



**Groupe
Hospitalier
CHARLES FOIX
JEAN ROSTAND**

PROTOCOLE DE PREVENTION DE L'ESCARRE

2002

**ASSISTANCE
PUBLIQUE**



**HÔPITAUX
DE PARIS**

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle par quelque procédé que ce soit des pages publiées dans le présent protocole, faite sans l'autorisation des auteurs, est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste non destinées à une utilisation collective et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).



Dessin, Marjolaine BIAMONTI, 1999

Le groupe de recherche escarres s'est constitué au mois de décembre 1993.

La composition du groupe s'est faite sur la base du volontariat et dans un esprit de mobilisation dynamique des principaux acteurs : aides-soignants(es), infirmiers(ères), cadres infirmiers, cadres enseignants et médecins.

Chefs de projet :

Docteur Sylvie MEAUME, Chef de service, Gériatrie
Martine MARZAIS, Cadre Expert en Soins Infirmiers.

Groupe de travail

ont participé régulièrement ou occasionnellement :

Mesdames Jacqueline ARDISSON, Patricia AUDEGOND, Nadège AUDRY, Agnès BARBEY, Brigitte BASSERT, Corinne BENDRIS, Jocelyne CALODAT, Isabelle DAGNEAUX, Françoise DE VALETTE, Nadia DJAROUANE, Adeline DUCOMTE, Sonia DUMAISON, Roswitha DUSSAUBY, Véronique FARGE, Odile GEITER, Béatrice GUIHUR, Christine HAU, Monique HAUPAS, Colette LAINE, Marie-Hélène LE BOUDEC, Christiane LOECH, Murielle MALDANT, Marie-Christine MONCLIN, Caroline PAGAND, Brigitte PEREIRA, Chantal PERRET, Sylvia QUIGNARD, Odette ROBERT, Patricia SAURY, Irène SIX, Micheline VAN LAETHEM, Jeannine VIGNES, Julianna ZAMIA.

Messieurs Gilbert COUCHY, Jacques CHAUBO, Gilbert ETAVE, Denis GAIE.

Groupe d'experts :

A plusieurs reprises il a été fait appel à des experts pour préciser des points particuliers. Ont été consultés à titre d'expert en kinésithérapie Jean-Marc SZLIPPER, Mireille MARQUET, Farid NEHAR, Andrée CLAVIER, Alain COUSI et Sylvie TIQUET en qualité d'ergothérapeute

Docteur Laurence MERLIN, Docteur Mirana RAMAMONJISOA, Docteur Gilberte ROBAIN.

Dessins humoristiques : Marjolaine BIAMONTI, on peut se procurer son ouvrage à : Marjolaine Formation – 83 Avenue Jean Jaurès – 75019 PARIS.

Dessins anatomiques : Sylvie TIQUET Ergothérapeute

Pour la relecture finale nous remercions :

Professeur Robert MOULIAS, Danièle MARANDE (Directeur du Service de Soins Infirmiers) Dr Annick SACHET (Praticien Hospitalier), Nicole PIVERT (Cadre Supérieur Infirmier, membre CLSSI), Christine KHAVAS (Infirmière, membre CLSSI), Dominique AUDO (Aide - Soignante)

Nos remerciements à :

Françoise FABRE, Directeur du Service de Soins Infirmiers

Danièle MARANDE, Directeur du Service de Soins Infirmiers

Professeur PIETTE, Président C.C.M

Professeur Robert MOULIAS, ancien Président CCM, Consultant

Alain BURDET, Directeur du Groupe Hospitalier Charles FOIX - Jean ROSTAND

Violetta BIANCHI, Secrétaire Direction du Service de Soins Infirmiers

Sylvie CORNET et Joëlle PETILLOT, Service Communication

Nicole KAPEL, Assistante Marketing Cicatrisation, Laboratoires ConvaTec

Anne-Geneviève KAMINSKI, attachée Commerciale, Laboratoires ConvaTec

Frédéric DARONDEAU, Chef de Produit Cicatrisation, Laboratoires ConvaTec

SOMMAIRE

PREFACE	8
PREAMBULE	9
I - INTRODUCTION	10
II - OBJECTIFS	11
III - POPULATION CONCERNEE SUR LE GROUPE HOSPITALIER : LES PERSONNES AGÉES	12
IV - PROBLEMATIQUE DE L'ESCARRE CHEZ LE SUJET AGE	13
4.1. - EPIDEMIOLOGIE DE L'ESCARRE	15
4.2. - PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ESCARRE, ETIOLOGIE	15
4.2.1. - La pression prolongée	16
4.2.2. - Les forces de cisaillement	17
4.2.3. - Les localisation des escarres	18
4.2.4. - Les facteurs de risque de l'escarre	20
4.2.5. - L'évaluation du risque d'escarre	20
V - CONDUITE A TENIR	22
5.1. - L'EVALUATION DU RISQUE D'ESCARRE : L'ECHELLE DE NORTON	22
5.1.1. - Etat des connaissances sur l'évaluation du risque d'escarre	23
5.1.2. - L'échelle de NORTON	26
5.2. - LE DEPISTAGE ET LE TRAITEMENT DES FACTEURS DE RISQUE	29
5.3. - LES SUPPORTS D'AIDE AU TRAITEMENT DES ESCARRES	30
5.3.1 - Place des Supports dans la prévention des escarres : Etat des connaissances	30
5.3.2. - Fiches Techniques Supports	34
5.4. - LES POSTURES.....	49
5.4.1. - Etats des connaissances	50
5.4.2. - Fiche Technique Posture	52
5.5. - LES TRANSFERTS.....	58
5.5.1. - Place des Transferts dans la Prévention des Escarres : Etat des connaissances	59
5.5.2. - Fiches Techniques Transferts	59

5.6. - LE MASSAGE DE CONFORT	67
5.6.1. - Place des massages dans la prévention des escarres : Etat des connaissances.....	67
5.6.2. - Fiche Technique : Massage de confort (action qui n'entre pas dans la prévention de l'escarre).....	69
5.7. - L'HYGIENE CORPORELLE ET LES CHANGES	71
5.7.1. - Place de l'hygiène corporelle et des changes dans la prévention des escarres: Etat des connaissances.....	71
5.7.2. - Fiche technique : Hygiène corporelle et changes	71
5.7.3. - Fiche technique : Toilette complète.....	72
5.7.4. - Fiche technique : Les changes du malade.....	74
5.7.5. - Fiche technique : Change de la literie et réfection du lit.....	76
5.8. - LA NUTRITION ET L'ALIMENTATION.....	78
5.8.1. - Etat des connaissances	78
5.8.2. – Eléments du diagnostic de malnutrition	82
5.8.3. - Principes nutritionnels en Gériatrie	83
5.8.4. - Pratiques nutritionnelles.....	84
5.9. – PLAN D'ACTION OU PLAN DE SOINS GUIDE	87
5.9.1. - Plan d'action ou plan de soin guide : Etat des connaissances.	88
5.9.2. - Diagnostic Infirmier : risque d'atteinte à l'intégrité de la peau	89
5.9.3. - Plan de soin guide : risque d'atteinte à l'intégrité de la peau	90
VI - CONCLUSION	93
VII - REFERENCES POUR EN SAVOIR PLUS	94
VIII - ANNEXE	98

PREFACE

Le groupe de recherche « escarre » de l'hôpital Charles Foix a bien travaillé. Ses nombreux travaux l'ont mis au premier rang de la formation et de l'éducation sur les escarres des malades âgés. Mais il s'est aussi penché sur la pratique quotidienne et propose à tous les soignants ce « protocole de soins prévention de l'escarre)... » Ce protocole rigoureux résulte d'un long travail à la méthodologie.

Ce groupe a associé médecins, pharmaciens, administratifs, cadres soignants, infirmières, aides soignants. Les réunions ont été nombreuses, les discussions âpres, mais consensuelles ; littérature et expérience se sont rejointes pour chasser routines obsolètes et idées reçues. Il a fallu passer aussi de l'idéal au faisable. Tout ce qui est proposé a été réfléchi, a été démontré, a été validé comme réalisable par les équipes de Charles Foix. C'est un protocole réaliste.

Autrefois l'escarre était conçue comme la « faute à quelqu'un », par définition toujours « l'autre » ; le médecin qui n'avait pas su prescrire, les soignants qui n'avaient su soigner, pharmaciens et gestionnaires qui n'avait su acheter les « bons » produits et surtout ce diable de malade qui n'avait su ni guérir... ni mourir.

Aujourd'hui l'escarre reste une maladie « opportuniste » plus que nosocomiale (elle peut, et combien, survenir aussi au domicile). Elle profitera de la moindre occasion pour s'installer insidieusement ou avec une cruelle brutalité : une chute de tension artérielle, un support mis trop tard, une perte de vigilance qui a diminué le seuil de mobilité ou le seuil d'inconfort qui fait changer de place, un grand syndrome inflammatoire qui atrophie la peau et la bourre d'œdèmes, un massage intempestif fait avec énergie et une bonne volonté cisailante, la classique croûte de pain du petit déjeuner au lit, etc..

La prévention ne peut pas toujours supprimer le risque, c'est souvent impossible. La prévention doit adapter ses moyens au niveau de ce risque. Identifier le risque conditionne la prévention et la surveillance à mettre en route, adaptée au cas particulier de chaque malade. Contrairement à ce qu'affirment ceux qui ne sont pas au lit du malade, l'escarre n'est pas toujours le résultat d'une faute ; mais se faire surprendre par l'apparition d'une escarre le reste, car cela signifierait que l'on n'a cherché, ni à la prévenir, ni à la surveiller. La prévention n'est pas infaillible, mais l'absence de surveillance du malade à risque est plus qu'un risque : une faute. Ne laissons pas l'escarre s'installer, ni ses correspondants anglais : « ulcère de pression » (pressure ulcer), « plaie de pression » (pressure sore), « plaie de lit » (bed sore).

Le protocole prévoit toutes les situations avec leurs nuances, indique les gestes, les choix à faire et pourquoi les faire, sans utiliser de jargon pour initiés. Il n'est pas besoin de lexique, ni de traduction, pour comprendre.

Chaque soignant doit pouvoir y retrouver le problème de son malade. Chaque cadre et chaque formateur peuvent y trouver les exemples et les outils pour illustrer et soutenir les actions de formations. Chaque médecin se doit de connaître les protocoles pour savoir les conseiller, les prescrire à bon escient, choisir parmi les alternatives et éviter les contre-indications en fonction du cas de chaque malade.

Ce fascicule devrait diffuser les bonnes pratiques de la prévention de l'escarre très largement au-delà des murs de Charles Foix. Il se devrait d'être le premier élément d'un « livre de Charles Foix » qui décrit tous les protocoles de prise en soins mis au point par les équipes de Charles Foix, sur chaque aspect des soins en gériatrie.

Notre objectif est l'appropriation de ce type de protocole par toute équipe accueillant des malades âgés nécessitant un tel soin, quelque soit la structure. Cela nous paraît une voie importante dans la démarche qualité.

Merci aux auteurs et bons soins aux utilisateurs.

Professeur R. Moulias
Médecin
et
Madame D. Marande
Directeur du Service des Soins Infirmiers
Hôpital Charles FOIX

PREAMBULE

Pourquoi ce document ?

Il s'agit d'un document de référence écrit, à partir de notre recherche bibliographie, de nos connaissances et de nos moyens. Il clarifie et valide l'ensemble de nos pratiques en terme de prévention d'escarres.

C'est la constitution d'un savoir infirmier qui doit être en perpétuelle évolution. Pour cela son actualisation annuelle doit être réalisée à partir des nouvelles connaissances scientifiques et des nouvelles technologies.

De plus, dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier(e) est habilité(e) à accomplir la prévention et les soins d'escarres (art. 5, décret n° 2002-194 du 11 Février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

A qui est-il destiné ?

A tout soignant (aides soignants, infirmiers, cadres, kinésithérapeutes, médecins et autres personnels soignants) qui prend en charge des personnes âgées hospitalisées à Charles Foix - Jean Rostand.
Les stagiaires et les étudiants sont vivement invités à en prendre connaissance.

I - INTRODUCTION

Prévenir l'escarre est une préoccupation quotidienne des soignants dans les services de gérontologie.

Cependant, en 1994, notre enquête épidémiologique sur plus de 1000 personnes âgées de plus de 80 ans, montre que près de 10 % des malades en souffrent à l'hôpital Charles Foix (S. Meaume et coll, Harrogate, 1994).

Cette même étude a mis en évidence que la prévention et le traitement de l'escarre ne faisaient pas l'objet de protocoles écrits dans les unités de soins du groupe hospitalier.

Ce constat nous a conforté dans le fait que notre mobilisation autour de ce problème était une nécessité.

Le "Groupe de Recherche Escarres" s'était constitué au mois de décembre 1993.

Un groupe de pilotage a défini, en 1994, les objectifs et a assuré le la coordination complète du projet.

Un groupe de travail pluridisciplinaire de 40 participants s'est réparti en 5 sous groupes animés chacun par un cadre infirmier; ils ont travaillé sur les thèmes suivants :

- Evaluation du risque d'escarre
- Hygiène corporelle – changes
- Retournements, postures et massages.
- Prise en charge nutritionnelle
- Supports d'aide à la prévention des escarres

II - OBJECTIFS

Le protocole de prévention d'escarre a pour but de définir un ensemble de conduites de soins pour prévenir la survenue d'escarres chez les malades à risque.

C'est pour cette raison que nous avons déterminé deux objectifs intermédiaires pour y parvenir :

- Identifier les malades à risque en utilisant une échelle d'évaluation du risque
- Adopter une stratégie de soins pour prévenir la survenue d'escarre chez les malades à risque.



Dessin, Marjolaine BIAMONTI, 1999

III - POPULATION CONCERNEE SUR LE GROUPE HOSPITALIER : LES PERSONNES AGÉES

Si l'on se réfère à l'étude de prévalence que nous avons menée en 1996 sur 950 malades hospitalisés à Charles Foix, 59% d'entre eux sont hospitalisés en soins de longue durée, 30% en soins de suite et de réadaptation et 11% en soins de courte durée. Parmi cette population, 67% des patients ont 80 ans et plus et nous constatons que 93% ont plus de 65 ans.

116 malades présentaient des escarres, soit un taux de prévalence de 12%. 47% étaient hospitalisés en soins de longue durée, 45% en soins de suite et de réadaptation, 8% en soins de courte durée. 72% d'entre eux avaient 80 ans et plus. La mobilité des malades était réduite au lit/fauteuil pour 68% d'entre eux, 14% étaient confinés au lit, 13% marchaient avec l'aide d'une personne et 5% seulement étaient valides.

La provenance des malades porteurs d'escarres se répartit de la façon suivante : 56% des malades viennent d'autres hôpitaux, 10% du domicile et 6% d'autres structures (ex : maisons de retraite etc...) 28% ont constitué des escarres pendant leur hospitalisation à Charles Foix,

L'enquête a aussi montré que 826 malades étaient identifiés à risque selon le score de l'échelle de Norton :

- ⇒51% avaient un risque faible c'est à dire un score supérieur à 14
- ⇒19% avaient un risque moyen soit un score situé entre 12 et 14
- ⇒et 30% avaient un très haut risque c'est à dire un score inférieur à 12.

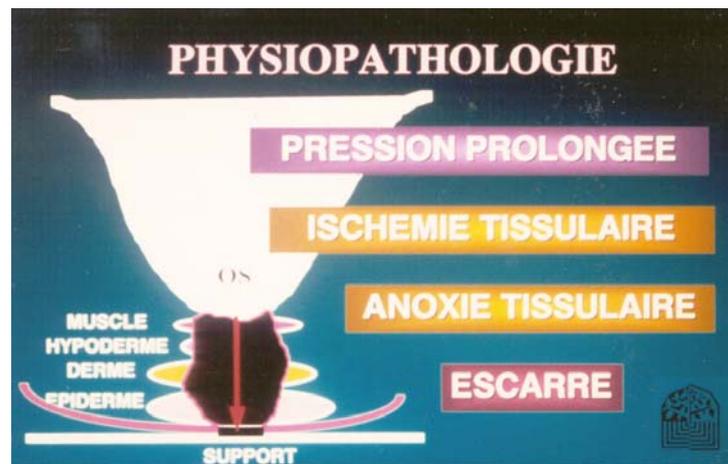
Une autre étude réalisée sur 6 mois a montré une incidence d'environ 5,6% à l'Hôpital Charles Foix (DUMOULIN S., 1997).

IV - PROBLEMATIQUE DE L'ESCARRE CHEZ LE SUJET AGE

L'escarre une affection "nosocomiale". Elle survient la plupart du temps à l'occasion d'une hospitalisation.
La personne âgée est particulièrement exposée au risque de constituer une escarre.

