et / ou chirurgicale.
4. Il est important de respecter le **principe de la cicatrisation en milieu humide**.
5. Le pansement ne remplace pas un **geste de déterision, parage et / ou fermeture**.
6. Le choix d'un pansement pour une plaie repose sur ses performances : **capacité d'absorption, rythme de changement, pouvoir hémostatique, gestion de la douleur, confort du patient, adhésivité...**
7. **L'évolution du stade de la plaie** doit mener à une réflexion concertée avant de changer de famille de pansements.
8. Les différents pansements **primaires** (en dehors des pansements au charbon actif, des hydrogels et des formes mèches) **ne sont pas destinés à être associés entre eux** sur une même plaie.
9. Il est impératif de respecter **les règles d'hygiène** (friction hydroalcoolique des mains, nettoyage de la plaie...) et d'assurer une **prise en charge de la douleur** induite par les soins.
10. La **prescription sur ordonnance** d'un type donné de pansement doit être la plus précise possible.

## LES MESSAGES CLES DE LA PRESCRIPTION DE SORTIE

1. **Rédiger et ordonner** de façon précise les étapes du protocole de soins + produits nécessaires.
2. **Privilégier** les produits remboursés. Anticiper l'évolution de la plaie, ne pas multiplier les prescriptions et ne pas changer sans cesse les produits prescrits. Respecter les recommandations de la HAS, les indications de l'AMM ou de la LPPR.
3. **Inform**er clairement les différents acteurs des soins en leur écrivant (infirmier, kiné ...)
4. **Mettre en place** les aides aux soins pour les patients dépendants.
5. **Éduquer** le patient et / ou sa famille.
6. **Renforcer** les mesures de prévention secondaire une fois la plaie guérie.

Novembre 2017

RECOMMANDATIONS

CODIMS AP-HP

(Comité des Dispositifs Médicaux Stériles)

# Prescriptions

- Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire

I. — A l'exclusion du petit matériel nécessaire à la réalisation de l'acte facturé, les infirmiers sont autorisés, lorsqu'ils agissent pendant la durée d'une prescription médicale d'une série d'actes infirmiers et dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire aux patients, sauf en cas d'indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux suivants :

II. — Par ailleurs, peuvent également être prescrits dans les mêmes conditions qu'au I, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par leur patient, les dispositifs médicaux suivants :

1. Matelas ou surmatelas d'aide à la prévention des escarres en mousse avec découpe en forme de gaufrier.

2. Coussin d'aide à la prévention des escarres :

- coussins à air statique ;
- coussins en mousse structurée formés de modules amovibles ;
- coussins en gel ;
- coussins en mousse et gel.

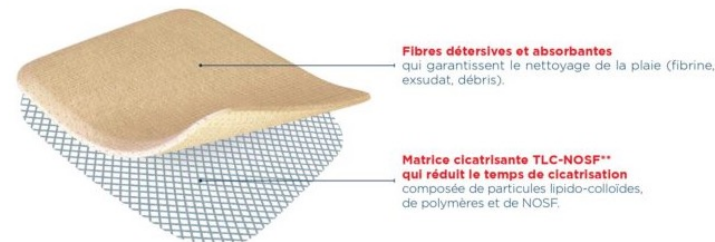
3. Pansements :

- hydrocolloïdes ;
- hydrocellulaires ;
- alginates ;
- hydrogels ;
- en fibres de carboxyméthylcellulose (CMC) ;
- à base de charbon actif ;
- à base d'acide hyaluronique seul ;
- interfaces (y compris les silicones et ceux à base de carboxyméthylcellulose [CMC]) ;
- pansements vaselinés.

