

Prendre soin de sa peau pour prévenir le risque infectieux

Dr Raphaële BACHTARZI
Gériatre CHU Nantes

Prévention du Risque Infectieux en Établissement Médico-Social (EMS) : *La peau, une barrière essentielle contre le risque infectieux*

Angers le 17/03/2026

- Epidémiologie : chiffres en EHPAD
- Pathologies cutanées chez les résidents :
 - Dermatoporose
 - Rougeurs :
 - DAI = Dermite associée à l'incontinence
 - Escarre
- Mesures de prévention cutanée chez le résident

Chiffres en EHPAD



Résultats de l'enquête nationale de prévalence 2024 en EHPAD Région Pays de la Loire

Répartition des infections par site anatomique

Site infectieux	Nombre d'infections	Proportion d'infections [IC95%]	Prévalence d'infections [IC95%]
TOTAL	125	100	2,05 [1,44 - 2,66]
IESC - Infection d'escarre / plaie chronique	6	5,6 [2,6 - 11,7]	0,11 [0,03 - 0,2]

Nombre total de résidents inclus : 5 981

Répartition des résidents selon qu'ils présentaient ou non des escarres (et le grade) le jour de l'enquête

Escarre et grade	Nombre de résidents	Proportion de résident	IC 95%
Non	5 664	94,9 %	[93,7 - 95,8]
Oui	317	5,1 %	[4,2 - 6,3]
Grade 1	141	2,3 %	[1,7 - 3,2]
Grade 2	111	1,7 %	[1,3 - 2,3]
Grade 3	49	0,8 %	[0,6 - 1,1]
Grade 4	16	0,3 %	[0,2 - 0,4]

Prévalence des résidents infectés selon qu'ils présentaient ou non d'une incontinence au moment de l'enquête

Incontinence	Nombre de résidents	Nombre de résidents infectés	Prévalence des résidents infectés [IC95%]
Non	2 005	30	1,55 [1 - 2,4]
Oui	3 964	92	2,25 [1,66 - 3,05]
Inconnu	12	0	—

Chiffres en EHPAD

Répartition des infections par site anatomique

Site infectieux	Nombre d'infections	Proportion d'infections [IC95%]	Prévalence d'infections [IC95%]
TOTAL	125	100	2,05 [1,44 - 2,66]
IESC - Infection d'escarre / plaie chronique	6	5,6 [2,6 - 11,7]	0,11 [0,03 - 0,2]
Infection urinaire	39	32,6 [24 - 42,5]	0,67 [0,45 - 0,89]
Pneumonie	10	8 [3,5 - 17,2]	0,16 [0,03 - 0,3]
COVID-19	8	5,7 [0,9 - 27,9]	0,12 [0,1 - 0,33]
Infections ORL	4	3,3 [1,4 - 7,4]	0,07 [0,01 - 0,13]

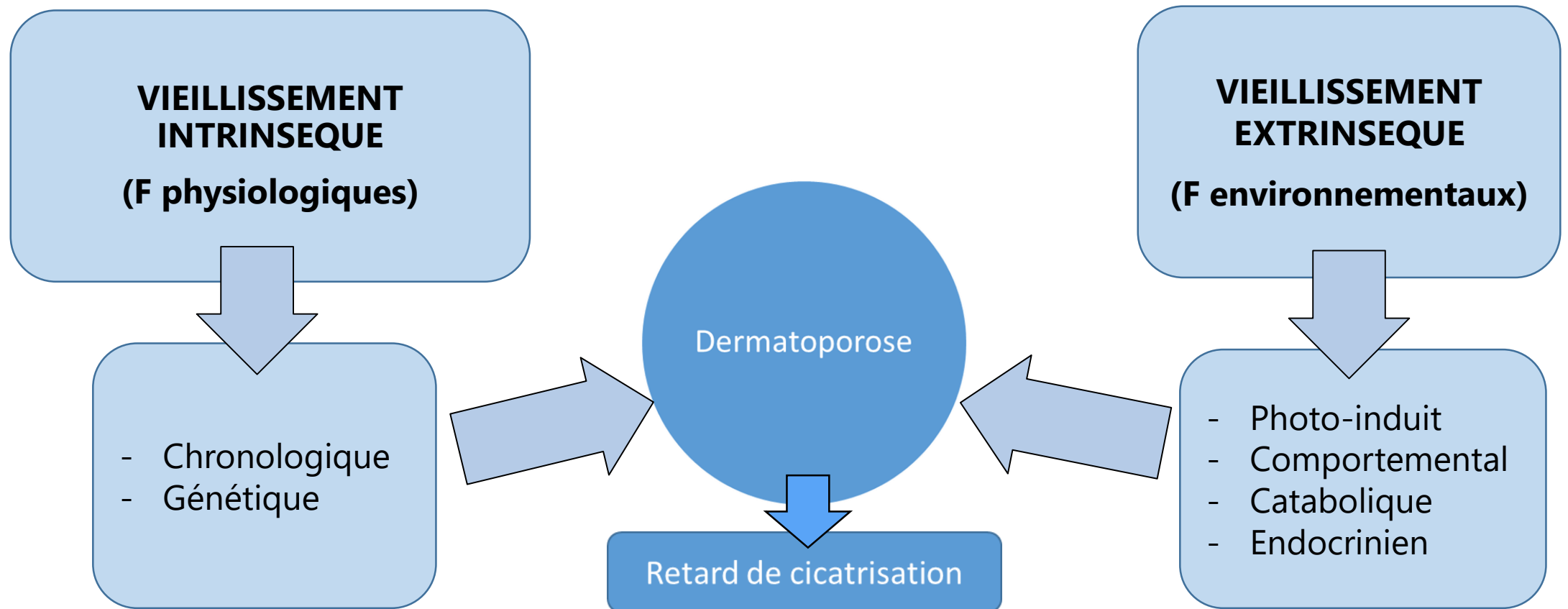


Résultats de l'enquête nationale de
prévalence 2024 en EHPAD
Région Pays de la Loire