Qu'est ce qu'une escarre ?

C'est une zone localisée de nécrose tissulaire développée lors d'une compression des tissus mous entre une proéminence osseuse et un plan dur pendant une période prolongée.



Comment la reconnaître ?

La lésion débute par une rougeur (érythème) de la zone d'appui (photo 1). Cette rougeur ne disparaît pas à la pression, c'est la phase d'hyperhémie réactionnelle et à ce stade la lésion est réversible (photo 2). En l'absence de soins appropriés il peut apparaître une phlyctène ou un décollement de l'épiderme (ampoule) (photo 3) ou une nécrose noire, adhérente (photo 4). L'ablation de cette zone nécrosée va révéler les lésions sous-jacentes, musculaires et parfois osseuses, faite de tissus sphacelés et parfois purulents.

Photo 1



photo 2



Photo 3



photo 4

4.1. - EPIDEMIOLOGIE DE L'ESCARRE

L'escarre est fréquente. Sa prévalence varie suivant les populations de malades hospitalisés de 7 à 25 % (JACQUOT J.M. et Coll., 1999). Elle est fréquente chez le sujet âgé et sa prévalence est élevée dans les structures d'hospitalisation comme les services de gériatrie de courte durée, les services de soins de suite et réadaptation, les soins de longue durée.

La prévalence de l'escarre est à l'hôpital Charles Foix d'environ 12%, c'est à dire qu'il y a en permanence dans cet hôpital plus de 140 malades qui ont une escarre. Un même malade a souvent plusieurs escarres et c'est près de 200 escarres qui sont traitées chaque jour sur le site.

Une escarre sur deux se constitue à l'Hôpital Charles Foix (enquêtes de prévalence 1994 à 2000).

La comparaison de la prévalence de l'escarre entre différents hôpitaux ou entre différents service hospitalier n'a pas de grande valeur. En effet, un chiffre de prévalence dépend essentiellement du recrutement de ces hôpitaux ou de ces services. Il est normal que notre Hôpital qui possède une unité de soin qui s'est spécialisée dans le domaine des plaies chroniques (Orbe) accueille un grand nombre de patients présentant des escarres. Cela peut avoir pour conséquence une augmentation de la prévalence de l'escarre sur l'établissement.

L'incidence est un marqueur plus pertinent si l'on veut comparer deux structures à condition que les malades soient comparables en terme de pathologies et de risque d'escarre. Ainsi une diminution de l'incidence des escarres dans notre groupe hospitalier, irait dans le sens d'une amélioration de la prévention des escarres.

Rappel de définitions

$$\text{Prévalence} = \frac{\text{nombre de malades porteurs d'escarre}}{\text{population totale}} \times 100$$

$$\text{Incidence} = \frac{\text{nombre de nouveaux cas d'escarre}}{\text{population à risque ou exposée}} \times 100$$

4.2. - PHYSIOPATHOLOGIE DE L'ESCARRE, ETIOLOGIE

L'escarre reconnaît deux mécanismes principaux, et deux facteurs accessoires.

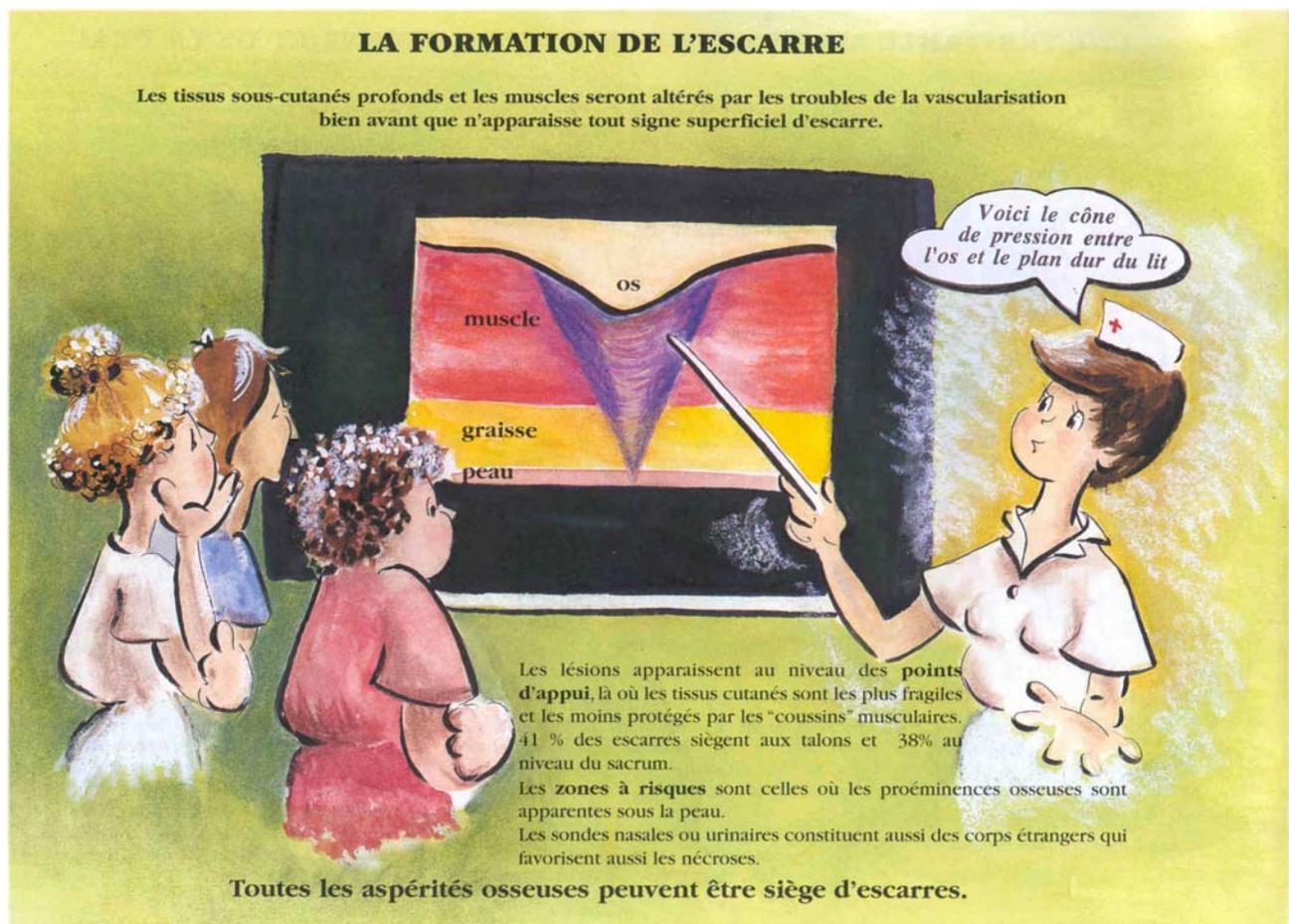
Les facteurs principaux sont la pression prolongée et les forces de cisaillement.

Les facteurs accessoires sont le frottement et la macération

4.2.1. - La pression prolongée

Il est possible de reproduire une escarre expérimentale chez l'animal en exerçant une pression prolongée sur une zone de tégument. L'escarre apparaît lorsque la pression exercée est supérieure à la pression de perfusion tissulaire. Plus l'intensité de la pression est importante et moins le temps d'application nécessaire pour produire une escarre est long. Ainsi une forte pression pendant une courte durée a les mêmes conséquences qu'une pression faible prolongée.

Les muscles et les tissus sous-cutanés (graisse) sont plus sensibles à l'effet de la pression que les couches les plus superficielles de la peau (derme et l'épiderme). Ceci explique que les dégâts sont souvent plus importants en profondeur que ne laisse imaginer une simple rougeur superficielle (principe de « l'iceberg »).



Dessin, Marjolaine BIAMONTI, 1999

Que se passe-t-il en profondeur ?

La pression d'appui est supérieure à la pression de perfusion tissulaire. Cela entraîne une occlusion (fermeture) des petits vaisseaux, puis une ischémie, un oedème interstitiel et une nécrose anoxique des tissus cutanés et sous-cutanés (il n'y a plus d'oxygène qui alimente les tissus qui meurent). Un certain nombre de métabolites toxiques s'accumulent, favorisant la prolifération bactérienne. Ces deux derniers facteurs sont à la source de thromboses capillaires qui aggravent encore les phénomènes ischémiques locaux entraînant un véritable cercle vicieux.

4.2.2. - Les forces de cisaillement

Lorsque le patient est en position assise ou demi-assise, les tissus sous-cutanés sont soumis à des forces tangentielles de cisaillement résultant de l'opposition entre le poids du corps et la résistance opposée par la fixité de la peau.

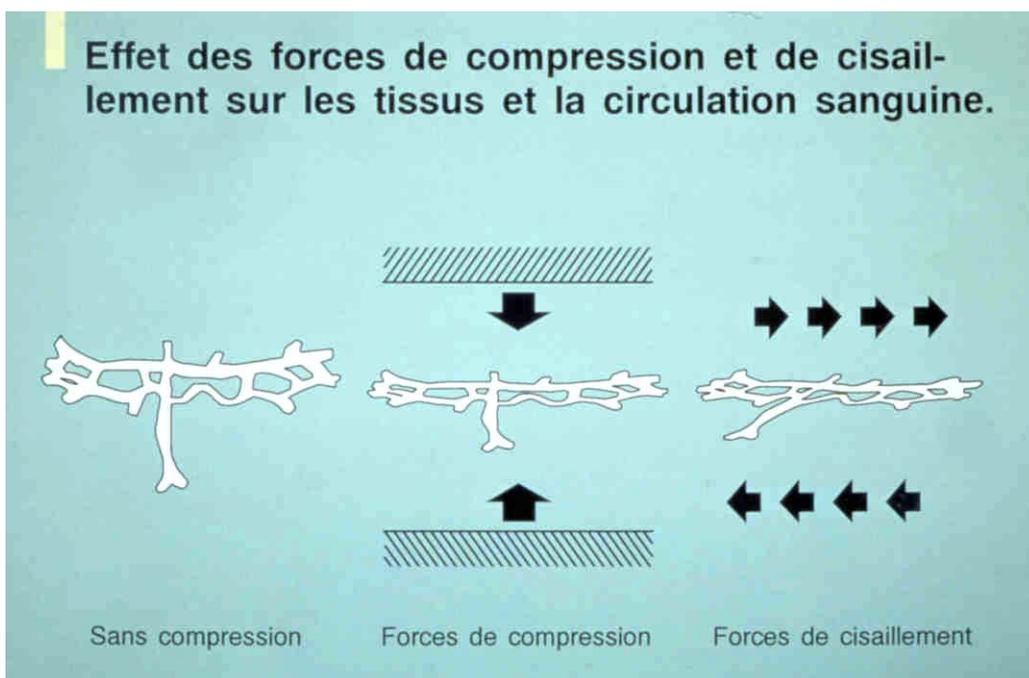


Photo Laboratoire Coloplast

Le tissu graisseux glisse sur le plan profond des muscles et dilacère les vaisseaux situés à cet endroit (effet hamac). Ces forces s'observent surtout au niveau du sacrum et/ou des ischions.

Deux autres facteurs viennent endommager la peau et la fragiliser : le frottement et la macération. Ils ne suffisent pas à eux seuls à être responsable de la formation d'escarres.

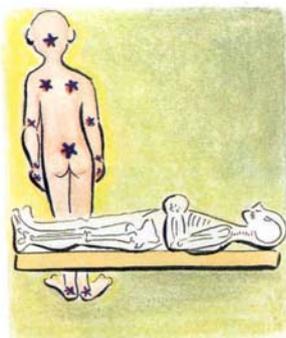
Le frottement (forces de friction également tangentielles) est mis en jeu lors des brusques changements de position du patient. Il peut s'agir de mouvements spontanés du patient ou de mouvements mal adaptés lors des soins. Ces forces sont à l'origine de bulles et d'abrasion cutanée superficielle qui fragilise la peau et abaisse le seuil de tolérance de la pression.

La macération est la conséquence d'une humidité anormale de la peau lors de la transpiration et chez les malades souffrant d'incontinence urinaire et fécale. La macération favorise la pullulation microbienne et diminue la résistance des tissus.

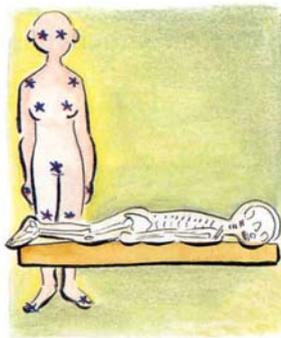
4.2.3. - Les localisation des escarres

Les localisations à risque sont celles où les proéminences osseuses sont apparentes.

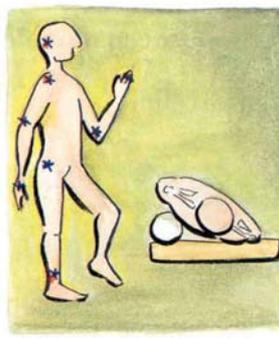
LES PRINCIPAUX POINTS D'APPUI



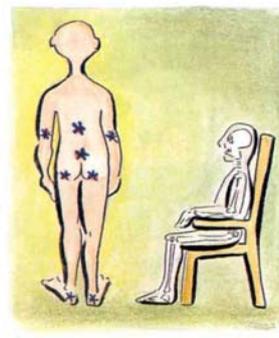
En position couchée
sacrum, talons, omoplates, occiput,
coudes, poignets, bord des mains



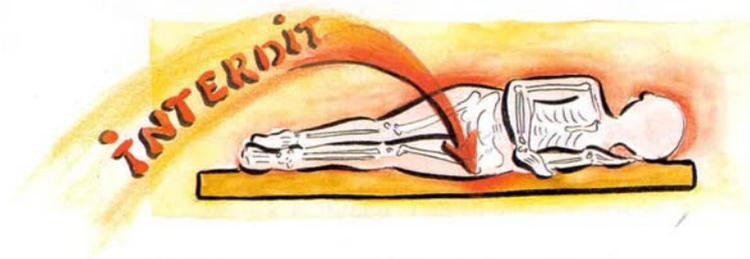
En position ventrale
pommettes, épaules, seins, pubis,
dos des mains, genoux, orteils



En décubitus latéral incliné à 30°
oreilles, épaules, coudes, trochanter,
malléoles, dos de la main

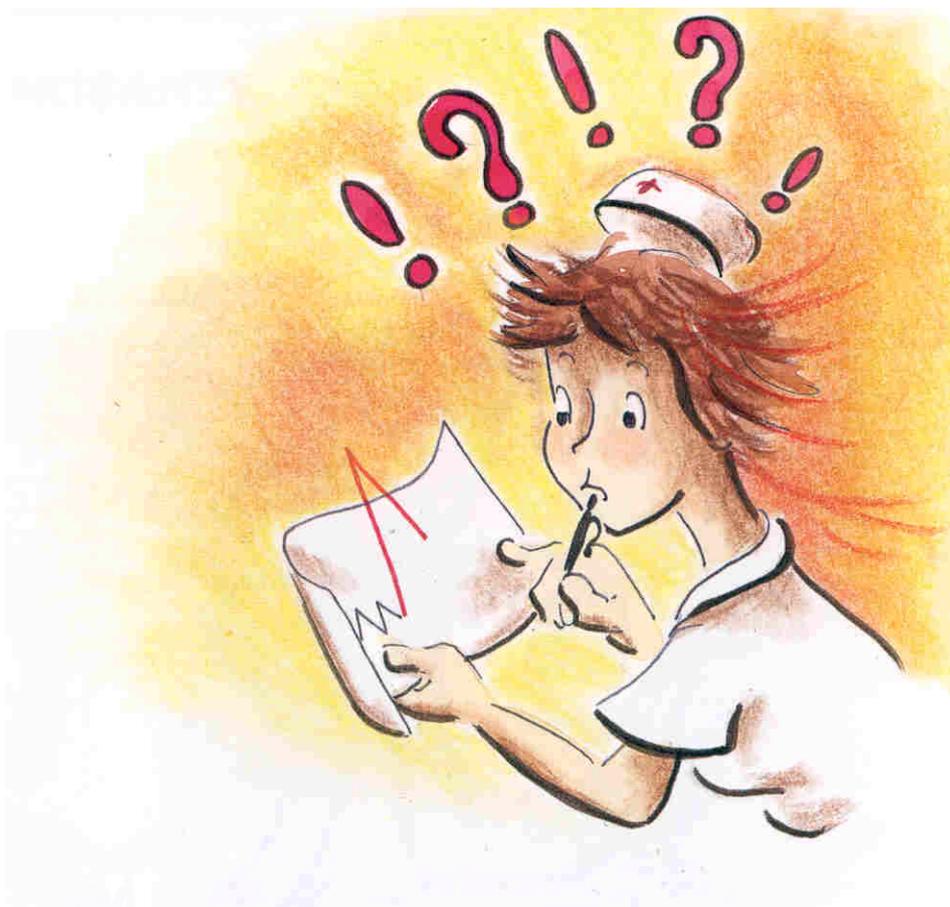


En position assise
coccyx, ischions, apophyses
épineuses, coudes, talons



La position latérale "sur la tranche" ou décubitus latéral "strict" risque de provoquer au niveau du trochanter une escarre très difficile à soigner.