CHOIX DU PANSEMENT EN FONCTION DU TYPE DE PLAIE AIGUE OU CHRONIQUE							
PANSEMENT PRIMAIRE	FREQUENCE DE RENOUVELLEMENT (en jours)	CAPACITE D'ABSORPTION	STADE DE LA PLAIE				PANSEMENT SECONDAIRE (pansement absorbant ou compresses stériles) / MAINTIEN (bandage tubulaire (Tubifast <sup>®</sup> ), bande extensible avec fibres synthétiques, bande de crêpe en coton). Les bandes se posent de la racine des orteils au genou en englobant le talon. Pas d'adhésif sur la peau.
			NECROSE SECHE (après vérification de l'état vasculaire, IPS)	FIBRINE	BOURGEONNEMENT	EPITHELIALISATION	
HYDROGEL	1 à 3 j	0	   				Pansement secondaire uniquement pour le Purilon <sup>®</sup> : film de polyuréthane ou hydrocolloïde mince
IRRIGO-ABSORBANT	1 à 2 j	+ / ++	HydroClean Advance <sup>®</sup> (Hartmann)				Pansement secondaire + système de maintien
FIBRES A HAUT POUVOIR D'ABSORPTION	1 à 3 j (AquaCel Extra <sup>®</sup> ) 1 à 2 j (UrgoClean <sup>®</sup> )	+++	AquaCel <sup>®</sup> Extra (ConvaTec), toutes phases UrgoClean <sup>®</sup> (Urgo), hydrodérivé absorbant, phase détergence				Pansement secondaire + système de maintien
HYDROCOLLOÏDE	3 à 5 j	+	Duoderm <sup>®</sup> E (ConvaTec) épais Comfeel Plus <sup>®</sup> Transparent (Coloplast) mince Comfeel Plus anatomique (Coloplast) talon / sacrum				Non nécessaire (parfois utile sur une zone de frottement)
HYDROCELLULAIRE	3 à 5 j	++ Supersorbants : +++	AquaCel <sup>®</sup> Foam (ConvaTec) non adhésif AquaCel Foam <sup>®</sup> anatomique (ConvaTec) adhésif talon / sacrum Mepilex <sup>®</sup> (Mölnlycke Healthcare) micro-adhérent non bordé Biatan <sup>®</sup> Silicone (Coloplast) micro-adhérent bordé Mepilex <sup>®</sup> Transfer (Mölnlycke Healthcare) micro-adhérent sans couche semi-perméable Resposorb <sup>®</sup> (Hartmann) supersorbant Uroastar <sup>®</sup> Microadhérent et Uroastar <sup>®</sup> Border (Urgo)				Système de maintien pour les formes non adhésives et non bordées
ALGINATE	1 à 3 j sauf si plaie infectée	++ / +++	Algosteril <sup>®</sup> (Brother) 100% alginate Biatan <sup>®</sup> Alginate (Coloplast) alginate + CMC (carboxy-méthyl cellulose)				Pansement secondaire + système de maintien
INTERFACE	2 à 4 j (renouvellement de la compresse ou pansement absorbant possible sans changer le pansement primaire)	0	Interface <sup>®</sup> S (Hartmann), non grasse, non siliconée Urgotul <sup>®</sup> (Urgo Medical), interface grasse (vaseline + CMC) Mepitel <sup>®</sup> One (Mölnlycke Healthcare), interface siliconée Adaptic <sup>®</sup> doigier (KC Médical), interface grasse Urgostart <sup>®</sup> Interface (Urgo), matrice lipido-colloïde				Pansement secondaire + système de maintien
PANSEMENT GRAS (dit « tulle gras »)	1 à 2 j	0	Jelonet <sup>®</sup> (Smith and Nephew)				Pansement secondaire + système de maintien
FILM SEMI PERMEABLE	Jusqu'à décollement (max 5-7 j)	0	Tegaderm <sup>®</sup> standard (3M) Steri-Drape <sup>®</sup> (3M)				-