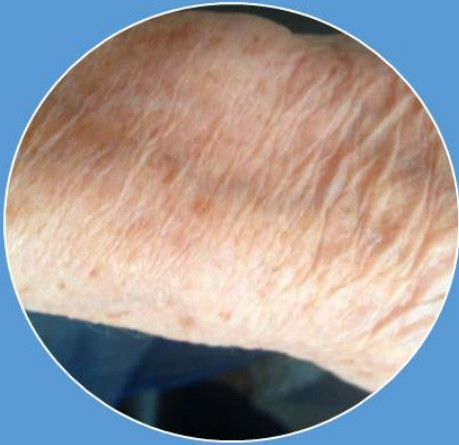
Dermatoporose - Définition

- Syndrome de fragilité et d'atrophie cutanée
- Manifestations cliniques et les complications fonctionnelles liées à une insuffisance cutanée chronique.
- Potentialisée par les facteurs extrinsèques
- Expression clinique de 3 lésions élémentaires

Dermatoporose - Vieillissement cutané



Dermatoporose - lésions élémentaires



Atrophie cutanée



Purpura dit
« sénile de Bateman »



Pseudo-cicatrices
stellaires



Dematoporose - complications

Germaine, 87 ans

- Vous constatez cette plaie.
- Quelle est votre conduite à tenir?



Dematoporse - complications

Skin tear ou déchirure cutanée :

Décollement du derme superficiel lié à 1 traumatisme minime lors d'un choc ou d'une manipulation

- Bien nettoyer au sérum physiologique
- Repositionner le lambeau en urgence >>> traitement conservateur
- Ne pas fixer avec des strips
- Ne pas suturer
- Pas de pansement adhérent
- Interface siliconée à conserver 7 jours
- Regarder sous le pansement secondaire tous les jours pour surveillance + + +



Dermatoporose - complications

Déchirure cutanée



TYPE 1 : SANS PERTE TISSULAIRE



TYPE 2 : PERTE TISSULAIRE PARTIELLE



TYPE 3 : PERTE TISSULAIRE TOTALE



Dermatoporose : complications

Mme B, 86 ans

- Chute avec fracture humérale droite le 09/10/2025
- Chirurgie clou huméral le 14/10
- Orthopédie puis SMR le 22/10
- ATCD : ACFA sous AOD

→ Quelle est la lésion du membre inférieur droit ?

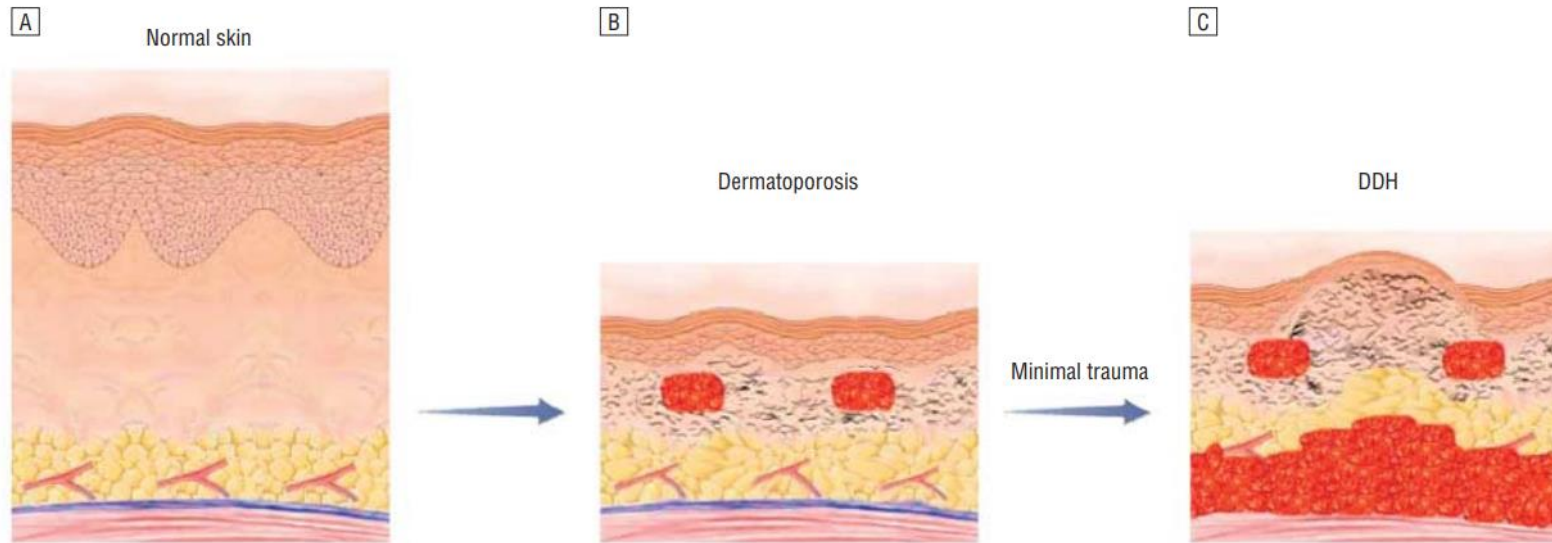


Mme B. 86 ans



Dermatoporose - complications

Hématome disséquant



Dermatoporose : complications

SCALP OU DÉCHIRURE CUTANÉE



- Nettoyer au sérum phy
- Repositionner le lambeau (ttt conservateur)
- Ne pas fixer (strip ou suture)
- Pansement gras/interface ou hydrocellulaire
- Eviter pansement adhérent
- Regarder sous le pansement secondaire tous les jours pour surveillance +++

HÉMATOME DISSÉQUANT



- Arrêt anticoagulant si hématome <24h
- Surveillance simple
- Si nécrose cutanée, détersion

Dermatoporose : Classification

Stade	Description
I	Atrophie cutanée Purpura sénile Pseudo-cicatrices stellaires
IIA	Déchirures spontanées limitées
IIB	Lacérations s'installant et s'élargissant
IIIA	Hématomes débutants
IIIB	Hématomes disséquants
IV	Nécrose cutanée