Dessin, Marjolaine BIAMONTI, 1999



- Pourquoi l'infection favorise-t-elle l'escarre ?

- * un malade infecté et fatigué se remue peu
- * il mange peu
- * il est souvent immobilisé au lit sous perfusion
- * il sollicite moins ses muscles
- * la fièvre aggrave la déshydratation
- * l'infection entraîne souvent une instabilité de la tension artérielle.

Dessin, Marjolaine BIAMONTI, 1999

4.2.4. - Les facteurs de risque de l'escarre

Les escarres s'observent au cours de toutes les pathologies entraînant une immobilisation prolongée, souvent associées à des troubles de la sensibilité (qui empêchent de percevoir le signal d'alarme d'un appui trop prolongé : la douleur). Certaines affections ont un risque élevé d'évolution vers la constitution d'escarres :

- pathologies neurologiques : comas prolongés, anesthésies prolongées, paraplégies, tétraplégies, hémipariés, neuropathies diabétique et éthylique...
- pathologies vasculaires : en particulier lors des états de choc, des décompensations cardiaques (syndrome de bas débit), ou au cours des artériopathies chroniques oblitérantes des membres inférieurs (talons, malléoles et bords du pied très exposés +++) ...
- pathologies générales nécessitant un alitement : infections sévères, pathologies articulaires inflammatoires ou orthopédiques (fractures) ...

Il existent un certain nombre de facteurs aggravants :

- des facteurs métaboliques : malnutrition, carences nutritionnelles et vitaminiques
- des facteurs de souffrance tissulaire : anémie, hypoxie
- cachexie (cancers, état terminal), ou obésité.

Enfin il existe des escarres « iatrogènes » :

- sous plâtre, liées à du matériel médical mal placé ou trop serré : attelles, gouttières, sondes urinaires, sondes à oxygène, sonde naso - gastrique...

4.2.5. - L'évaluation du risque d'escarre.

La première étape de la prévention des escarres consiste à identifier le malade qui risque d'en constituer pour faire porter les efforts de prévention sur lui.

Pour cela deux possibilités :

- "l'impression" de l'infirmière, de l'aide soignant et/ou du médecin qui tient compte des facteurs énoncés plus haut ;
- la mesure objective du risque à l'aide d'une échelle avec calcul d'un score de risque.

Les deux techniques sont complémentaires.

En 1997, les 826 patients âgés sans escarres, hospitalisés à l'hôpital C. Foix ont bénéficié d'une évaluation du risque d'escarre en utilisant le score de Norton. Six mois après 411 patients étaient encore hospitalisés et 24 avaient développé des escarres. D'après ce travail prospectif (Dr S. Belin), on constate que les infirmières n'attribuent pas les supports anti-escarre (matelas de mousse type gaufrier) au hasard. Les sujets qui sont installés sur ces supports ont un risque d'escarre significativement supérieur à ceux qui sont sur un matelas normal. Néanmoins l'attribution des supports est mauvaise car 60% des « patients à risque » ne sont pas installés sur un support correct, et 29 %, au contraire, sont sur un matelas de prévention d'escarre alors que le score de Norton ne les place pas dans un groupe à risque de constituer des escarres. Une des conclusions de ce travail est que l'utilisation de l'échelle de risque améliore l'évaluation du malade.

Dans les recommandations pour la prévention des escarres éditées par l'European Pressure Ulcer Advisory Panel on lit : " Les échelles doivent être considérées comme un élément complémentaire et non comme un outil isolé, indépendant des autres facteurs cliniques "(Journal Plaies et Cicatrisations, 1999, traduction recommandations, S. Meaume)

Nous reviendrons en détail sur les échelles de risque dans le chapitre suivant.

V – CONDUITE A TENIR

5.1. - L'EVALUATION DU RISQUE D'ESCARRE : L'ECHELLE DE NORTON



Dessin, Marjolaine BIAMONTI, 1999

5.1.1. - Etat des connaissances sur l'évaluation du risque d'escarre

Il est inutile de prévenir la survenue d'escarre chez toutes les personnes âgées. Il faut pouvoir identifier dans cette population hétérogène les patients à risque et faire porter les efforts de prévention sur eux.

Comment apprécier le risque d'escarre ?

Pour cela les Anglo-saxons ont développé des échelles de risque dont certaines ont été validées chez le sujet âgé. A l'hôpital ou en institution, l'échelle de Norton est la plus simple à employer et même si elle est incomplète elle permet une bonne approche du risque (NORTON D. et coll., 1962) D'autres échelles existent (BARROIS B., 1996) pour d'autres populations.

Pourquoi a-t-on choisi l'échelle de Norton ?

Parce qu'il s'agit d'une échelle validée dans la population gériatrique . Parce que s'est une échelle simple à comprendre et à utiliser.

Validation de l'échelle de Norton dans la population des patients hospitalisés à l'hôpital Charles Foix

La sensibilité de cette échelle est de 79%. Ainsi dans près de 80% des cas l'échelle peut dépister les malades à risque. Dans 20 % des cas, par contre, c'est l'évaluation complémentaire des soignants qui identifie le patient comme étant à risque de faire une escarre. Norton en 1962 avait une sensibilité de 62,7% (DUMOULIN S., 1997).

La spécificité est de 58,1%. Pour Norton elle était de 69,6%. Cela signifie que le score de Norton n'identifie pas que des patients à risque d'escarre mais également la dépendance et le handicap.

Quand doit-on apprécier le risque ?

A l'entrée dans le service pour tous les malades.

Ensuite, dans les services d'aigu et de soins de suite : une fois par semaine systématiquement.

Dans les unités de soins de longue durée : une fois tous les mois en dehors de tout contexte aigu et surtout chaque fois qu'un patient fait un épisode aigu (justifiant un maintien au lit, la prescription d'une prise de sang, la pose d'une perfusion...).

QUELLE GRILLE D'EVALUATION CHOISIR ?

La meilleure est celle qui vous convient... mais...

ECHELLE D'EVALUATION DE NORTON				
Le chiffre clé du système de codage est 16. Au dessous le patient est à risque.				
A	B	C	D	E
Condition Physique	Condition Mentale	Activité	Mobilité	Continence
Bonne 4	Alerte 4	Ambulant 4	Complète 4	Continent 4
Moyenne 3	Apathique 3	Marche avec aide 3	Légèrement limitée 3	Incontinent occasionnelle 3
Pauvre 2	Confus 2	Mis au fauteuil 2	Très limitée 2	Incont. urin. 2
Mauvaise Incontinence 1	Stuporeux 1	couché 1	Immobilisé 1	Incontinence (Urinaire et fécale) Double 1

ECHELLE DE WATERLOW			
BASE CORPORELLE (poids par rapport à la taille)	ASPECT VISUEL DE LA PEAU	SEXE ET AGE	RISQUES SUPPLÉMENTAIRES
Moyenne	0 Saine	0 Masculin	1 MALNUTRITION DES TISSUS *
Audessus/Moyenne	1 Fine	1 Féminin	2 Cachexie terminale
Obèse	2 Sèche/Déshydratée	1 14-49	3 Déficience cardiaque
Dessous/Moyenne	3 Oedémateuse	1 50-64	2 Insuffisance vasculaire périphérique
			3 Anémie
			4 Tabagisme
			5
			6
			7
			8
			9
			10
			11
			12
			13
			14
			15
			16
			17
			18
			19
			20
			21
			22
			23
			24
			25
			26
			27
			28
			29
			30
			31
			32
			33
			34
			35
			36
			37
			38
			39
			40
			41
			42
			43
			44
			45
			46
			47
			48
			49
			50
			51
			52
			53
			54
			55
			56
			57
			58
			59
			60
			61
			62
			63
			64
			65
			66
			67
			68
			69
			70
			71
			72
			73
			74
			75
			76
			77
			78
			79
			80
			81
			82
			83
			84
			85
			86
			87
			88
			89
			90
			91
			92
			93
			94
			95
			96
			97
			98
			99
			100
			101
			102
			103
			104
			105
			106
			107
			108
			109
			110
			111
			112
			113
			114
			115
			116
			117
			118
			119
			120
			121
			122
			123
			124
			125
			126
			127
			128
			129
			130
			131
			132
			133
			134
			135
			136
			137
			138
			139
			140
			141
			142
			143
			144
			145
			146
			147
			148
			149
			150
			151
			152
			153
			154
			155
			156
			157
			158
			159
			160
			161
			162
			163
			164
			165
			166
			167
			168
			169
			170
			171
			172
			173
			174
			175
			176
			177
			178
			179
			180
			181
			182
			183
			184
			185
			186
			187
			188
			189
			190
			191
			192
			193
			194
			195
			196
			197
			198
			199
			200
			201
			202
			203
			204
			205
			206
			207
			208
			209
			210
			211
			212
			213
			214
			215
			216
			217
			218
			219
			220
			221
			222
			223
			224
			225
			226
			227
			228
			229
			230
			231
			232
			233
			234
			235
			236
			237
			238
			239
			240
			241
			242
			243
			244
			245
			246
			247
			248
			249
			250
			251
			252
			253
			254
			255
			256
			257
			258
			259
			260
			261
			262
			263
			264
			265
			266
			267
			268
			269
			270
			271
			272
			273
			274
			275
			276
			277
			278
			279
			280
			281
			282
			283
			284
			285
			286
			287
			288
			289
			290
			291
			292
			293
			294
			295
			296
			297
			298
			299
			300
			301
			302
			303
			304
			305
			306
			307
			308
			309
			310
			311
			312
			313
			314
			315
			316
			317
			318
			319
			320
			321
			322
			323
			324
			325
			326
			327
			328
			329
			330
			331
			332
			333
			334
			335
			336
			337
			338
			339
			340
			341
			342
			343
			344
			345
			346
			347
			348
			349
			350
			351
			352
			353
			354
			355
			356
			357
			358
			359
			360
			361
			362
			363
			364
			365
			366
			367
			368
			369
			370
			371
			372</

Qui doit l'apprécier ?

Les aides soignants et les infirmières car ce sont eux qui vont mettre en place les principales actions de prévention. Avec l'aide du médecin si nécessaire.

Où cela doit-il figurer ?

Dans le dossier de soins.

Quelles conséquences ?

La mise en œuvre d'une prévention hiérarchisée et programmée avec des actions spécifiques pour le malade. Il faut se servir du protocole général pour réaliser un plan de soin personnalisé.

5.1.2. - L'échelle de NORTON

L'identification des malades à risque déclenche la mise en place de mesures préventives appropriées. Ne pas identifier les patients à risque et ne pas mettre en œuvre des actions préventives sont considérés comme une négligence des professionnels.

A chaque évaluation du risque d'escarre chez un patient, l'équipe doit réfléchir à la meilleure stratégie de soins préventive.

Présentation de l'échelle de Norton

Dans l'échelle de Norton, 5 variables sont utilisées :

- l'état physique
- l'état mental
- l'activité
- la mobilité
- la continence.

NOM DU MALADE	ETAT GENERAL	ETAT MENTAL	ACTIVITE	MOBILITE	INCONTINENCE				
	4 BON 3 MOYEN 2 PAUVRE 1 TRES MAUVAIS	4 ALERTE 3 APATHIQUE 2 CONFUS 1 INCONSCIENT	4 AMBULANT 3 MARCHE AVEC AIDE 2 ASSIS AU FAUTEUIL 1 ALITE	4 TOTALE 3 DIMINUEE 2 TRES LIMITEE 1 IMMOBILE	4 AUCUNE 3 OCCASIONNELLE 2 URINAIRE 1 URINAIRE ET FECALE	SCORE TOTAL /20			
DATE						/20			
DATE						/20			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;"> Score = ou Supérieur A 15 Risque faible </td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;"> score supérieur à 12 ou inférieur à 15 risque élevé </td> <td style="width: 33%; text-align: center; vertical-align: top;"> score = ou inférieur à 12 risque très élevé </td> </tr> </table>							Score = ou Supérieur A 15 Risque faible	score supérieur à 12 ou inférieur à 15 risque élevé	score = ou inférieur à 12 risque très élevé
Score = ou Supérieur A 15 Risque faible	score supérieur à 12 ou inférieur à 15 risque élevé	score = ou inférieur à 12 risque très élevé							

Mode d'emploi de l'échelle de Norton (adapté de LINCOLN et al, 1975).

<p>A Etat Général Etat clinique et santé physique (considéré le statut nutritionnel, l'intégrité des tissus, la masse musculaire, l'état de la peau)</p>	<p>B Etat Mental Niveau de conscience et d'orientation</p>	<p>C Activité Degré et capacité à se déplacer</p>	<p>D Mobilité degré de contrôle et de mobilisation des membres</p>	<p>E Incontinence Degré de capacité à contrôler intestins et vessie</p>
<p>Bon Etat clinique stable, parait en bonne santé et bien nourri</p> <p>3. Moyen Etat clinique généralement stable, parait en bonne santé</p> <p>2. Pauvre Etat clinique instable, en mauvaise santé</p> <p>1. Très mauvais Etat critique ou précaire</p>	<p>4. Alerté Orienté, a conscience de son environnement</p> <p>3. Apathique Orienté (2 fois sur 3), passif</p> <p>2. Confus Orienté (1 fois sur 2) Conversation quelque fois inappropriée</p> <p>1. Inconscient généralement difficile à stimuler, léthargique</p>	<p>4. AMBULANT Capable de marcher de manière indépendante (inclue la marche avec canne)</p> <p>3. Marche avec aide Incapable de marcher sans aide humaine</p> <p>2. Assis au fauteuil Marche seulement pour aller au fauteuil, confiné au fauteuil à cause de son état et/ou sur prescription médicale</p> <p>1. Alité Confiné en raison de son état et/ou sur prescription médicale</p>	<p>4. Totale Bouge et contrôle tous ses membres volontairement, indépendant pour se mobiliser</p> <p>3. Diminuée Capable de bouger et de contrôler ses membres, mais avec quelques degrés de limitation, a besoin d'aide pour changer de position</p> <p>2. Très limitée Incapable de changer de position sans aide, offre peu d'aide pour bouger, paralysie, contractures</p> <p>1. Immobile Incapable de bouger, incapable de changer de position</p>	<p>4. Aucune Contrôle total des intestins et de la vessie, a une sonde urinaire et aucune incontinence</p> <p>3. Occasionnelle A 1 à 2 incontinences d'urine ou de selle par 24 H, a une sonde urinaire ou un pénilex mais a une incontinence fécale</p> <p>2. Urinaire A de 3 à 6 incontinences urinaires ou diarrhéiques dans les dernières 24 H</p> <p>1. Urinaire et fécale Ne contrôle jamais intestins et vessies, a de 7 à 10 incontinences par 24H.</p>

Interprétation du résultat du score de Norton

- ☹ **Plus le score est bas, plus le risque est grand.**
- 😊 **Plus le score est élevé moins le risque est grand.**

Trois catégories de risque peuvent être différenciées :

≥ 11	risque très élevé ☹
12 à 14	risque élevé 😐
≤ 15	risque faible 😊

Conduite à tenir en fonction du résultat du score de Norton

Score de Norton Faible supérieur ou égal à 15	→ Inspecter les points d'appui → Encourager la mobilisation → Maintenir une peau propre → Faire un nouveau score de Norton si l'état de la personne âgée se modifie → le malade peut être mis sur un matelas normal et pas forcément de cousin sur le fauteuil sauf pour le confort du malade
Score de Norton Elevé 12 à 14	→ Mettre un support d'aide à la prévention : pour le lit (mousse, alternating etc...) pour le fauteuil (gel, mousse) → Inspecter les points d'appui → Réaliser les transferts sans force de frottement ou de cisaillement → Posturer le malade toutes les 3 heures la journée, toutes les 4 heures la nuit → Apporter des aliments enrichis en protéines, si le bilan nutritionnel le justifie → Faire un score de Norton toutes les semaines → Encourager et faire participer la personne âgée
Score de Norton très élevé = ou inférieur ou égal à 11	→ Mettre un support d'aide à la prévention : pour le lit (mousse, alternating ou air statique si disponible.) pour le fauteuil un coussin à air statique à défaut en mousse. Le gel ne doit pas être utilisé chez ce type de patient à risque → Inspecter les points d'appui → Réaliser les transferts sans force de frottement ou de cisaillement → Posturer le malade toutes les 2 heures la journée, toutes les 3 heures la nuit → Apporter des aliments enrichis en protéines, si le bilan nutritionnel le justifie → Faire un score de Norton toutes les 48 heures → Encourager et faire participer la personne âgée

Ces recommandations seront toujours adaptées à l'état du malade et aux objectifs de soins (cas particuliers : malade en fin de vie, fracture instable)

5.2. - LE DEPISTAGE ET LE TRAITEMENT DES FACTEURS DE RISQUE

Le rôle du médecin est ici primordial

La correction d'une anémie, le traitement d'un état infectieux, d'une hypoxie, l'arrêt d'une prescription abusive de sédatifs, sont indispensables et à adapter aux autres objectifs du traitement du malade. Cependant, il n'est pas clairement démontré que ces mesures préviennent les escarres.

