



Semestre 1 – UE 4.1 - Les escarres

1.1 Définition

Une **escarre** (du grec *eskhara* = croûte) est une **lésion des tissus cutanés et sous-cutanés** causée par une pression prolongée.

Elle apparaît lorsque les tissus mous sont comprimés entre :

- un **plan dur** (lit, fauteuil...)
- et une **saillie osseuse** (sacrum, talon, trochanter...)

👉 Cette compression entraîne une **ischémie** (diminution de l'irrigation sanguine), puis une souffrance tissulaire.

1.2 Définitions associées

- **Ischémie** : diminution ou arrêt de la circulation sanguine dans un tissu
 - **Érythème** : rougeur cutanée persistante ne disparaissant pas après décompression
 - **Phlyctène** : cloque contenant du liquide (sérosité) liée à une lésion cutanée
 - **Nécrose** : destruction irréversible d'un tissu due à une absence d'oxygène prolongée
-

1.3 Facteurs de risque

Les facteurs favorisant les escarres sont classés en facteurs explicatifs et prédictifs.

Facteurs extrinsèques (externes)



- Pression prolongée
- Friction
- Cisaillement
- Macération

Facteurs intrinsèques (liés au patient)

- Immobilité
- Malnutrition ou dénutrition
- Incontinence
- Neuropathies
- Âge avancé
- Mauvaise perfusion sanguine
- État psychologique altéré

Facteurs prédictifs

- Immobilisation prolongée
- Dénutrition

👉 Ce sont les deux facteurs les plus importants dans l'apparition des escarres.

1.4 Impact psycho-social et clinique

Les escarres ont un impact important sur la qualité de vie du patient :

Conséquences physiques et médicales

- Douleurs importantes
- Lésions cutanées
- Risque élevé d'infection
- Perte d'autonomie



- Allongement de l'hospitalisation

Conséquences psychologiques et sociales

- Altération de l'image de soi
 - Difficultés relationnelles
 - Isolement social
 - Dépression possible
 - Perte de dignité ressentie
-

1.5 Classification des escarres (NPUAP 1989)

Les escarres sont classées en 4 stades :

- **Stade 1** : Érythème cutané persistant (peau intacte mais rouge)
 - **Stade 2** : Phlyctène ou perte superficielle de la peau
 - **Stade 3** : Perte de substance profonde (tissus sous-cutanés atteints)
 - **Stade 4** : Atteinte profonde avec muscles, os, articulations + infections possibles
-

Répartition statistique (ARS 2015)

- 46 % : stade 1
- 31 % : stade 2
- 23 % : stade 3 et 4

La majorité des escarres sont détectées tôt, mais la vigilance reste essentielle.

1.6 Responsabilité infirmière (IDE)

L'infirmier(e) a une **responsabilité majeure** dans la prévention des escarres.



Cadre réglementaire (Code de la santé publique)

- **Article R4311-1** : participation à la prévention, dépistage et éducation à la santé
 - **Article R4311-5 (rôle propre)** :
 - prévention des escarres
 - surveillance de l'hygiène, alimentation, élimination
 - installation du patient
 - **Article R4311-7 (rôle sur prescription)** :
 - réalisation et surveillance des pansements spécifiques
-

1.7 Prévention des escarres

La prévention repose sur plusieurs actions essentielles :

Dépistage

- Utilisation d'échelles d'évaluation (ex : **échelle de Braden**)
 - Évaluation du risque dès l'entrée du patient
-

Surveillance de la peau

- Inspection régulière
 - Souvent réalisée lors de la toilette
 - Détection précoce des rougeurs ou lésions
-

Réduction des pressions

- Changement de position toutes les **2 à 3 heures**
- Installation adaptée :
 - décubitus latéral à 30°



- position semi-assise ($\approx 30^\circ$)
 - talons surélevés
 - Mobilisation du patient dès que possible
-

Matériel de prévention

- Matelas anti-escarres
 - Coussins de positionnement
 - Lève-personne
 - Potences, cerceaux
-

Éducation du patient

- Encourager les mouvements
 - Auto-décharge des points d'appui si possible
 - Participation active du patient à sa prévention
-

1.8 Évaluation des escarres

L'évaluation est essentielle dans la prise en charge :

Moments d'évaluation

- À l'entrée du patient
 - À la sortie ou transfert
 - Pendant le séjour :
 - à chaque changement d'état
 - ou au minimum toutes les 36 heures
-



Méthodes d'évaluation

- **Jugement clinique :**
 - IDE
 - médecin
 - aide-soignant
 - **Échelles d'évaluation :**
 - échelle de Braden (la plus utilisée)
-

1.9 Conclusion

Les escarres sont des **lésions graves mais largement évitables**.

Leur prise en charge repose surtout sur :

- la prévention
- la surveillance constante
- la mobilisation du patient
- le rôle central de l'IDE