Dermatoporose : Prévention



Dermatoporse : Prévention

Dispositif médical pour la protection des peaux fragiles et sensibles

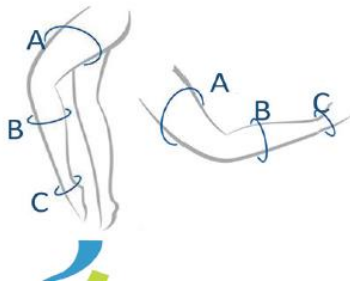


Seul dispositif médical dans son domaine, PAREPLAIE® peut être utilisé indistinctement sur les bras, les coudes, les jambes, les genoux, les pieds et les talons pour les indications suivantes :

- Prévention et protection de certaines escarres
- Prévention d'escarres chez les patients ayant des rétractions vicieuses (points d'appui)
- Prévention des déchirures cutanées
- Maintien et protection des pansements
- Protection des plaies de chocs (risque de dermabrasions, lacérations ou hématomes)
- Transferts des patients sans risque de créer une plaie (par exemple lors d'un transfert d'un patient du lit au fauteuil)
- Protection contre le grattage

Ses mailles larges et aérées assurent une micro-stimulation de la peau. Constitué de gel de polymère synthétique microporeux, PAREPLAIE® est à la fois hypoallergénique et très élastique, ce qui le rend facile à enfiler. Lavable ou décontaminable avec la plupart des désinfectants de surface, il est robuste et réutilisable sur une très longue période.

Pas de date de péremption. Classe I non stérile.
Disponible en paire ou à l'unité, PAREPLAIE® existe en 3 tailles pour les bras / jambes/ coudes / genoux et en 2 tailles pour les talons



Positions du PAREPLAIE	Mesures en cm		Choisir la taille du PAREPLAIE	Références	
				Paire	Unilé
Entre A et B	A entre 35 et 27 cm	B entre 26 et 21 cm	M	MDM11M	MDM28M
	A entre 26 et 21 cm	B entre 21 et 16 cm	S	MDM10S	MDM27S
	A inférieure à 22 cm	B inférieure à 18 cm	XS	MDM44XS	MDM45XS
Entre B et C	B entre 35 et 27 cm	C entre 26 et 21 cm	M	MDM11M	MDM28M
	B entre 26 et 21 cm	C entre 21 et 16 cm	S	MDM10S	MDM27S
	B inférieure à 22 cm	C inférieure à 18 cm	XS	MDM44XS	MDM45XS
Talon	pointures du 34 au 38		S	MDM29S	MDM31S
	pointures du 38 au 42		M	MDM30M	MDM32M

Prevent skin tears by using DERMATuff thin skin protection socks and sleeves

What is a skin tear? "The result of shearing, friction or blunt trauma that causes separation of skin layers. The subsequent wounds are partial or full thickness depending upon the degree of tissue damage." (Le Blanc et al., 2007). View our PDF [info-graphic](#) for more information about the causes and results of having thin or fragile skin. Dermatuff products help prevent skin tears in the elderly as well as others who may suffer from thin or fragile skin.

An unknown problem

Thin skin and the consequent skin tears are a far greater problem than anybody ever imagined. The average person or clinician doesn't see it as a common ailment: nobody says, "she has to be very careful, she has got thin skin!"

The purpose of our products

The purpose of Dermatuff [Thin Skin Protection Socks](#) and [Sleeves](#) is to prevent skin tears and bruises which commonly occur on the lower legs and forearms of elderly people.



Dermite associée à l'incontinence (DAI)



Dermites associées à l'incontinence - Définition

- Inflammation cutanée périnéale liée au contact prolongé avec l'urine et/ou les selles
- Accompagnée d'un érythème de la peau, avec ou sans érosion, et dans les cas les plus avancés de dénudation de la peau
 - Inconfort et douleur
 - Démangeaisons
 - Sensations de brûlures

Dermite associée à l'incontinence - Définition

Chez l'homme

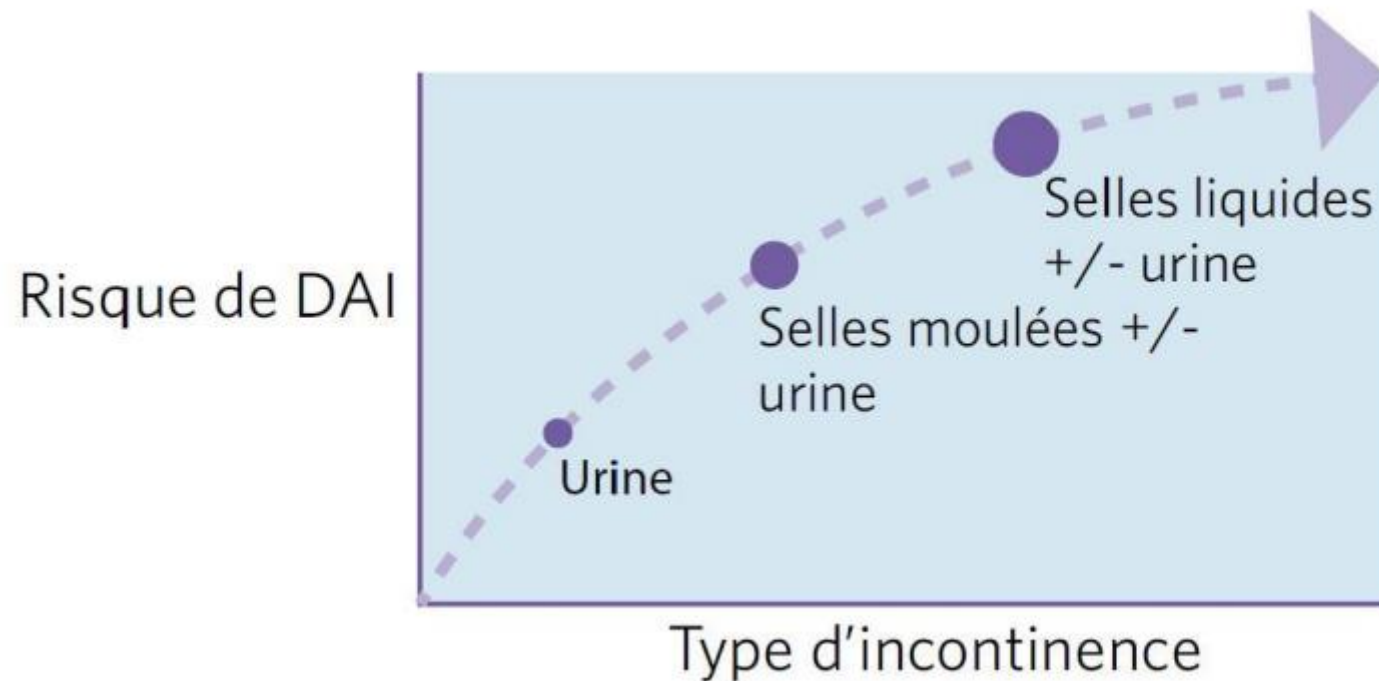
Atteinte scrotum et fesses (pas d'atteinte des plis inguinaux)