En cas d'escarre des membres inférieurs, il reviendra au médecin de faire la part d'une éventuelle participation vasculaire artérielle, en réalisant un écho-doppler ou une artériographie des membres inférieurs. Un éventuel geste de revascularisation sera discuté (geste endo - vasculaire par radiologie interventionnelle ou pontage).

Toute escarre des membres inférieurs doit être montrée au médecin afin qu'un bilan vasculaire du membre concerné soit réalisé (clinique + examen complémentaire)

RISQUE MAJEUR D'AMPUTATION

La lutte contre l'immobilité, lorsque l'état aigu d'un patient à risque d'escarre se stabilise, des possibilités d'améliorer sa mobilité et son activité existent. Une rééducation doit alors être débutée, si cela est compatible avec les autres objectifs de son traitement. Maintenir un certain niveau d'activité, de mobilité et de mouvement sont des objectifs adaptés à la majorité des personnes âgées hospitalisées et sont du ressort de l'ensemble des soignants (aides soignants, infirmières, kinésithérapeutes...)

Les bas débits circulatoires seront corrigés dès que possible afin d'éviter l'apparition rapide d'escarres. Les mesures de prévention d'escarre seront immédiatement mises en oeuvre dès que l'on constate un chiffre tensionnel inférieur à 10 chez un patient alité.



Dessin, Marjolaine BIAMONTI, 1999

5.3. - LES SUPPORTS D'AIDE AU TRAITEMENT DES ESCARRES

5.3.1 - Place des Supports dans la prévention des escarres : Etat des connaissances

BUT DES SUPPORTS D'AIDE A LA PREVENTION DES ESCARRES

L'utilisation de matériel d'aide à la prévention permet au lit comme au fauteuil de mieux répartir les pressions en regard des proéminences osseuses, zones où se constituent les escarres.

Comment l'hôpital choisit les supports d'aide à la prévention des escarres ?

- **Au niveau national**

Le marquage NF Médical (Norme Française)

Actuellement, le Laboratoire National d'Essais (LNE), organisme mandaté par l'AFNOR, est chargé de procéder au marquage NF Médical des supports d'aide à la prévention de l'escarre (WONG M., 2001). La marque NF Médical atteste de la conformité des produits aux normes sur la base d'essais et d'audits du système qualité réalisés régulièrement par l'organisme de certification. La marque NF apporte la garantie d'un suivi de la fabrication et des dispositions d'assurance qualité du fabricant. Le groupe Hospitalier Charles Foix Jean Rostand participe au marquage NF Médical en tant qu'utilisateur dans un groupe de travail et des instances pilotés par le LNE.

- **A l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris**

A l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris les supports d'aide à la prévention et au traitement des escarres font l'objet d'un appel d'offre. C'est à dire que nous ne pouvons acheter que des supports (matelas ou surmatelas) qui ont fait l'objet de cet appel d'offre. Un appel d'offre est habituellement établi pour 3 ans. Un groupe d'experts est constitué de soignants travaillant à l'AP-HP (médecins, infirmiers, cadres) pour donner leur avis sur les produits. L'appel d'offre en vigueur est daté de juillet 2002.

Actuellement, les coussins d'aide à la prévention des escarres ne sont pas soumis à un appel d'offre.

- **A l'hôpital Charles FOIX**

Les tests du matériel d'aide à la prévention des escarres

A l'Orbe du matériel d'aide à la prévention et au traitement des escarres pour les malades âgés est régulièrement testé:

- en vue du prochain appel d'offre
- à la demande des fabricants et du Ministère, dans le but d'obtenir le remboursement de ces supports pour la ville (remboursement TIPS: Tarif Interministériel, des Prestations Sanitaires c'est à dire remboursement du matériel pour les malades en ville).
- à la demande du Laboratoire National d'Essais (LNE) afin de comparer les performances techniques et cliniques des différents supports.

- **La sélection des supports dans l'établissement**

Les supports d'aide à la prévention des escarres sont extrêmement variés. Il est parfois difficile de sélectionner le support le plus adapté dans un Marché de plusieurs centaines de supports. Des tests cliniques et des évaluations indirectes grâce à des capteurs de pression placés entre les proéminences osseuses du malade et le support permettent une évaluation de l'efficacité de ces supports. Une comparaison des supports entre eux est possible, mais il faut se méfier de conclusions qui ne concernent bien souvent que la population testée. Une partie des membres du groupe escarre participe à cette évaluation et choisit en fonction de différentes contraintes (économique en particulier les supports les plus adaptés aux patients de l'établissement). **L'ingénieur biomédical** participe à cette évaluation. **L'unité escarre du pavillon l'Orbe** participe régulièrement à l'évaluation clinique et paraclinique (**capteur de pression, Teskan**).

- **La sélection du support d'aide à la prévention des escarres pour un malade donné dans un service de l'établissement**

La plupart du temps le choix du support est conditionné par le matériel disponible dans le service et il n'est pour l'instant pas possible de faire un choix de support à partir d'une évaluation personnalisée pour chaque patient.

Si l'on veut présenter une hiérarchie des supports d'aide à la prévention, on peut les classer par ordre de performance décroissante des meilleurs vers les moins bons.

Au lit

surmatelas d'air alvéolé, > surmatelas de fibre, > matelas de mousse découpé, ≥ matelas alternating.

Au fauteuil

Cousin d'air alvéolé, ≥ cousin d'air statique (Sofcare), > coussin de mousse 10cm, > coussin de gel. (RAGAVAN R. et coll., 1995 ; MEAUME S. et coll., 1997 ; MEAUME S. et coll., 1998)

• **La sélection du support d'aide à la prévention approprié pour un malade**

Il faut, au mieux, une évaluation personnalisée du support qui tient compte de multiples facteurs : pressions, confort, lit ou fauteuil, entretien, macération, prix d'achat, efficacité dans le temps.... **Les kinésithérapeutes et ergothérapeutes** participent activement à cette évaluation. Il ne faut pas oublier que le malade qui passe du lit au fauteuil doit pouvoir disposer de support d'aide à la prévention dans les deux cas (surmatelas ou matelas et coussin) (MEAUME S. et SENET P., 1999 ; MEAUME S. et coll., 1997).

**ATTENTION ! LE SUPPORT NE DISPENSE PAS DES CHANGEMENTS DE POSITIONS
 LES SUPPORTS NE RÉSUMENT PAS LA PREVENTION D'ESCARRE**

Tableau récapitulatif des principaux supports existants

TYPE DE SUPPORT	CARACTÉRISTIQUES	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
sur-matelas de fibres (type Spenco™)	fibres synthétiques dans une enveloppe de tissu compartimentée recouvert d'une housse imperméable, à utiliser en prévention	léger, confortable, remboursement TIPS	entretien (se lave en machine à laver mais problème chez les malades incontinents), efficacité limitée
surmatelas à air alterné (type Alternating™, AlphaXcell™)	boudins qui se gonflent et se dégonflent rythmiquement, grâce à un compresseur silencieux, à utiliser en prévention	prix assez faible, facilement accessible en ville et à l'hôpital, remboursement au TIPS, installation immédiate, faible encombrement	macération, risque de panne du compresseur, de perforation du matelas
matelas de mousse découpée en gaufrier ou à plots (type Aplot™, Cliniplot™, Préventix™, Cliniplus™) (Epsus™)	mousse à plots fixes ou amovibles dont la partie supérieure est découpée en gaufrier, remplaçant le matelas standard, recouverte d'une housse imperméable, à utiliser en prévention comporte parfois des "inserts" en gel, à alvéole d'air, à eau, peut être utilisé en traitement des escarres de stades I et II	assez bonne répartition des pressions, coût peu élevé, facilement accessible en ville et à l'hôpital, remboursement au TIPS, circulation d'air entre les plots pour lutter contre la macération	stockage volumineux, entretien difficile, durée de vie limitée à 2 à 4 ans. En ville usage unique. Problème de décontamination de la mousse. Intérêt des housses.

Protocole de soins Prévention de l'Escarre

sur-matelas à air statique (type Roho™, SofCare™) sans moteur	matelas d'air à alvéoles utilisant le principe de la flottaison sèche, ou matelas à air gonflé initialement de façon adaptée au sujet, pas de pression alternante, à poser sur matelas standard, peut être utilisé dans la prévention des très hauts risques et dans le traitement des escarres de stades I et II	assez solide, bonne répartition des pressions, entretien facile, existe en forme jetable (usage unique)	assez cher, gonflage initial parfois difficile, "au jugé", peut être dangereux si mal utilisé (surgonflage).
matelas, sur-matelas et lit à eau (type Hydromat™)	enveloppe souple de PVC remplie d'eau ordinaire à 37°, maintien le malade en flottaison, cadre d'air ou de mousse, peut être utilisé dans la prévention des très hauts risques et dans le traitement des escarres de stades I et II	bonne répartition des pressions	très lourd, risque de crevaison, sensation de mal de mer, refroidissement dès que le malade n'est plus au lit en permanence, macération, transpiration, difficile à installer de façon stable
sur-matelas à air électrique (type First Step™) ou matelas (Nimbus™, Autoexcell™, Clinimat™), Début MR™, Barr™) assurant une aérosuspension	coussins pneumatiques interconnectés avec air diffusé par micro perforations, gonflés en fonction du poids du patient, avec parfois des capteurs de pression intégrés, "impulsions" d'air créant une "flottaison" à poser sur matelas standard ou en remplacement, à utiliser dans la prévention des malades à très haut risque d'escarre (surmatelas et matelas) ou dans le traitement des escarres constitués de stades élevés (matelas)	très bonne répartition des pressions, léger, emploi assez simple, silencieux, lutte contre la macération, postures et changement de position inutile, accessible à la location pour la plupart	prix de revient élevé, parfois instable.
lits fluidisés (type Clinitron™, Fluidair™)	micro particules de céramique siliconées en suspension dans un courant d'air chaud (31 à 38°) permettant une excellente répartition des pressions, lit complet, à utiliser dans le traitement des escarres de stades élevés	véritable lit de traitement de l'escarre, répartition des pressions très efficace, disponible en location, pas de macération	poids (1 tonne), prix de revient élevé, impossibilité de "posturer" les sujets et constitution possible d'enraidissement et de rétraction musculaire, état d'"apesanteur" pas toujours bien supporté par le malade, risque de déshydratation, de pneumopathie, maintenance longue, entretien difficile, peu adapté aux personnes âgées
lits à air (type Kin Air™, Therapulse™) électriques	lit articulé, sur le principe des matelas et sur-matelas à air avec aérosuspension, comprend des capteurs de pression intégrés, à utiliser dans le traitement des escarres de stades élevés	répartition des pressions très efficace, lutte contre la macération, positionnement possible, grand confort, disponible en location	prix de revient élevé, difficilement accessible en gériatrie mais parfaitement utilisable, la "Rolls Royce" des supports!

5.3.2. - Fiches Techniques Supports

PRINCIPES

- ✓ Choisir le support en fonction du risque d'escarre
- ✓ Respecter le mode d'emploi du support
- ✓ Mettre une housse adaptée et la laver régulièrement
- ✓ Ne pas border les draps trop serrés pour éviter l'effet de hamac
- ✓ Éviter de multiplier les épaisseurs entre le malade et le support. Dans le cas d'un malade incontinent, il faut tout de même mettre une couche et parfois une alèse

Mettre un support d'aide à la prévention d'escarre ne dispense pas des autres mesures de prévention d'escarre

FICHE TECHNIQUE : MATELAS EN MOUSSE DE TYPE GAUFRIER

DEFINITION

Matelas en 1 ou en 3 blocs de mousse de polyuréthane

- En trois blocs (Cliniplotc™, Aplot™...), la partie supérieure de chaque bloc est découpée en forme de gaufrier
- En un seul bloc (Préventix™, Kubivent™, ...). Sur une grille de montage sont insérés des plots de mousse. Le matelas Préventix™ comprend des plots de mousse de densité variable répartis de façon différente à la tête et au pied -> faire attention en installant ce matelas. Ne pas changer la répartition des plots sans raison médicale. **Ne pas mettre la tête au pied !**

COMMENT L'UTILISER

- Installer à **la place** du matelas ordinaire (les trois blocs sont interchangeables mais il faut mettre les plots vers le haut) ;
- Envelopper dans une housse complète, pour éviter la détérioration du matelas par les urines et selles d'un malade incontinent et pour être conforme aux normes anti-feu.

Interdit : eau de javel, dérivés chlorés pour le nettoyage de la housse

A - Matelas en 3 parties (Aplot™ ou Cliniplot™)



ENTRETIEN

Au moins une fois par semaine, pour un même patient.

- Savonner la housse en faisant le lit chaque fois qu'elle est souillée, et en entretien au moins une fois par semaine
- Désinfecter la housse
- Sécher soigneusement
- Vérifier l'étanchéité, la déformation, les déchirures de la housse.
- Pour prévenir les infections nosocomiales, si le matelas est tâché (housse déchirée ou percée) ; jeter la housse et le matelas. Appeler la salubrité pour faire enlever le matelas
- Changer la housse après chaque patient en long, court et moyen séjour en fonction de la date de mise en service de la housse.

- Il n'est pas possible, à l'Hôpital Charles Foix, de faire laver et désinfecter les matelas de mousse.

Inconvénients :

- Difficulté de séchage de la housse en PVC car "se colle" en sortant de la machine

Stockage :

- Il faut beaucoup de place pour le stockage
- A préserver de la poussière et de l'humidité.

B - Matelas en une partie type PREVENTIX™



- Savonner la housse en faisant le lit chaque fois qu'elle est souillée, et en entretien au moins une fois par semaine ;
- Désinfecter la housse ;
- Sécher soigneusement la housse ;
- Surtout ne pas border le drap de façon trop serrée pour éviter l'effet de hamac. Essayer de mettre le moins possible d'épaisseur entre le patient et le matelas (ne mettre de change complet et d'alèse que s'ils sont indispensables) ;
- Laver la housse à 65° pendant 10mn ou à 70° pendant 3mn entre chaque patient ou plus souvent si elle est fréquemment souillée (malade incontinent) ;
- Vérifier l'étanchéité, la déformation, les déchirures de la housse ;
- Ne pas arracher les plots ;
- Les plots peuvent être lavés à la main comme les gaufriers ou à la machine 60°, séchage 40° ;
- Bien replacer les plots selon la notice d'utilisation ;
- Pour prévenir les infections nosocomiales, si le matelas est taché de façon importante (housse déchirée ou percée) ; jeter la housse et appeler la salubrité pour faire enlever le matelas.

Inconvénient :

- Il faut beaucoup de place pour le stockage.

Stockage

- À préserver de la poussière et de l'humidité.

FICHE TECHNIQUE : SUR-MATELAS DE FIBRES

DEFINITION

- Sur-matelas rempli de fibres creuses, dont l'une des faces est souvent imperméabilisée (latex).

COMMENT L'UTILISER ?

- Poser le sur-matelas de fibres sur le matelas hospitalier normal ;
- Si le malade est incontinent, mettre le côté en latex au contact du malade et mettre une housse ;
- Si le malade est continent mettre le côté en coton au contact du malade sans housse (pour augmenter son confort et éviter la macération) ;
- Il n'y a pas de housse prévue pour ce type de sur-matelas. On met le drap directement dessus ;
- Ne pas utiliser au-delà de 100kg.

ENTRETIEN PENDANT L'UTILISATION

- Rouler le sur-matelas (face bleue à l'extérieur) ;
- Laver en machine à 60° ;
- Sécher au sèche linge à 70° ;
- Ne pas repasser.

STOCKAGE

- À plat sans rien dessus, sur-matelas propre et sec.



FICHE TECHNIQUE : SUR-MATELAS "ALTERNATING"

DEFINITION

- Sur-matelas en P.V.C. constitué de deux compartiments distincts (de formes variables) qui se gonflent et se dégonflent alternativement grâce à un compresseur électrique.

COMMENT L'UTILISER ?