CHOIX D'UN PANSEMENT EN FONCTION D'UNE SITUATION PARTICULIERE					
Situation particulière	PLAIE MALODORANTE	PLAIE HEMORRAGIQUE		PLAIE INFECTEE LOCALEMENT (OU « COLONISEE CRITIQUE ») (HORS BRULURE)	PLAIE HYPERBOURGEONNANTE
	Type de plaie	AIGUE / CHRONIQUE / CANCEREUSE	CHRONIQUE	AIGUE TRAUMATIQUE / CHIRURGICALE	AIGUE / CHRONIQUE
Pansement primaire	PANSEMENT AU CHARBON Askina Carbosorb <sup>®</sup> (B Braun)	ALGINATE	AGENT HEMOSTATIQUE Cellulose oxydée, gélatine, collagène	FIBRE A HAUT POUVOIR D'ABSORPTION, ALGINATE, pansement au CHARBON, INTERFACE ou HYDROCELLULAIRE à l'argent. (les pansements occlusifs sont contre-indiqués)	Hyperbourgeoisement en nappe : <input type="checkbox"/> DERMOCORTICOÏDE crème de classe 3 + INTERFACE. Bourgeois isolé : <input type="checkbox"/> crayon au nitrate d'argent.
Fréquence de renouvellement	1 à 3 jours	1 fois / jour (si plaie fortement exsudative). Maximum : 2 à 3 jours	Oter tout excédent de compresse après obtention de l'hémostase pour faciliter la résorption (si résorbable)	1 fois / jour minimum	Tous les 1 à 2 jours et éventuellement après réévaluation de l'hyperbourgeoisement. Arrêt d'application d'un dermatocorticoïde dès apaisement des bourgeons (en dessous du niveau de la peau périphérique). Crayon au nitrate d'argent : selon les résultats à 48-72 heures.
Recommandations du groupe d'experts	Pansement primaire ou secondaire. L'utilisation d'un pansement au charbon en pansement secondaire ne dispense pas d'un bon nettoyage et d'un traitement, si possible, de la cause de l'odeur (infection).	Les alginates + CMC (de coût inférieur) sont recommandés pour les plaies chroniques hémorragiques. L'alginate pur (Algosteril <sup>®</sup> ) est recommandé de préférence pour les plaies chirurgicales hémorragiques. Les autres pansements hémostatiques sont réservés à un usage chirurgical.		Les points clés de la prise en charge des plaies infectées : <input type="checkbox"/> Lavage à l'eau et au savon, irrigation si plaie cavitaire, ... <input type="checkbox"/> Détergence minutieuse quotidienne de la plaie. <input type="checkbox"/> Réfection quotidienne ou pluri-quotidienne du pansement. <input type="checkbox"/> Antibiothérapie systémique si nécessaire. Ne pas prélever la plaie sans prescription. Réévaluer la plaie autant que nécessaire. Rappel : les brûlures ne sont pas concernées par ces recommandations. Les pansements à l'argent ne doivent pas être utilisés en préventif. Ajouter un pansement au charbon en cas de plaie malodorante.	Un dermatocorticoïde sous forme crème est recommandé (meilleure adhérence que la pommade à la plaie). Stopper l'utilisation de pansements hydrocellulaire et hydrocolloïde susceptibles de favoriser l'hyperbourgeoisement : favoriser les interfaces. Le crayon au nitrate d'argent : doit être utilisé « à patient unique » ; ne convient pas aux plaies étendues.

# Nouveauté ? Urgo Start plus



- Fibres poly-absorbantes (polyacrylate) + matrice lipido-colloïde micro-adhérente (TLC micro-adhérente) cicatrisante **imprégnée de NOSF** = UrgoClean + NOSF
- Indiqué pour **tous les stades de cicatrisation** (dès détersion jusqu'à cicatrisation) dans le traitement des plaies exsudatives chroniques (ulcères de jambes, escarres, plaies du pied diabétique) et aiguës chronicisées
- NOSF = Nano OligoSaccharide Factor : composé innovant avec propriétés anti-Métallo Protéases Matricielles (MMP).
- Réduit le temps de cicatrisation (1)

(1) Munter KC, Meaume S, Augustin M, Senet P, Kérihuel J.C. The reality of routine practice : a pooled data analysis on chronic wounds treated with TLC-NOSF wound dressings. J Wound Care. 2017 Feb 26 (Sup2) : S4-S15 Erratum in : J Wound Care 2017 Mar 2 : 26(3) : 153.

# Liens utiles

- Formations (avec un e-learning et un jeu pour les soignants, conçus par l'équipe de l'hôpital Marie Lannelongue)

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/escarres-former-et-se-former>

<https://sauvemapeau2.fr/?v=1>

- Livret plaies et cicatrisation édition 2021

<https://www.snitem.fr/publications/livrets-innovation/le-livret-plaies-et-cicatrisation/>

- Application gratuite : Epansement / Recopansement (APHP)



- Echelle de Braden

<https://e-pansement.fr/actualites/lechelle-de-braden-predire-le-risque-descarres-dans-les-soins-de-longue-duree>



# Conclusion

## Mal-aimé car complexité de la PEC :

- Manque de connaissances / formation des équipes paramédicales et médicales
- Peu/Pas de nouveautés pansements mais offre déjà large
  - > **Mieux vaut des personnels bien formés que des nouveaux pansements !!**
- Chronophage pour les équipes (temps de réfection du pansement, prise en charge de la douleur, nutrition, temps de réflexion pour les protocoles) >> multidisciplinaire
- Dégradation rapide mais cicatrisation lente >> Désespérant
- Le facteur psychologique >> odeur, visuellement impressionnant

## Outils pour une meilleure PEC :

- INFORMATION: traçabilité, transmissions++++ surtout lors des transferts inter-services
- FORMATIONS IDE/médecin (référénts)
- Aide via des applications : Healico suivi des plaies par photo et dossier (Urgo)
- Avis extérieur si besoin (professionnel en cicatrisation, dermatologue, infectiologue, pharmacien DMS...)

# Merci de votre attention !