Chez la femme

Atteinte des grandes lèvres et de la vulve (sans atteinte des plis inguinaux)

Dermite associée à l'incontinence

Le risque de développer une DAI n'est pas le même en fonction du type d'incontinence



DAI - Facteurs favorisants

Multiples+++

Type incontinence
(diarrhée >
incontinence mixte >
incontinence urinaire)

Fréquence des
épisodes
d'incontinence (selles)

Utilisation de produits
ou changes occlusifs

Fragilité cutanée
(sujet âgé,
corticothérapie)

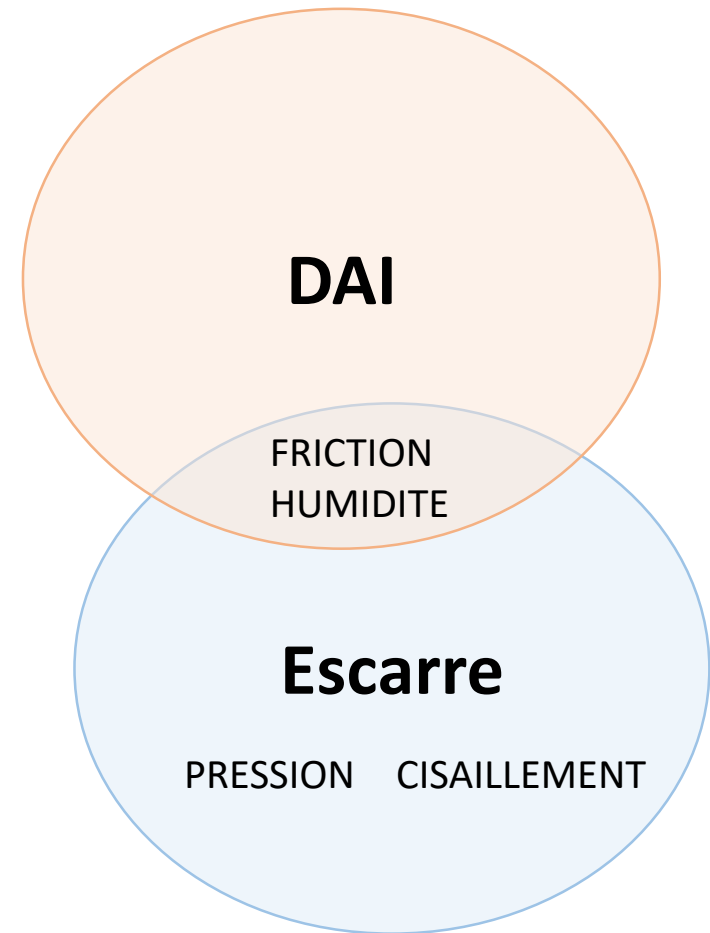
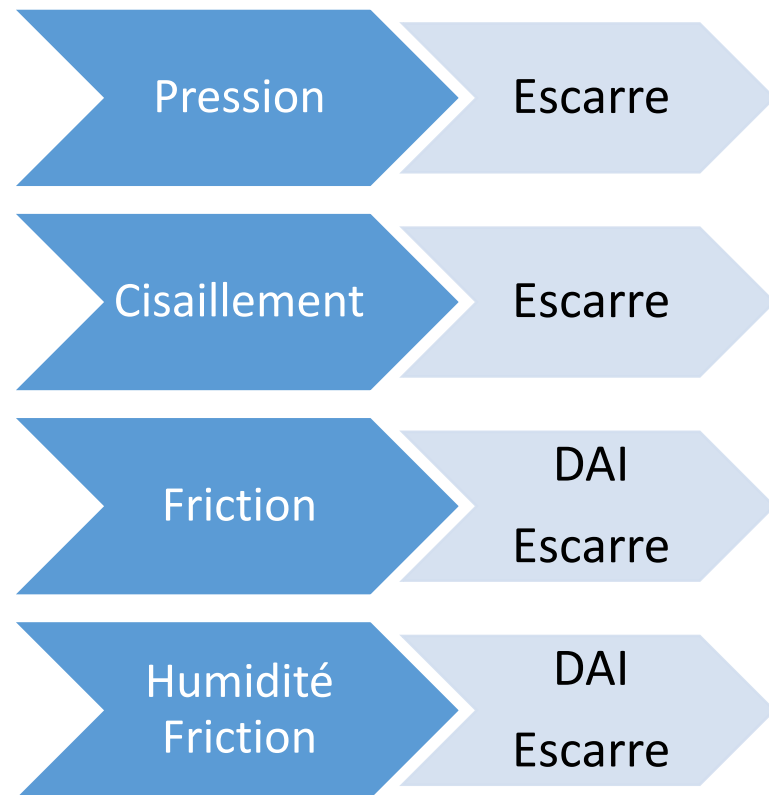
Troubles de la
mobilité

Troubles cognitifs

Incapacité à assurer
personnellement son
hygiène

Température cutanée
élevée (fièvre)

DAI Vs Escarre : Facteurs favorisants



DAI Vs Escarre

	DAI	Escarre
Cause	Humidité (incontinence)	Pression ou frottement
Localisation	Pfs en regard d'une proéminence osseuse Présence d'humidité	Toujours en regard d'une proéminence osseuse
Etendue	Diffuse, en « ailes de papillon » Plusieurs zones en général	Limitée Une zone le plus souvent
Profondeur	Lésions superficielles	Lésions superficielles ou profondes
Nécrose	Non	Nécrose noire (stade 3 et 4)
Bordures	Limites irrégulières ou atteinte diffuse	Limites nettes
Couleur	Blanchit ou non à la vitro-pression, rose ou blanc, entouré de peau macérée. Aspect vernissé	Rougeur ne blanchissant pas à la vitro pression (stade 1)
Symptômes	Douleurs, brulures, démangeaisons, picotements	Douleurs