- Poser le sur-matelas dégonflé sur le matelas hospitalier normal ;
- Raccorder le sur-matelas au compresseur ;
- Accrocher le compresseur au pied du lit ;
- Brancher le compresseur à la prise de courant ;
- Vérifier que les deux compartiments ne sont pas percés. Pour cela attendre un cycle de gonflage/dégonflage complet ;
- Installer le patient dessus ;
- Vérifier que le sur-matelas est bien positionné dans le lit et que les talons du malade reposent bien sur le sur-matelas.

CONSEILS

- Attention à la macération, transpiration (changer plus souvent le drap l'été ou sous un malade qui transpire, qui est fébrile).
- Vérifier que :
 - que le matelas n'est pas crevé.
 - que le compresseur marche bien et n'est pas trop bruyant.

ENTRETIEN PENDANT L'UTILISATION

Au moins une fois par semaine

- Débrancher le compresseur ;
- Désinfecter avec un désinfectant de contact ;
- Laver le sur-matelas à l'eau et au savon ;
- Sécher soigneusement ;
- Rebrancher le compresseur.

STOCKAGE

- Débrancher le compresseur ;
- Vider l'air du sur-matelas complètement ;
- Laver à l'eau et au savon ;
- Désinfecter ;
- Sécher soigneusement ;

- Plier ;
- Stocker le sur-matelas à l'abri de la chaleur sans rien poser dessus.

Remarque :

Les matelas Alternating™ sont utilisés depuis longtemps dans la prévention de l'escarre. Un moment décrié, ils sont actuellement de qualité supérieure aux anciens matériels et efficaces dans la prévention des escarres chez des malades à risque faible à modéré.



FICHE TECHNIQUE : SUR MATELAS A AIR STATIQUE ALVEOLE

DEFINITION

- Sur-matelas constitué de quatre parties reliées entre elles par des boutons - pressions.
- Chaque partie est constituée d'alvéoles pneumatiques gonflables avec une pompe à main.
- Ce sur-matelas produit une aérosuspension réduisant les pressions.

POUR QUI ?

- Pour les malades à très haut risque ≤ 11
- Pour les personnes ayant une escarre stade I, II et III
- Pour les personnes ayant une escarre stade IV, ce support est insuffisant

OU LE METTRE ?

- Sur le matelas normal, lit complètement à plat.
- Au niveau : du bassin, sous le sacrum

QUAND L'UTILISER ?

- Mettre les quatre parties sur le matelas ;
- Gonfler les quatre parties à fond ;
- Mettre la personne sur le sur-matelas ;
- Dégonfler les parties une à une en mettant sa main sous le corps du patient, arrêter de dégonfler dès que la main va toucher le matelas, pour que le patient s'enfonce dans le support ;
- À utiliser avec une housse qui prend aussi le matelas ;
- Sur le fauteuil mettre le coussin du même type si possible.

ENTRETIEN

- Se lave à l'eau et au savon (au mieux dans une baignoire). Insister pour nettoyer entre les plots.
- Se désinfecte avec un désinfectant de contact.
- Se stérilise à l'autoclave.

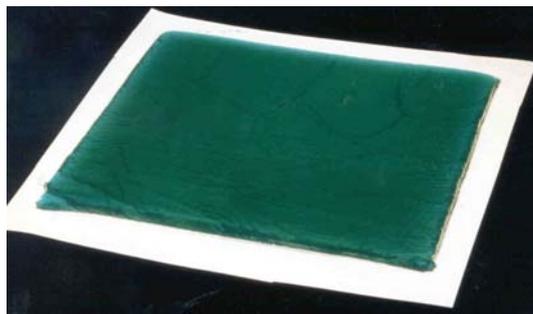
Attention : vérifier tous les jours pendant le change qu'un élément n'est pas percé ou simplement dégonflé.



FICHE TECHNIQUE : COUSSINS DE GEL

DEFINITION

- Coussin de gel d'environ :
- 40 cm x 60 cm pour fauteuils gériatriques
- 40 cm x 40 cm pour fauteuils roulants
- Poids d'environ 4 kg.



POUR QUI ?

- Tout patient restant longtemps assis avec un risque d'escarres ;
- Surtout efficace pour prévenir les cisaillements ;
- Coussins de confort essentiellement ;
- Insuffisant pour un patient ayant des troubles de la sensibilité pour prévenir l'escarre ischiatique (de la fesse).

OU LE METTRE ?

- Sur les fauteuils gériatriques ;
- Sur les fauteuils roulants ;
- Tables d'opérations (en taille adaptée, car c'est souvent le seul support possible). En cas de nécessité le massage cardiaque reste possible ;
- Sur matelas normal au niveau des talons et/ou des fesses.

QUAND L'UTILISER ?

- En cas risque faible (Norton \geq 15) ;
- Pour améliorer le confort du malade ;
- Toujours associer support au lit et support au fauteuil.

COMMENT L'UTILISER ?

- Avec sa housse ;
- Éviter de multiplier les épaisseurs entre le patient et le coussin (sauf la couche si le malade est incontinent).

ENTRETIEN

- Déhouser une fois par semaine ;
- Laver à l'eau et au savon si souillé ;
- Laver à l'eau et au savon et désinfection en surface une fois par semaine ;
- Il est possible de laver la housse en machine à 30° et sécher à 30° si souillée, sinon une fois par semaine.

STOCKAGE

Mettre à plat sans rien dessus ou dans une boîte.

FICHE TECHNIQUE : COUSSIN A AIR STATIQUE : SOFCARE

DEFINITION

- Coussin air statique
46 cm x 43 cm pour fauteuils gériatriques
- Coussin prégonflé

POUR QUI ?

- Tout patient restant longtemps assis avec un risque d'escarres ;
- Efficace pour prévenir les cisaillements et les escarres ;
- Coussins de confort essentiellement ;
- Insuffisant pour un patient ayant des troubles de la sensibilité pour prévenir l'escarre ischiatique (de la fesse).

OU LE METTRE ?

- Sur les fauteuils gériatriques ;
- Sur les fauteuils roulants.

QUAND L'UTILISER ?

- En cas risque faible et modéré (Norton \geq 12) ;
- Toujours associer support au lit et support au fauteuil.

COMMENT L'UTILISER ?

- Le coussin est prêt à l'emploi : il apparaît très mou au toucher ;
- Contrôle du coussin : rouler le coussin sur lui-même. Ceci doit être possible jusqu'à la moitié environ.
S'il est possible de le rouler.

ENTRETIEN

- Déhousser une fois par semaine ;
- Laver à l'eau et au savon si souillé ;
- Laver à l'eau et au savon et décontaminer en surface une fois par semaine ;
- Il est possible de laver la housse en machine à 30° et sécher à 30° si souillée, sinon une fois par semaine.

LIMITES

- A éviter sous les malades à assise instable ;
- Se perce ;
- Est garanti 6 mois.

STOCKAGE

Mettre à plat sans rien dessus ou dans une boîte

FICHE TECHNIQUE : MEDABOOT

DEFINITION

Orthèse de jambe en plastique rigide, mettant le pied à 90°(évite l'équin du pied) en dégageant le talon.
Recouvert d'une protection en "fausse fourrure" de mouton.

POUR QUI ?

- Patient à très haut risque d'escarre du talon ;
- Patients ayant une escarre de talon.

OU LE METTRE ?

- Au niveau du membre inférieur avec escarre ;
- Il est préférable de mettre une orthèse aux deux membres inférieurs pour éviter que la structure rigide de l'orthèse ne blesse le membre controlatéral. Sinon prendre soin de protéger avec des oreillers le membre.

COMMENT S'EN SERVIR ?

- Attention adapter la taille de la Médaboot™ à la taille du membre inférieur (il existe deux tailles : large, médium) ;
- Matériel d'aide au traitement de l'escarre de talon.

POURQUOI ?

Evite l'appui, les forces de cisaillement et de frottement au niveau du talon.

ENTRETIEN

Fourreau en « fausse fourrure de mouton »

- Enlever le fourreau de l'attelle en détachant toutes les attaches et bien conserver les vis du fourreau ;
- Retirer la plaque se trouvant dans une poche au niveau du talon, le laver avec de l'eau et du savon et désinfecter
- Refermer les attaches Velcro pour éviter les détériorations du fourreau ;
- Placer le fourreau dans le filet ;
- Laver en machine avec détergent. Température 40°C ;
- Sécher.

Attelle

- Nettoyer avec un détergent, ou eau + savon ;
- Rincer et sécher ;
- Remonter soigneusement : fourreau, gel, attelle, barre anti rotation et système de protection des orteils.

CONSEIL

- Attention de ne pas perdre les vis de la barre anti-rotation +++ ;

- Ne pas stériliser.

Attention ! le malade ne doit pas marcher avec cette attelle



Il ne faut pas installer ce type d'attelle aux patients ayant un équin fixé du pied +++ ou une déformation importante.

FICHE TECHNIQUE : COUDIERES ET TALONNIERES "SPENCO"

DEFINITION

- Talonnière et coudière en silicore Spenco™.

POUR QUI ?

- Patients ayant un risque localisé d'escarre au niveau des coudes et des talons.

OU LE METTRE ?

- Au niveau du coude ;
- Au niveau du talon.

QUAND LE METTRE ?

- Pour améliorer le confort du patient (patients immobiles, rétracté, en fin de vie...).

COMMENT S'EN SERVIR ?

- Attention à ne pas trop serrer les attaches en Velcro™ ;
- Matériel de confort ;
- **Ne pas utiliser en cas d'escarre, y compris au stade I.**

POURQUOI ?

- Prévention
- Evite les forces de cisaillement et de frottement.

CONSEILS

- Essorage ;
- Lavable en machine à 60° ;
- Stérilisable à chaud à 71° en machine pendant 10 mn.

STOCKAGE

- Facile ne prend pas de place, mettre à plat.



FICHE TECHNIQUE : COUSSINS EN MOUSSE

DEFINITION

- Coussins en mousse de polyuréthane en un seul morceau ou composé de plots enchassés dans une trame.

POUR QUI ?

- Toute personne à faible risque d'escarre.

OU LE METTRE ?

- Sur les fauteuils géométriques ;
- Sur les fauteuils roulants.

QUAND L'UTILISER ?

- Dès que le patient est considéré comme à risque d'escarre ;
- Dès la survenue de rougeurs aux ischions et au coccyx le malade doit être positionné.

COMMENT L'UTILISER ?

- Mettre la housse P.V.C prévue ;
- Pas ou peu d'épaisseur entre le patient et le coussin.

ENTRETIEN

- Nettoyer la housse avec de l'eau et du savon si souillée sinon une fois par semaine ;
- Désinfecter avec un désinfectant de contact ;
- Jeter la housse endommagée ou le coussin.

Interdit : eau de javel et dérivés chlorés.



FICHE TECHNIQUE : LES TRIANGLES DE POSITIONNEMENT

DEFINITION

Ils permettent la mise en posture en décubitus latéral à 30° pour éviter l'appui sur le trochanter (**le décubitus latéral strict est interdit**). Ils sont fabriqués dans une mousse de haute densité à cellules ouvertes et protégés par une housse.

POUR QUI ?

Toute personne à risque d'escarre ou ayant des escarres (stade I à IV) qui doit être positionnée au lit.

OU LE METTRE ?

- Dans le lit pour positionner le malade ;
- Utiliser 1 ou plusieurs triangles en fonction de la taille du malade et de sa stabilité.

QUAND L'UTILISER ?

- Dès que le patient est considéré comme à risque d'escarre ;
- Dès la survenue de rougeurs.

ENTRETIEN

- Nettoyer en surface avec un détergent ou de l'eau + savon ;
- Rincer et sécher ;
- La housse peut être lavée en machine à 60°C ou 90°C ;

Interdit : l'eau de javel et dérivés chlorés, l'autoclave.

Attention ! ne pas utiliser sous les mollets pour mettre les talons en décharge : risque d'escarre



FICHE TECHNIQUE : LES BOUEES

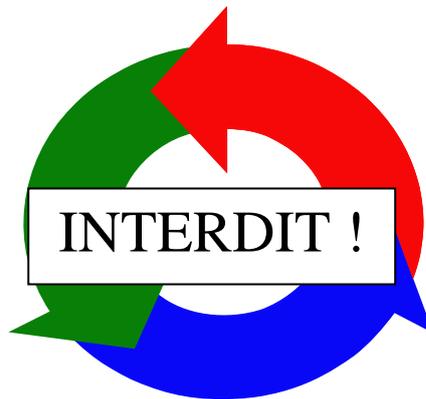
DEFINITION

- Anneau qui peut être :
- gonflable à air ;
- gonflable à eau ;
- en gel.

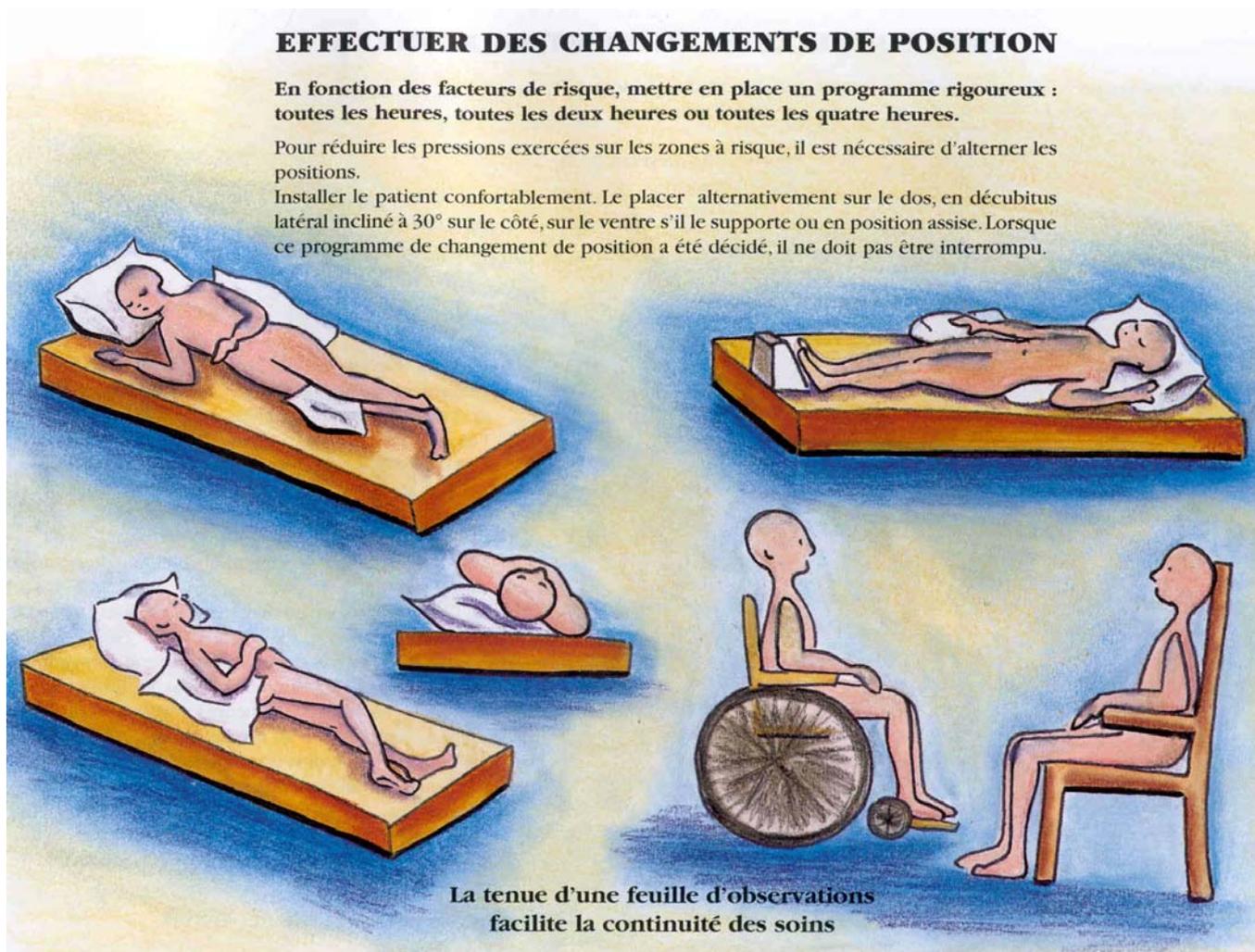
Ces supports sont à bannir dans le cas de la prévention et du traitement de l'escarre. Si la pression est nulle effectivement sous les fesses, par contre elle est augmentée sur tout le pourtour avec donc une ischémie possible sur toute la surface de l'anneau. De plus, dans la position dorsale la bouée est très inconfortable.

INDICATION

- crise hémorroïdaire et chirurgie proctologique ;
- épisiotomie post accouchement.



5.4. - LES POSTURES



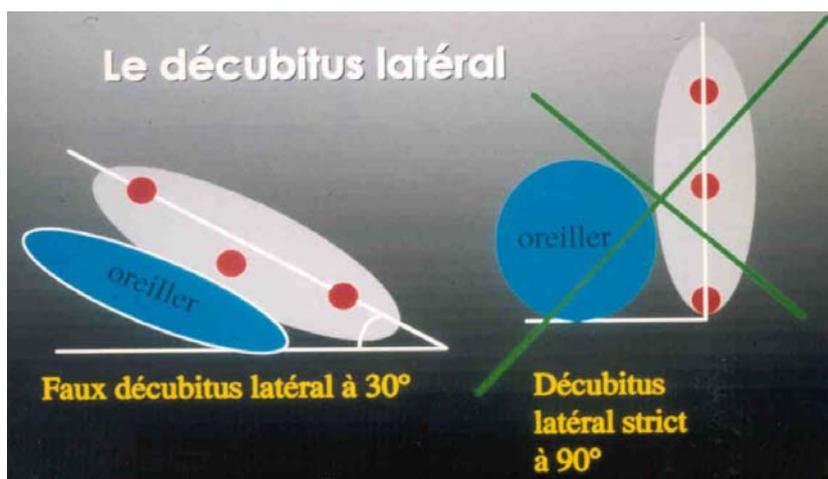
Dessin, Marjolaine BIAMONTI, 1999

5.4.1. - Etats des connaissances

Les progrès technologiques que représentent les différents matelas et coussins ne peuvent pas dispenser des soins de réduction du temps d'appui par mobilisation régulière du patient. Certaines positions sont plus dangereuses que d'autres. Un changement de position à intervalle régulier est nécessaire tout en évitant les forces de cisaillement et de frottement lors des manipulations.

Quelles sont les postures autorisées chez la personne âgée ?

Les faux décubitus à 30° droit et gauche ou décubitus postérieur à 30° : ce sont les meilleures positions. Si le malade peut être totalement allongé (pas de sonde nasogastrique ou GPE, pas d'insuffisance cardiaque...), cette position met en décharge le sacrum et n'expose pas les trochanters ou les ischions. Les malléoles, les faces latérales des pieds et des talons sont exposées mais une prévention simple est possible à ce niveau (mousse, coussins) (COLIN D. et coll, 1996).



Le décubitus dorsal strict est une position de repos fréquente. Elle expose le sacrum et les talons. C'est habituellement dans cette position que surviennent les escarres si elle est trop prolongée.

La position demi - assise est très fréquente en gériatrie. Elle peut être très dangereuse car elle cumule le risque lié à la pression et celui lié au cisaillement aussi bien au niveau des talons que du sacrum. Le malade a tendance à "glisser" dans son lit. Cette position est hélas parfois une des seules possibles pour des malades alimentés par sonde naso gastrique ou GPE (gastrostomie par voie endoscopique) et chez les insuffisants cardiaques ou respiratoires. Il faut alors agir sur la qualité du support et les autres éléments de la prévention. L'inclinaison où les forces de cisaillement sont les moins importantes est à 30°.

La position assise au fauteuil est une alternative intéressante. Les appuis ne se font ni sur le sacrum, ni sur les talons si le malade est correctement positionné.

Ce sont les ischions et le coccyx qui sont exposés. Les pressions sous ces zones osseuses sont importantes et l'interposition d'un coussin est indispensable chez les malades à risque.

Le décubitus ventral n'est pas une position très confortable ou possible chez la personne âgée.

Le décubitus latéral strict est interdit. Il existe un risque d'escarre du trochanter avec une atteinte infectieuse ostéo articulaire de continuité fréquente et gravissime. Attention à la position de la sonde urinaire : sur la cuisse et non dessous. Attention aux barrières +++, aux reposes pieds du fauteuil roulant, en cas d'appui risque d'escarre.

A quel rythme faut-il changer le malade de position ?

Il existe une relation inverse entre l'intensité de la pression et le temps d'application nécessaire pour produire une escarre. Ainsi 1 heure passée sur un carrelage suffit à "fabriquer" une escarre alors qu'il "faudra" plusieurs heures sur un matelas de prévention de qualité. Il est ainsi difficile de déterminer a priori un rythme de changement exact même si l'on tient compte du support sur lequel le malade est installé.

Les chiffres habituellement énoncés sont :

- toutes les deux heures pour les malades à très haut risque d'escarre.
- toutes les 3 ou 4 heures pour les malades à risque moins important.
- un malade installé sur un lit à air basse pression ou sur un lit fluidisé n'a pas besoin a priori d'être changé régulièrement de position. Les pressions exercées au niveau de ces zones d'appui sur ce type de support sont trop faibles pour qu'elles puissent obturer les vaisseaux et générer une escarre. **Ce n'est pas le cas avec les matelas de mousse.**
- les malades qui ne sont pas à risque bougent spontanément suffisamment pour ne pas mettre en danger leurs zones de pression. Ils n'ont pas besoin d'être positionnés.

5.4.2. - Fiche Technique Posture

DEFINITION

Attitude particulière du corps.

OBJECTIF

Eviter que le malade ne reste trop longtemps sur les proéminences osseuses.

Positionner le corps d'une personne tout en respectant une attitude fonctionnelle (éviter la constitution de rétractions musculo-tendineuses) et confortable.

INDICATIONS

Le malade à risque d'escarre (cf. échelle de risque d'escarre de Norton) ;

Le malade ayant des escarres.

CONTRE-INDICATIONS DE CERTAINES POSTURES

Uniquement médicales

Par exemple :

- Dans le cas de sonde gastrique ou G.P.E le décubitus dorsal et les décubitus latéraux sont contre-indiqués ;
- Le décubitus ventral n'a pas d'indication chez le sujet âgé (problèmes respiratoires, cardiaques et confort +++).

MATERIEL

- traversin, coussins de mousse, oreillers, arceau, talonnières, etc...
- coussins d'aide à la prévention de l'escarre (gel, mousse)

TECHNIQUE

L'installation d'une personne dans son lit ou dans un fauteuil est avant tout conditionnée par son état physique et psychologique. Pour chaque position adoptée, il est important de respecter certaines règles pour éviter l'installation rapide d'attitudes vicieuses.

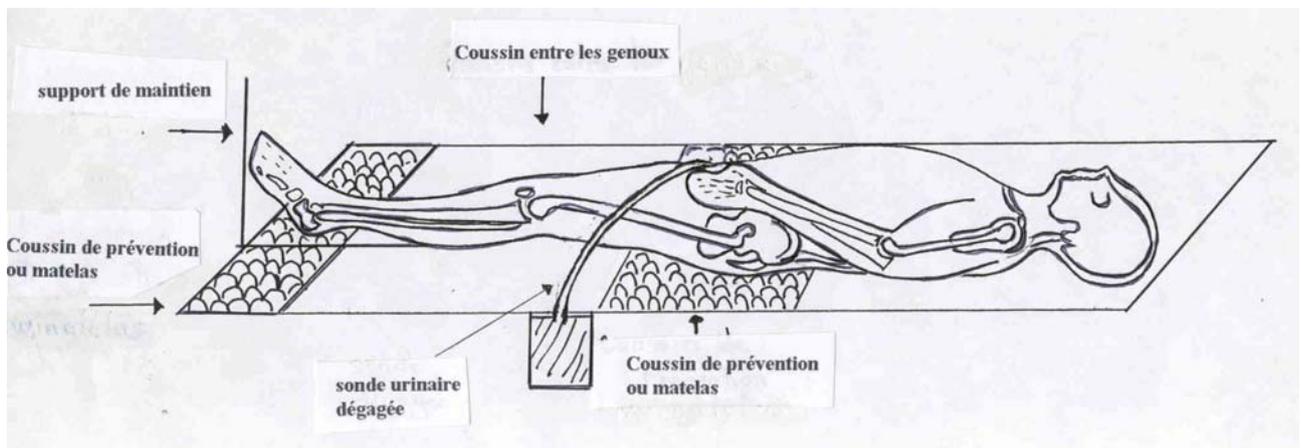
INSTALLATION AU LIT

Décubitus dorsal

- mettre le lit totalement à plat ;
- placer un oreiller sous la tête du malade (sans surélever la tête de lit) ;
- maintenir les pieds en angle droit ("boîte" de maintien, oreillers, sacs de sables, attelles, coussins ...) sauf si contre-indication médicale (lutte contre l'équin du pied ++)
- placer éventuellement un coussin "anti-escarres" supplémentaire sous les talons ;
- placer éventuellement un oreiller sous les mollets, pour soulager les talons, en l'absence de support "d'aide à la prévention" ;
- mettre un oreiller entre les jambes pour éviter un appui et/ou frottement au niveau des genoux ;
- placer les membres supérieurs en position de fonction.

Remarque

- surveiller les zones d'appui à chaque changement de position +++ ;
- NE PAS METTRE de boudins d'eau (poches de dialyse) sous les talons ou les mollets ou en regard du talon d'Achille.

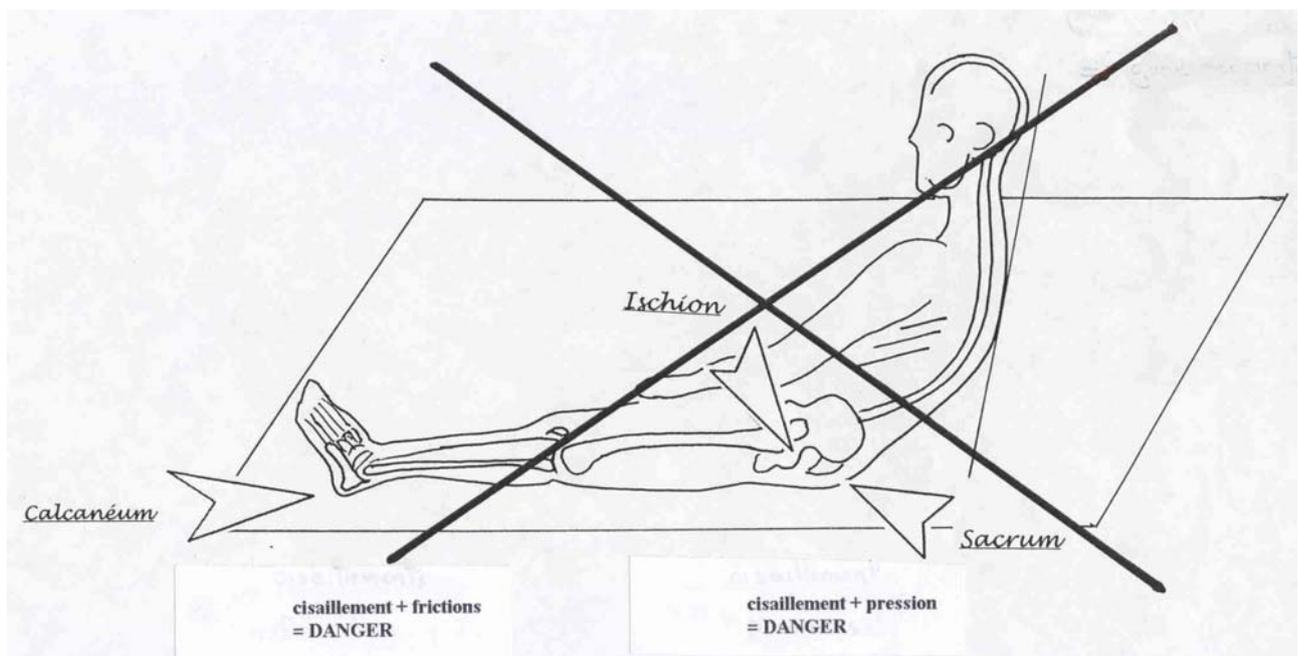
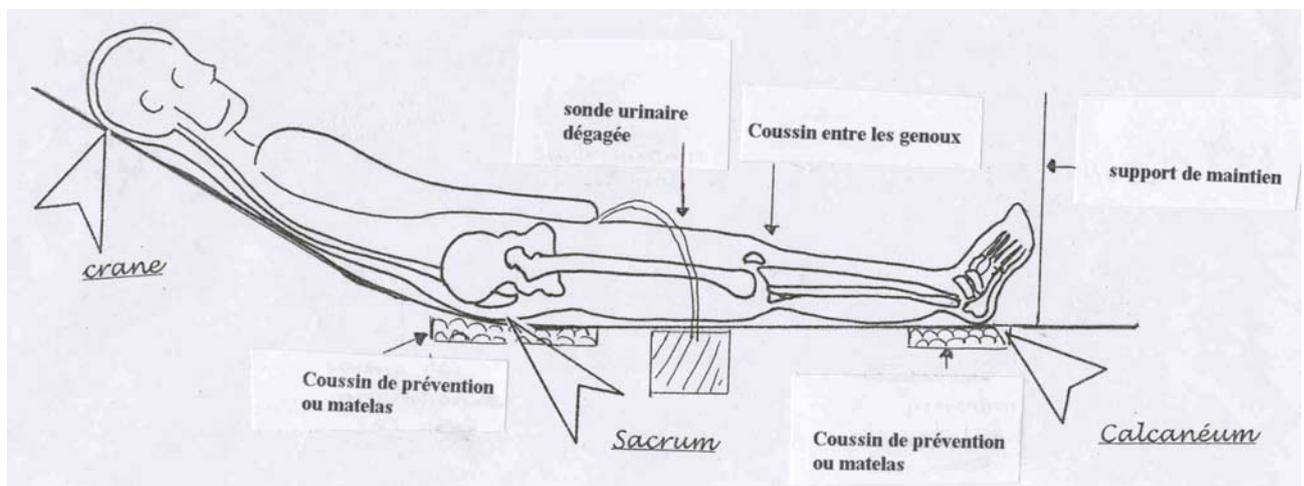


Dessin, Sylvie TIQUET

Attention la sonde urinaire ne doit pas être mise sous la cuisse !

Position semi-assise au lit

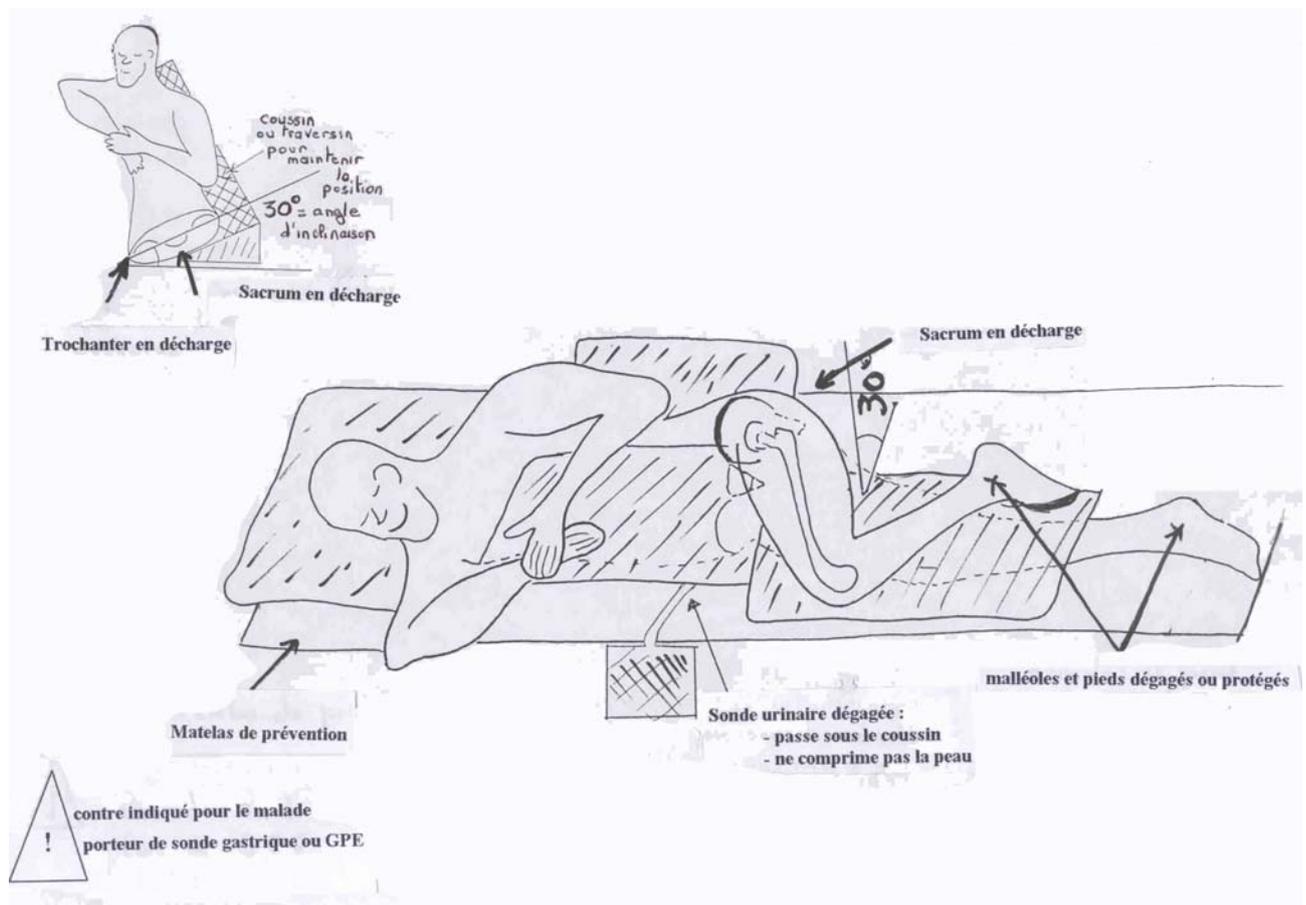
- la tête du lit est surélevée de 45° environ (entre 30 et 60°) ;
- placer un oreiller dans le dos et le positionner de façon à éviter que la tête bascule en arrière ;
- placer un deuxième oreiller entre les jambes pour éviter un appui et/ou frottement au niveau des genoux ;
- maintenir les pieds en angle droit (sacs de sables, oreillers, attelles, coussins ...) (lutte contre l'équin du pied ++)
- placer éventuellement un coussin "anti-escarres" supplémentaire sous les talons ;
- placer éventuellement un oreiller sous les mollets, pour soulager les talons, en l'absence de support "d'aide à la prévention".