DAI : Prise en charge et Prévention

Prise en charge de la douleur +++

Prise en charge de l'incontinence : change 3 fois minimum/ jour

Prévention et Protocole structuré de soins :

- Repérer
- Nettoyer doucement sans frotter, rincer +++ et sécher en tamponnant
 - Si urines claires : eau claire
 - Si selles : savon neutre doux
- Hydrater
- Protecteurs cutanés
- Parfois hydro cellulaire

DAI : Prise en charge et Prévention



- Hydrocolloïde
- Superabsorbant
- Pâte à l'eau
 - Barrière cutanée de substitution
 - Inconvénients : opaques, nettoyage difficile
- Eosine
- Sparadrap
- Antiseptique



DAI : Prise en charge et Prévention



TRAITEMENT

- PEC douleur
- PEC incontinence : change 3 fois minimum/ jour
- Protocole structuré de soins :
 - Nettoyer doucement sans frotter
 - Savon doux et eau claire
 - Rincer et sécher en tamponnant
- Protecteurs cutanés (Cavillon, primaprotect)
- PREVENTION

A ÉVITER

- Pansement super-absorbant type pansement américain
- Hydrocolloïdes
- Pâte à l'eau :
 - Barrière cutanée de substitution
 - Inconvénients : opaques, nettoyage difficile
- Antiseptique, éosine
- Sparadrap



Germaine, 87 ans

- Et pour Germaine?

DAI :
Protecteur cutané

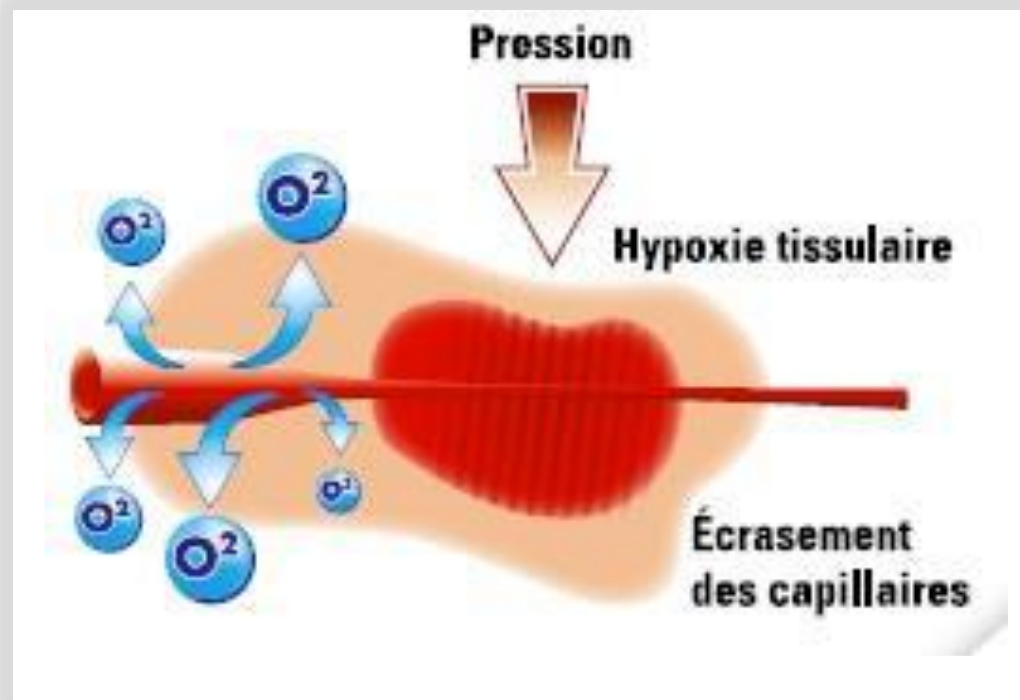
Hygiène
Change
Incontinence



Escarre :
hydrocellulaire

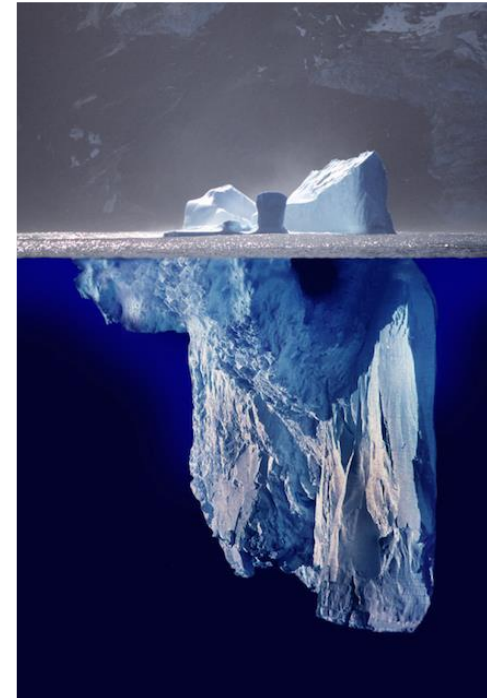
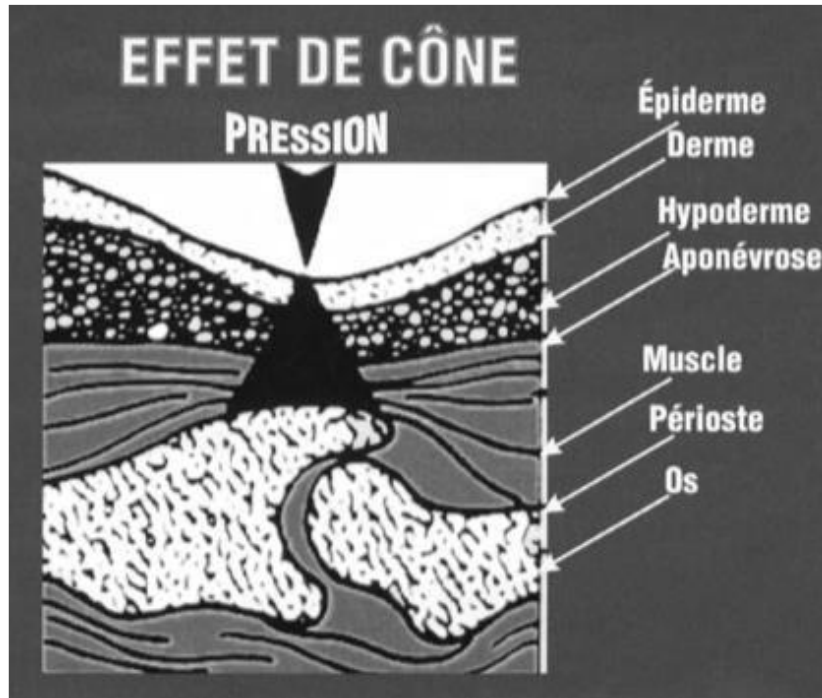
ESCARRE : Physiopathologie

Lésion tissulaire d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses



ESCARRE : Physiopathologie

- Plaie de dedans en dehors, de forme conique à base profonde



ESCARRE : Physiopathologie

→ Rôle des facteurs extrinsèques et intrinsèques

- **Facteurs intrinsèques :**

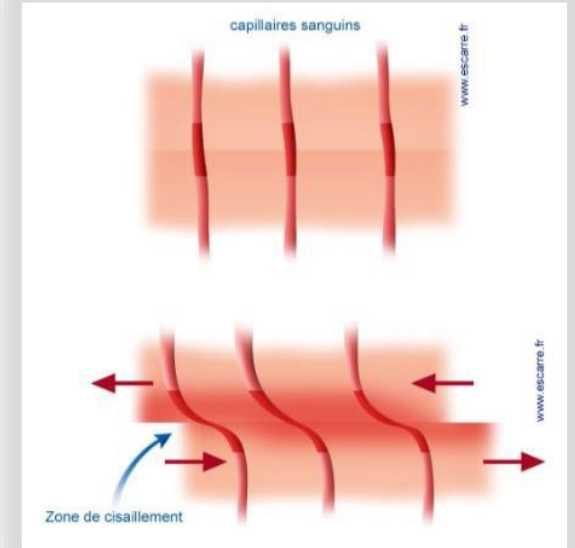
- Pathologie neurologique, troubles de la conscience
- Pathologie vasculaire : macrovasculaires, microvasculaires, HTA

- **Facteurs généraux**

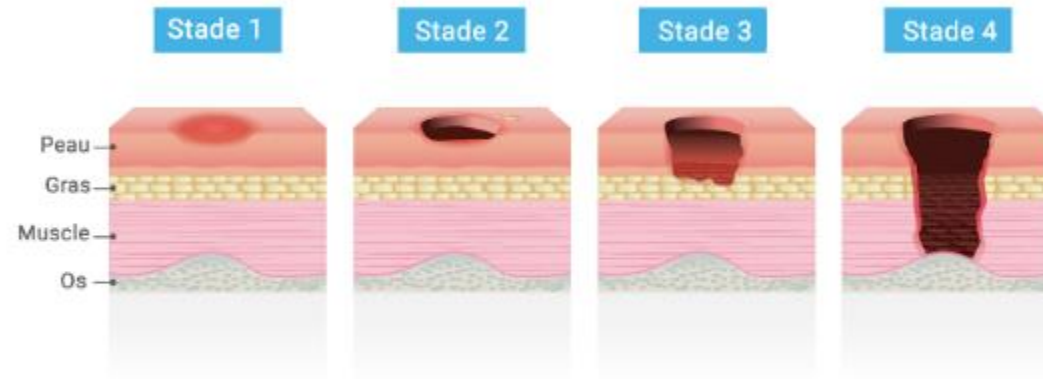
- Age, nutrition, déshydratation, hypoxie, hyperthermie
- Incontinence
- Troubles cognitifs

- **Facteurs extrinsèques**

- pression
- Cisaillement / frottement
- macération



ESCARRE : Classification



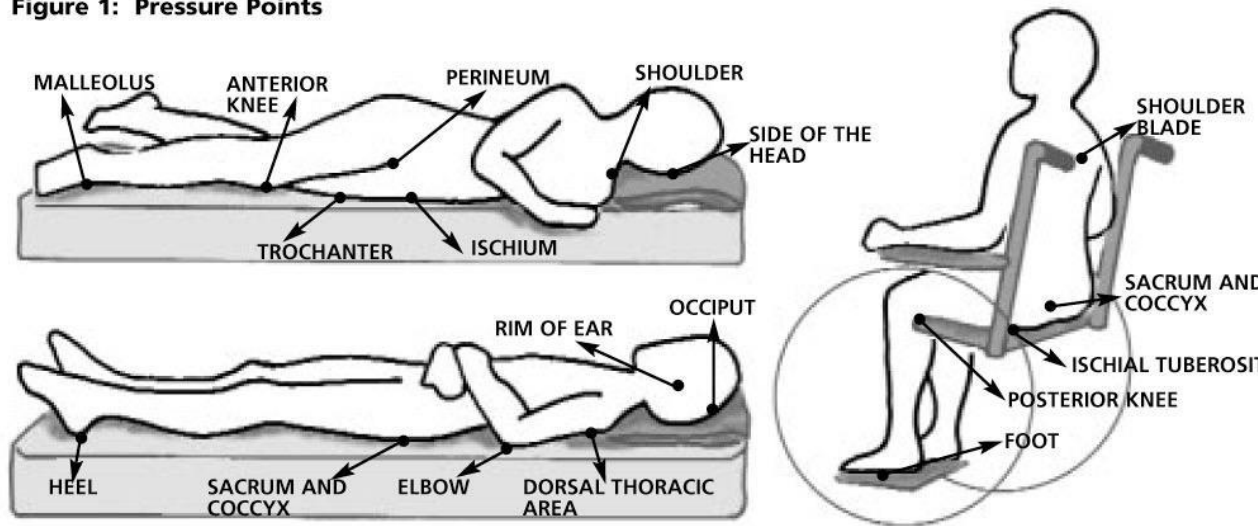
Les 4 stades des escarres

Stade	Description	Apparence clinique
Escarre de stade 1	La peau est encore intacte, mais des signes visibles indiquent une pression prolongée sur une zone précise.	Rougeur persistante chez les peaux claires ou teinte bleuâtre/violacée sur les peaux foncées. La zone peut être chaude, douloureuse, plus ferme ou plus molle que le reste du corps.
Escarre de stade 2	La couche superficielle de la peau est partiellement détruite, touchant l'épiderme et parfois le derme.	Ulcère peu profond, semblable à une abrasion ou une ampoule. La plaie reste relativement superficielle.
Escarre de stade 3	La peau est atteinte en totalité, notamment le tissu sous-cutané, sans dépasser le fascia.	Plaie creusée, plus profonde, pouvant contenir des tissus morts ou endommagés.
Escarre de stade 4	Lésion très profonde atteignant les muscles, les os ou les articulations.	Destruction tissulaire importante, avec parfois des cavités ou fistules. Ce stade est critique.