Dessin, Sylvie TIQUET

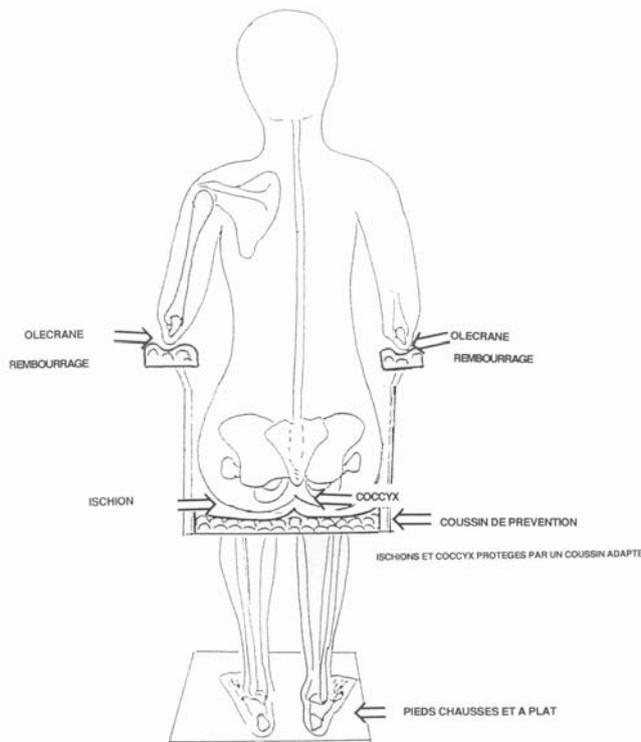
Posture latérale en faux "décubitus latéral" droit et gauche à 30°

- mettre le lit totalement à plat ;
- placer un oreiller sous la tête du malade (sans surélever la tête de lit) ;
- maintenir le tronc en position latérale à 30° avec un oreiller ou un angle de mousse découpé placé, au niveau du dos et des fesses (il est possible de mettre les oreillers directement dans le dos du malade ou sous le matelas) ;
- positionner le membre inférieur situé dessous en légère flexion, le membre inférieur situé dessus en flexion et reposant sur un oreiller ;
- mettre un oreiller entre les jambes pour éviter un appui et/ou frottement au niveau des genoux ;
- placer éventuellement un coussin "anti-escarres" supplémentaire sous les talons et malléoles ;
- placer les membres supérieurs en position de fonction.

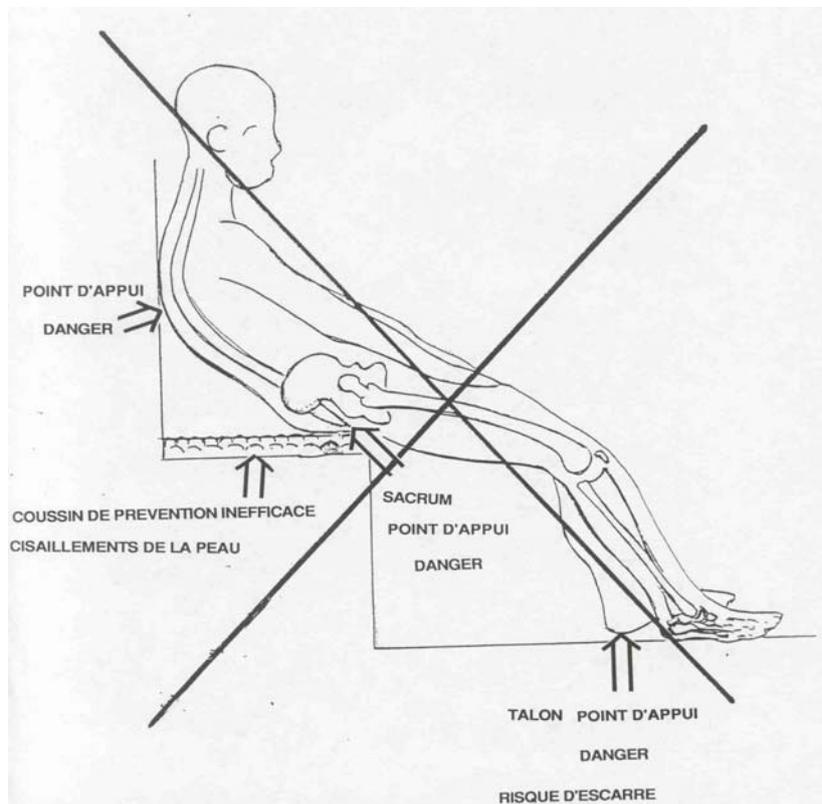
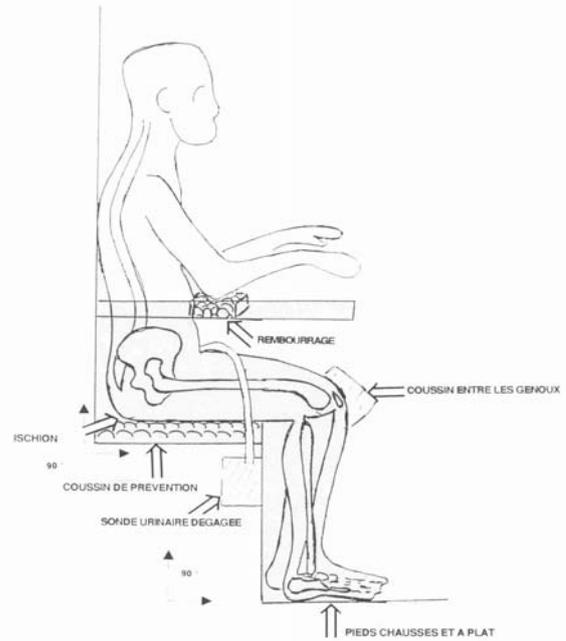


Dessin, Sylvie TIQUET

POSITION ASSISE



POSITION ASSISE



Dessin, Sylvie TIQUET

Installation au fauteuil

- une bonne position assise est déterminée par l'équilibre du tronc ;
- mettre un coussin d'aide à la prévention (gel, mousse, air) sous les fesses du malade ;
- installer la personne de façon à bien répartir les forces au niveau des fesses et des cuisses ;
- incliner éventuellement le dossier du fauteuil de quelques degrés (0 à 30°) ;
- positionner correctement les cale-pieds, en veillant à ce que l'appui se fasse sur la totalité de la plante du pied et non uniquement sur les talons et qu'au niveau de l'assise, l'appui se fasse sur la face postérieure des cuisses et non uniquement sur les ischions et le coccyx ;
- **description des postures dans le dossier de soin (transmissions/observations) ;**
- décrire de façon détaillée la façon d'installer au mieux le malade ;
- préciser pour chaque position le matériel nécessaire et la façon de l'utiliser ;
- tenir compte des particularités anatomiques et fonctionnelles (rhumatismes déformants, hémiplegie, ...) du malade dans le choix des positions ;
- veiller toujours à ne garder que des positions confortables +++ et noter les postures douloureuses ;
- ne pas oublier de prévenir systématiquement les rétractions musculotendineuses ;
- **Planifications des changements de position :**
- Décider d'un rythme de changement de posture adapté.

Malades à risque faible Norton ≥ 15 : il n'est pas nécessaire de posturer le malade ni d'imposer un changement de position régulier. Si le malade présente un état aigu refaire un score de Norton.

Malades à risque élevé Norton entre 12 et 14 : changement toutes les 3 heures le jour avec possibilité d'une plage de repos de 4 à 6 heures la nuit. Si l'état du malade se modifie, refaire un score de Norton.

Malades à risque très élevé Norton ≤ 11 : changement toutes les 2 heures le jour et toutes les 3 heures la nuit. Souvent le malade n'est à très haut risque qu'à l'occasion d'un épisode aigu. Il faut dans ce cas refaire un score de Norton tous les jours. Dès que le malade s'améliore les changements de positions peuvent être espacés.

5.5. - LES TRANSFERTS



Eviter toute manipulation traumatisante

La qualité des gestes sécurise les patients, les manœuvres ergonomiques réduisent les lombalgies des soignants.

Pour le patient, privilégier le confort avant tout ! Evitez les gestes brusques traumatisants : pincements, frottements, tiraillements.... Chaque fois que possible, accompagner le déplacement, susciter la participation de la personne. Lors du rehaussement dans le lit, faire participer le patient pour éviter le frottement des fesses sur l'alèse.

Pour le personnel soignant veiller à la sécurité. Pour soulever et retourner le patient, utiliser de préférence un lève-malade.

Dessin, Marjolaine BIAMONTI, 1999

5.5.1. - Place des Transferts dans la Prévention des Escarres : Etat des connaissances

Tout individu évalué, comme étant à risque de développer des escarres, devra être changé de position régulièrement, si son état de santé le permet.

La fréquence des changements de position dépend du risque qu'a le patient de constituer des escarres (cf score de Norton).

Les positions correctes et le support sont importants pour minimiser les frottements et les cisaillements aussi bien au lit qu'au fauteuil.

Du matériel pouvant aider aux soulèvements manuels (soulève - malade) ou la pratique des changements de position avec deux soignants, devront être utilisés à la mise en œuvre pour les transferts et les changements de position des patients, afin de minimiser les forces de cisaillements, pour tous les patients qui ne peuvent pas participer activement à leurs transferts (Journal Plaies et Cicatrisation, 1999, traduction recommandations, MEAUME S.).

Les tissus risquant d'être traumatisés (cisaillement) si le malade est « traîné » sur le support où il est installé.

5.5.2. - Fiches Techniques Transferts

DEFINITION

Déplacement d'un malade, d'un point donné à un autre par l'intermédiaire d'un tiers ou par le malade lui-même, sans traumatisme pour la peau et les tissus sous jacents, d'une façon convenue et réglée.

OBJECTIFS

- Réaliser les transferts **en essayant d'éviter les frottements, les cisaillements, et les contusions de la peau et des tissus sous jacents ;**
- Faire participer le malade.

INDICATIONS

Malade ne pouvant se déplacer spontanément (maladie, handicap, ...).

CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications sont d'ordre médical strict (fracture, ...).

MATERIEL

Perroquet, barrières, accoudoirs de fauteuil, lit à hauteur variable, soulève-malade, alèse en tissu, drap...

TECHNIQUE

Le transfert s'effectue par le personnel avec l'aide du patient et le matériel prévu pour cet usage ou par le patient lui-même.

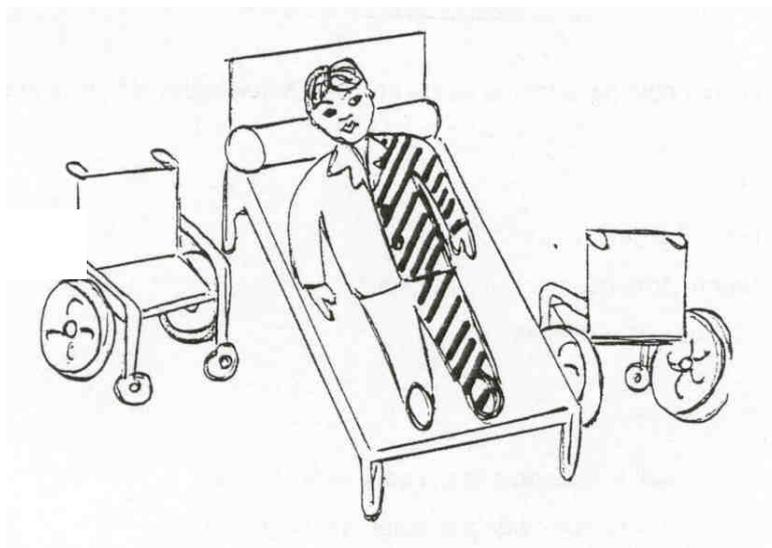
Cas particulier du malade hémiplégique :

POSITIONNEMENT DU MATERIEL SUIVANT LA PATHOLOGIE DU PATIENT

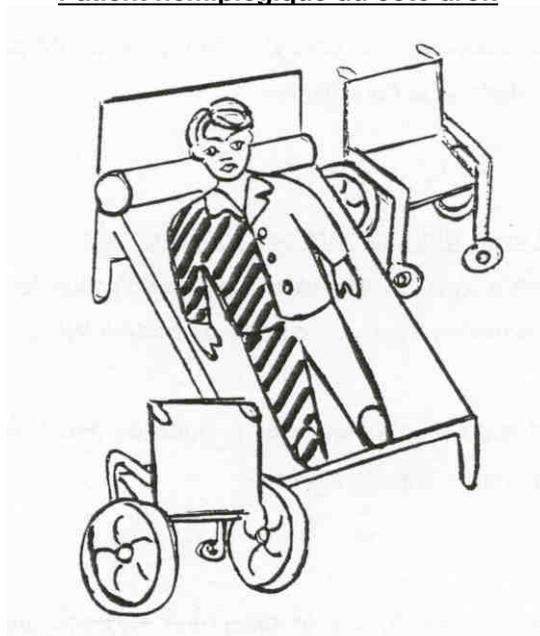
Le fauteuil doit se trouver du côté de la jambe saine (la plus valide) pour que le patient puisse prendre un appui efficace sur son membre inférieur le plus valide.

Patient hémiplégique du côté gauche

Côté pour le transfert



Patient hémiplégique du côté droit



Côté pour le transfert

Dessin, Jean Marc SZLIPPER

Transfert du lit au fauteuil avec un agent par pivotement:

Le transfert avec un seul agent majore le frottement et le cisaillement +++. Il est à réserver aux malades n'ayant pas de risque d'escarre (Norton ≥ 15).

Cette technique est appropriée pour un malade qui peut participer à ses transferts. Elle est à visée éducative.

- Informer le malade ;
- Mettre le fauteuil à côté du lit (du côté de la jambe valide en cas d'hémiplégie) et le plus proche possible du malade ;
- Escamoter les repose – pieds ;
- Ne pas oublier de bloquer les freins du fauteuil ; Mettre le lit à la bonne hauteur (même hauteur que le fauteuil) ;
- Expliquer la manoeuvre au malade et le rassurer.

Deux solutions sont possibles :

- soit le malade s'assoit seul au bord du lit ;
 - soit l'agent l'aide à réaliser la manoeuvre.
-
- Placer une main dans le dos du malade et l'autre au niveau du creux poplité ;
Asseoir le malade au bord du lit en le faisant pivoter ;
 - Se positionner devant le malade ;
 - Lui demander ou poser la(es) main(s) du malade sur vos épaules ;
 - Le saisir par la taille ;
 - Donner un contre appui au niveau des jambes avec vos genoux (en cas d'hémiplégie seule la jambe saine est en appui) redresser le malade et le faire pivoter ;
 - L'asseoir sur le fauteuil.

Transfert du lit au fauteuil avec deux agents par soulèvement

Le transfert avec deux agents avec soulèvement permet d'éviter le frottement et le cisaillement +++. Il est indiqué pour tous les malades ayant un risque d'escarre (Norton ≤ 14).

Cette technique est appropriée pour un malade qui ne participe pas à ses transferts et dans le cas où il n'y a pas de soulève - malade disponible dans le service.