ESCARRE : Prévention

- Les zones d'appui : «On peut tout mettre sur une escarre, sauf le patient» (*Raymond Vilain, 1921-1989*)

Figure 1: Pressure Points



ESCARRE : Prévention

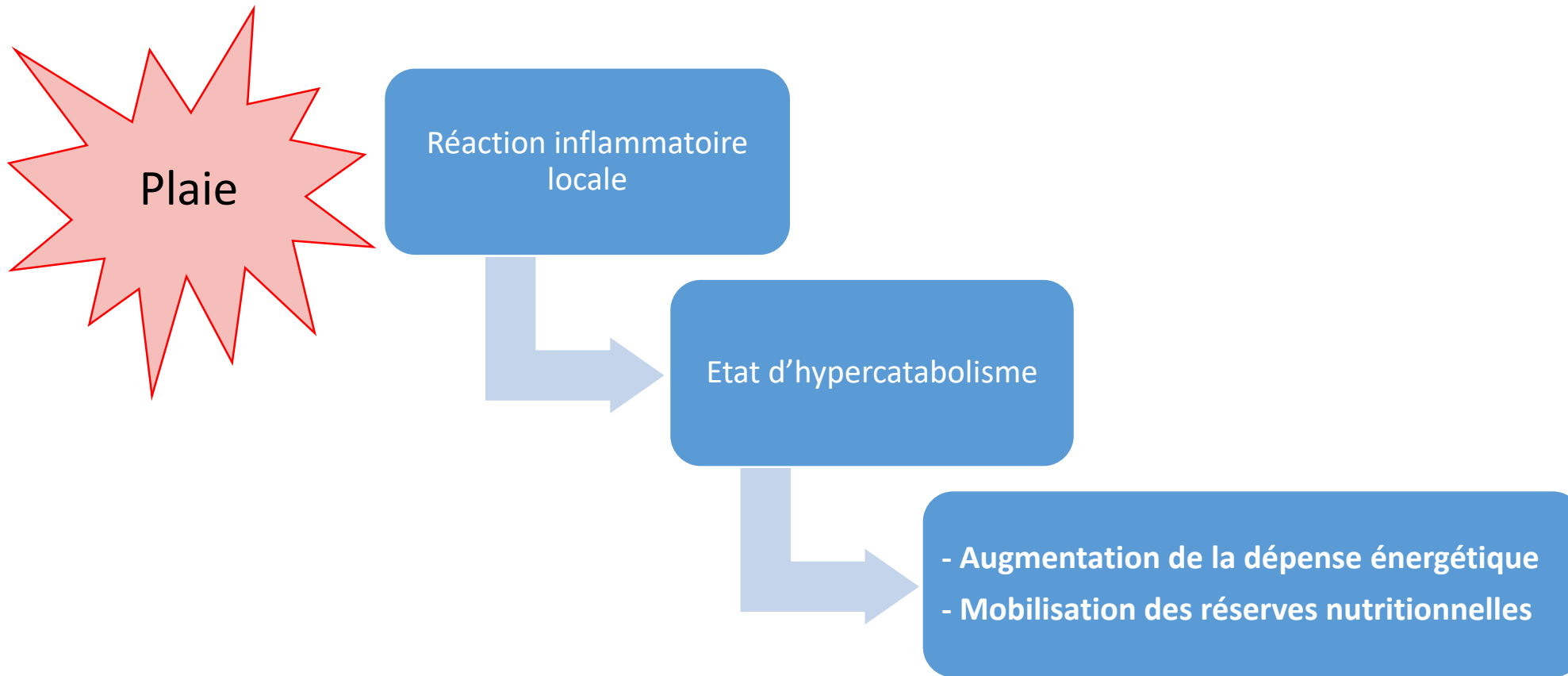
- Evaluation du risque cutanée : échelle BRADEN

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 presque 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 aux 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. Constamment 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 environ 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. Alité : confiné au lit.	2. Au fauteuil : capacité à 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 2 fois par jour et dans sa chambre au moins une fois toutes les 2 heures durant la journée.	
MOBILITÉ Capacité à changer et à contrôler la position du corps	1. Complètement immobile : ne peut effectuer le moindre 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 incapable à effectuer de manière autonome de fréquents et importants changements de position.	3. Légèrement limité : effectue seul de fréquents petits 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 des aliments proposés. Mange 2 rations de protéines ou moins par jour (viande ou produits laitiers). Boit peu. Ne prend pas de suppléments alimentaires liquides, OU est à jeun et/ou est hydraté par voie orale ou intraveineuse depuis plus de cinq jours.	2. Probablement inadéquate : mange rarement un repas complet et mange en général seulement la moitié des aliments proposés. Prend seulement 3 rations de viande ou des produits laitiers 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 4 rations de protéines (viande, produits laitiers) par jour. Refuse occasionnellement un repas, mais généralement prend un supplément alimentaire s'il est proposé, OU est alimenté par sonde ou nutrition parentérale, adaptée à la plupart de ses besoins nutritionnels.	4. Excellente : mange presque 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.	
FRICITION ET CISAILEMENT	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 contention 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.

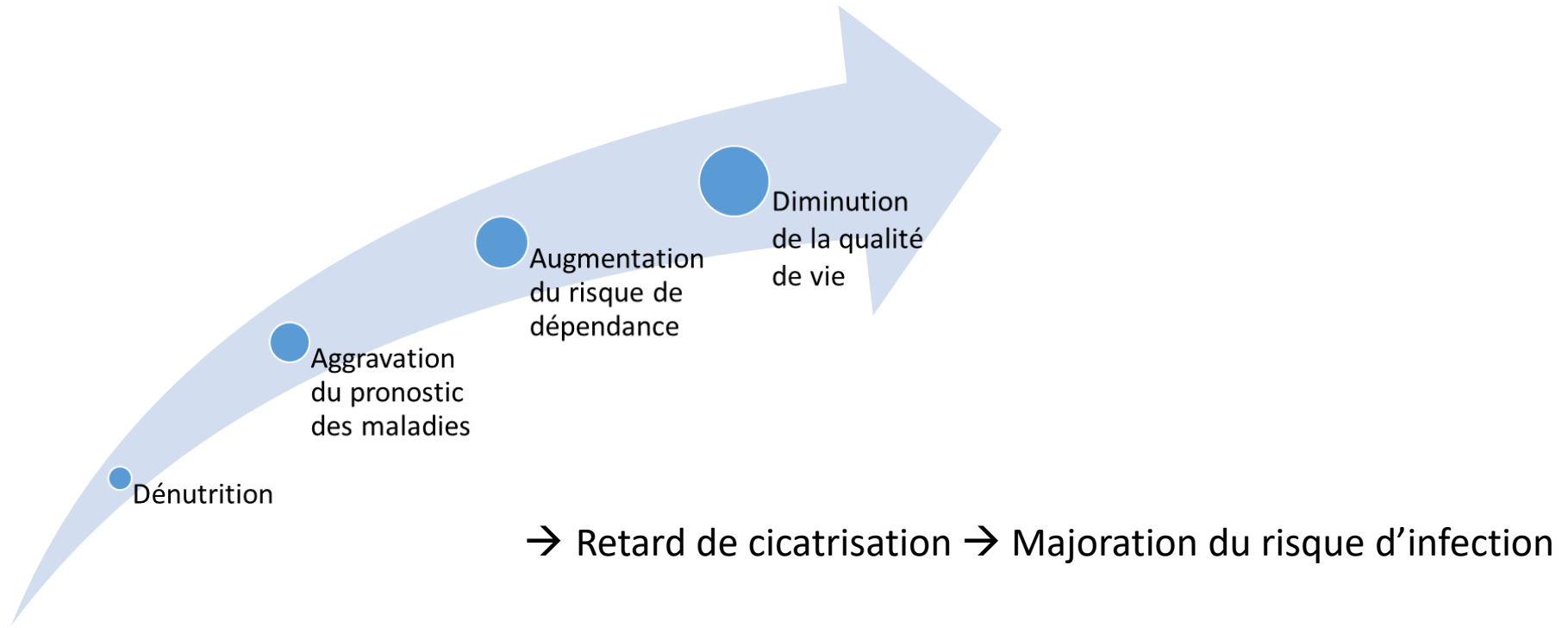
Traduit de l'anglais par l'ANAES.

ESCARRE : Prévention dénutrition



Quand on a une plaie et qu'on est âgé, il faudrait manger « 3x plus » !

ESCARRE : Prévention dénutrition



ESCARRE : Prévention dénutrition

- Mesure du poids : rechercher un amaigrissement (poids de forme!!)
- Calcul de l'IMC
- Evaluation de l'appétit et des apports alimentaires :
 - par une échelle visuelle analogique ou verbale
 - par une échelle semi-quantitative (portions) SEFI
 - au mieux calculés par un diététicien
- Albuminémie et pré-albuminémie
- Mesure de la force musculaire (mesure de la force de préhension ou test du lever de chaise)

Diagnostic de dénutrition :

1 critère phénotypique + 1 critère étiologique

Critères phénotypiques (1 seul critère suffit) :

- perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ;
- IMC $< 22 \text{ kg/m}^2$;
- sarcopénie confirmée

Critères étiologiques (1 seul critère suffit) :

- réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines par rapport :
 - à la consommation alimentaire habituelle, •
 - ou aux besoins protéino-énergétiques ;
- absorption réduite (malabsorption/maldigestion) ;
- situation pathologique (avec ou sans syndrome inflammatoire) :
 - pathologie aiguë,
 - ou pathologie chronique,
 - ou pathologie maligne évolutive

ESCARRE : Prévention

Retournements au lit, changement de positions

Validation du matelas (Braden) et réévaluation

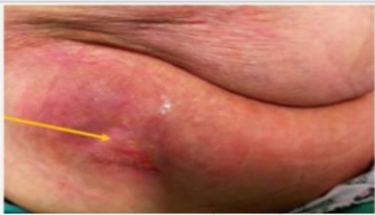
inspection des zones à risque, (miroir)

Décharge des zones à risque

Choix du fauteuil et réglage de l'assise (attention au cale pieds/réglage des palettes)

Choix du coussin

PEC nutritionnelle

	DERMITE ASSOCIEE à L'INCONTINENCE (DAI)	MYCOSE	ESCARRE
Origine	Humidité	Humidité Complication de la DAI	Pression / cisaillement
Localisation	Zones exposées à urines/selles (zones convexes) Fond du pli sain	Au fond des plis	Saillies osseuses
Forme	Symétrique en aile de papillon Diffuse		Lésion unique
Berges / Bords	Diffus, irréguliers	Emiettés, Macules, papules, pustules, squames	Distincts
Couleur	Rougeur irrégulière mais vive Luisant	Rouge vif au centre Périphérie plus claire	Rougeur régulière
Signes associés	Gêne, douleur	Prurit	+/- Nécrose
Exemple			
Traitement	Cavilon Primaprotect	Econazole : - Poudre : dans les plis - Crème : lésion suintante	Décharge

Mesures de prévention cutanée chez le résident / Take home messages

PREVENTION +++

Inspection des zones d'appui, décharge, support adapté

Limiter l'humidité / macération liée à l'incontinence = changes réguliers

Fragilité cutanée : vêtements longs, émollients régulièrement

PEC de la dénutrition



Merci pour votre attention !

raphaele.bachtarzi@chu-nantes.fr