- Informer le malade ;
- Mettre le fauteuil légèrement décollé du lit et en biais (du côté de la jambe valide en cas d'hémiplégie) ;
- Escamoter les repose – pieds ;

- Ne pas oublier de bloquer les freins du fauteuil ;
- Mettre le lit à la bonne hauteur ;
- Positionner le fauteuil à la hauteur des fesses du malade ;
- Expliquer la manoeuvre au malade et le rassurer ;
- Installer le malade à plat dans son lit ;
- Pour un agent, se placer à la tête du lit ;
- Redresser le tronc du malade en glissant un bras sous les épaules ;
- Positionner un genou sur le lit pour maintenir la position du malade ;
- Glisser les bras sous les aisselles du patient et le tenir au niveau des poignets. Faire corps avec le malade ;
- Pour l'autre agent, s'aider en mettant son genou sur le lit, encercler les jambes du malade au niveau du creux poplité. Les jambes du malade doivent être plaquées contre le soignant ;
- Un agent ordonne la synchronisation de la manoeuvre c'est à dire 1.2.3: LEVER ;
- Asseoir délicatement le malade dans le fauteuil.

Transfert du lit au fauteuil avec soulève - malade

Le transfert avec soulève malade permet d'éviter le frottement et le cisaillement ++++. Il est effectué par un seul agent. Il assure prévention des lombalgies chez le soignant. Il est indiqué pour tous les malades ayant un risque d'escarre (Norton \leq 14).

Le soulève-malade doit être privilégié lorsque le malade ne participe pas à ses transferts.

La technique d'utilisation du soulève-malade dépend du matériel utilisé.

La technique développée ci-dessous peut s'adapter à plusieurs soulève-malades :

- Informer le malade ;
- Mettre le fauteuil à proximité du lit ;
- Escamoter les repose – pieds ;
- Ne pas oublier de bloquer les freins du fauteuil ;
- Mettre le lit à bonne hauteur ;
- Expliquer au malade la manipulation, préciser que le matériel est solide et qu'il est conçu pour transporter des poids importants ;
- Mettre le lit à plat (tête du lit en position basse) ;
- Placer la sangle dans le dos du malade (du buste jusqu'à son coccyx) ;
- Croiser les sangles entre les cuisses de la personne et accrocher toutes les attaches aux quatre points d'amarrage ;
- Rassurer le malade pendant la manoeuvre ;
- Soulever la personne à l'aide de la commande électrique ;
- Mettre le malade à la verticale au-dessus du fauteuil ;

- Descendre le malade doucement dans son fauteuil en veillant à bien positionner ses fesses sur le fauteuil ;
- Détacher les sangles et les retirer ;

N.B. : Ne pas oublier de recharger la batterie du soulève-malade pendant la nuit.

Transfert du fauteuil au lit avec un agent par pivotement

Le transfert avec un seul agent majore le frottement et le cisaillement +++. Il est à réserver aux malades n'ayant pas de risque d'escarre (Norton ≥ 15).

Cette technique est appropriée pour un malade qui peut participer à ses transferts. Elle est à visée éducative.

- Informer le malade ;
- Mettre le fauteuil à côté du lit (du côté de la jambe valide en cas d'hémiplégie) et le plus proche possible du malade ;
- Escamoter les repose-pieds ;
- Ne pas oublier de bloquer les freins du fauteuil ;
- Mettre le lit à la bonne hauteur (même hauteur que le fauteuil) ;
- Expliquer la manoeuvre au malade et le rassurer ;
- Se placer devant le malade ;
- Bloquer les pieds et les genoux du malade avec les vôtres ;
- Lui demander ou poser la main du malade sur vos épaules ;
- Placer vos bras sous les omoplates du malade ;
- Incliner le malade vers vous ;
- Le mettre debout ;
- Le faire pivoter sur le côté sain et l'asseoir sur le lit ;
- Lui demander de s'allonger sur le côté ;
- L'aider en soulevant ses jambes pour les poser sur le lit.

Transfert du fauteuil au lit avec deux agents par soulèvement

Le transfert avec deux agents avec soulèvement permet d'éviter le frottement et le cisaillement +++. Il est indiqué pour tous les malades ayant un risque d'escarre (Norton ≤ 14).

Cette technique est réservée dans le cas où il n'y a pas de soulève-malade de disponible dans le service.

- Informer le malade ;
- Placer le fauteuil en biais (du côté de la jambe valide en cas d'hémiplégie) de façon que l'assise du fauteuil corresponde à l'assise du lit ;
- Escamoter les repose-pieds ;

- Ne pas oublier de bloquer les freins du fauteuil ;
- Expliquer la manœuvre au malade et le rassurer ;
- Pour un agent, se placer entre le lit et le fauteuil ;
- Glisser les bras sous les aisselles du malade et lui tenir les poignets. Faire corps avec le malade ;
- L'autre agent, se place de façon que les jambes soient du côté du lit ;
- Encercler les jambes au niveau du creux poplité ;
- Synchroniser la manœuvre ;
- Soulever le malade ;
- Poser le malade sur le lit ;

Transfert du fauteuil au lit avec soulève - malade

Le transfert avec soulève-malade permet d'éviter le frottement et le cisaillement +++. Il est effectué par un seul agent. Il assure prévention des lombalgies chez le soignant. Il est indiqué pour tous les malades ayant un risque d'escarre (Norton ≤ 14).

La technique d'utilisation du soulève-malade dépend du matériel utilisé.

La technique développée ci-dessous peut s'adapter à plusieurs soulève-malades.

- Informer le malade ;
- Mettre le fauteuil à proximité du lit ;
- Escamoter les repose-pieds ;
- Ne pas oublier de bloquer les freins du fauteuil ;
- Mettre le lit à bonne hauteur ;
- Expliquer au malade la manipulation, préciser que le matériel est solide et qu'il est conçu pour transporter des poids importants ;
- Placer la sangle dans le dos du malade (du buste jusqu'à son coccyx) ;
- Croiser les sangles entre les cuisses de la personne et accrocher toutes les attaches aux quatre points d'amarrage ;
- Rassurer le malade pendant la manœuvre ;
- Soulever la personne à l'aide de la commande électrique ;
- Mettre le malade à la verticale juste au-dessus de l'assise du lit ;
- Descendre le malade doucement sur son lit et l'allonger ;
- Détacher les sangles et les retirer.

Repositionnement du malade au fauteuil avec un agent qui se positionne derrière le malade

Ce repositionnement avec un agent est responsable de frottements et de cisaillements +++. Il est à réserver aux malades n'ayant pas de risque d'escarre (Norton ≥ 15).

Cette manœuvre peut être réalisée qu'avec un fauteuil ayant un dossier bas puisque l'agent se positionne derrière le fauteuil.

- Expliquer la manœuvre au malade ;
- Bloquer les freins du fauteuil ;
- Se placer derrière le fauteuil ;
- Demander au malade de vous aider en se penchant un peu en avant (si son état le permet), sinon l'incliner légèrement en avant ;
- Placer vos bras sous ses aisselles et prendre ses avant-bras avec vos mains. Faire corps avec le malade ;
- Remonter le malade dans son fauteuil en effectuant un léger soulèvement des fesses pour les ramener vers le fond du siège du fauteuil (pour effectuer ce mouvement il peut être nécessaire d'effectuer une pression sur le ventre du malade).

Après la manœuvre, vérifier la position du coussin d'aide à la prévention de l'escarre. Si déplacement, se faire aider par un collègue pour le replacer.

Repositionnement du malade au fauteuil avec un agent qui se positionne face au malade

Ce repositionnement avec un agent est responsable de frottements et de cisaillements +++. Il est à réserver aux malades n'ayant pas de risque d'escarre (Norton ≥ 15).

- Expliquer la manœuvre au malade ;
- Bloquer les freins du fauteuil ;
- Se placer face au malade ;
- Bloquer les jambes du malade au niveau des pieds et des genoux ;
- Demander ou placer les mains du malade sur vos épaules ;
- Attraper le malade juste en dessous des omoplates (selon la morphologie du malade) ;
- L'incliner légèrement vers vous ;
- Soulever le malade en décollant les fesses ;
- Le repousser au fond du fauteuil avec les genoux.

Repositionnement du malade au fauteuil avec deux agents

Le transfert avec deux agents avec soulèvement permet d'éviter le frottement et le cisaillement +++. Il est indiqué pour tous les malades ayant un risque d'escarre (Norton ≤ 14).

Cette manœuvre ne peut pas être réalisée chez un malade hémiparétique.

- Expliquer la manœuvre au malade ;
- Bloquer les freins du fauteuil ;

- Se placer de chaque côté du malade ;
- Placer une main au niveau du creux poplité et l'autre main sous l'aisselle opposée du malade. Faire corps avec le malade ;
- Synchroniser le mouvement
- Soulever les fesses du malade ;
- Le réasseoir au fond du fauteuil.

Repositionnement du malade au lit avec un agent

Ce type de manœuvre est le plus souvent inconfortable voire douloureuse pour la personne âgée. Elle expose par ailleurs l'agent aux lombalgies.

(on ne décrit pas la manœuvre).

Le repositionnement avec deux agents permet d'éviter le frottement et le cisaillement +++. Il est indiqué pour tous les malades ayant un risque d'escarre (Norton ≤ 14).

Repositionnement du malade au lit avec deux agents en s'aidant ou non d'une alèse.

Ce repositionnement avec deux agents permet d'éviter le frottement et le cisaillement +++. Il est indiqué pour tous les malades ayant un risque d'escarre (Norton ≤ 14).

Manœuvre avec deux agents sans alèse

- Expliquer la manœuvre au malade ;
- Placer le lit à votre hauteur ;
- Se positionner de part et d'autre du malade ;
- Pour un agent, placer l'avant-bras au niveau des omoplates, la main sous l'aisselle opposée du malade ;
- Placer son autre bras au niveau du creux poplité ;
- Pour l'autre agent, placer son bras sous le bras de son collègue, au niveau du dos du malade, en tenant le côté opposé du malade ;
- Croiser l'autre bras avec celui du collègue au niveau du creux poplité ;
- Synchroniser la manœuvre ;
- Soulever les fesses du malade ;
- Remonter le malade vers la tête du lit. L'agent effectue la manœuvre en transférant le poids de son corps de la jambe située près du pied du lit vers celle située à la tête du lit.

Manœuvre avec deux agents avec alèse

La technique est simple :

- Se placer de chaque côté du malade ;
- Rouler l'alèse de chaque côté ;

- Empoigner l'alèse solidement de chaque côté ;
- Synchroniser la manœuvre ;
- Soulever le malade en le remontant vers la tête du lit.

5.6. - LE MASSAGE DE CONFORT

5.6.1. - Place des massages dans la prévention des escarres : Etat des connaissances

Cette technique est encore très pratiquée en France (et même dans notre hôpital) alors qu'elle a pratiquement disparu en Angleterre et aux Etats-Unis depuis plusieurs années.

Le massage pétrissage-décollage (de même que l'utilisation de la technique glaçon sèche-cheveux) est trop traumatisant et ne doit plus être pratiqué.

Argumentaire : Il crée ou risque de créer des dégâts tissulaires dans des zones déjà particulièrement exposées à des traumatismes (frottement, pression, macération) et il est souvent douloureux et redouté par le malade. Il n'a pas fait la preuve d'une quelconque efficacité dans la prévention des escarres. Il est donc totalement interdit. (OLSON B., 1989).

Un massage plus superficiel effectué de façon correcte à mains nues avec des produits émoulinants (cf chapitre "massage de confort") ou des huiles essentielles peut procurer un certain confort.

Argumentaire : Le "massage" permet une inspection pluriquotidienne des zones à risque d'escarre et présente l'intérêt d'un soin relationnel avec des personnes grabataires qui en ont particulièrement besoin. Quelques travaux scientifiques tendent à confirmer que de tels massages ne sont pas nocifs et améliorent le flux sanguin local : il s'agit en particulier du travail d'Olson qui démontre qu'un massage de 60 secondes augmente de façon plus significative la température cutanée qu'un massage de 30 secondes (temps habituel de ce type de massage). Il n'est par contre pas prouvé que cette augmentation de la température locale diminue l'incidence de survenue des escarres.

Enfin rappelons surtout qu'en cas d'escarre constituée même au stade de début (ROUGEUR) les massages sont formellement contre-indiqués.

Argumentaire : à sa phase initiale, l'escarre se traduit comme une rougeur qui devient irréversible si sa cause n'est pas supprimée, c'est à dire si le malade continue à être positionné sur cette zone. Cette rougeur qui au premier abord peut paraître rassurante dissimule des dégâts tissulaires importants au niveau des couches profondes de la peau. Si la rougeur persiste au-delà de 30 minutes alors que l'appui a été levé et/ou que cette rougeur ne blanchit pas à la pression c'est qu'il existe des dégâts tissulaires qui contre-indiquent absolument le massage.

Ces notions remettent en questions des gestes enseignés longtemps dans les écoles d'infirmières et d'aides-soignants (et qui hélas sont encore parfois enseignés dans certains IFSI). Ces remarques font références au travail de Dyson qui compare 2 groupes de malades âgés : un groupe où les massages sont régulièrement pratiqués et un groupe où les massages ne sont pas réalisés. L'incidence des escarres est réduite de 38% dans le groupe des malades qui n'ont pas de massage. Il observe ensuite post mortem sur des prélèvements histologiques des dégâts tissulaires plus importants dans les zones massées que dans les zones qui ne le sont pas (DYSON R., 1977). Un autre travail (Ek AC et coll., 1985) illustre les dangers du massage dans des zones ecchymotiques d'escarres débutantes. Il trouve que si le flux sanguin est amélioré dans la peau saine si elle est massée, par contre ce flux sanguin est diminué dans les zones ecchymotiques (MEAUME S., 1995).

D'ABORD NE PAS NUIRE

Pour un sujet alité et immobile, les kinésithérapeutes sont parfois amenés à effectuer des massages destinés à décoller et à étirer les fibres musculaires. Ils doivent toujours être effectués en douceur car les pétrissages profonds et les pincements risquent d'altérer des tissus déjà fragiles. Ces manoeuvres ne constituent en aucun cas une prévention des escarres.

NE JAMAIS MASSER UNE LÉSION

Il faut tout d'abord reléguer aux oubliettes les pratiques obsolètes ou folkloriques comme l'application d'écorses d'orange ou l'alternance du sèche-cheveux et des glaçons...

Pour la prévention de l'escarre, on a trop souvent tendance à effectuer des manoeuvres systématiques. Il est inutile de "positionner" des patients dont la mobilité est réduite. De même, la friction des points d'appui est à proscrire.



L'efficacité de ce soin de "routine" qui n'a jamais été démontrée peut être nocive.

Eviter d'utiliser de produits inadaptés. L'alcool par son action vasoconstrictive dessèche la peau. Le savon sec mal rincé irrite et encrasse la peau. Enfin mettre sur une rougeur un antiseptique coloré est le meilleur moyen de masquer les signes d'un début d'escarre!

**Prévenir la formation de l'escarre,
c'est avant tout identifier les patients à risque
et effectuer une prise en charge individualisée.**

Dessin, Marjolaine BIAMONTI, 1999

5.6.2. - Fiche Technique : Massage de confort (action qui n'entre pas dans la prévention de l'escarre)

DEFINITION

Action pratiquée avec la main sur une partie du corps dans une intention hygiénique ou thérapeutique. Il doit être effectué à **main nue** sur un patient propre ayant une **peau saine** et confortablement installé, pendant une durée d'environ 5 minutes et doit être indolore (Petit Larousse de la Médecine, 1990).

L'alternance glaçon / sèche cheveux et le décollage - pétrissage ne font plus partie de la prévention des escarres.

Par contre, des massages de confort peuvent être pratiqués mais il n'est pas prouvé qu'ils ont un rôle dans la prévention des escarres.

Si une rougeur existe au niveau d'un point d'appui, même les massages de confort sont interdits.

OBJECTIFS

Apporter une détente et un confort à la personne soignée.

Inspecter les points d'appui.

INDICATIONS

Confort du malade

CONTRE-INDICATIONS

- l'escarre : dès le premier stade, c'est à dire la rougeur persistante au point d'appui ;
- les maladies dermatologiques affectant les zones de massage.

MATERIEL/PRODUIT

- Type de produits **CONSEILLÉS** :
 - ⇒ Prescaryl™ Sanyrène™ ou Escarine™
 - se sont des huiles essentielles
 - à utiliser en faible quantité
 - d'odeur agréable
 - qui ne sèchent pas la peau
 - ⇒ crème de massage AP-HP

- Type de produits **DECONSEILLES** :
 - ⇒ produits alcoolisés (parfum, eau de Cologne, eau de toilette, ...) qui favorisent la sécheresse de la peau
 - ⇒ produits gras (vaseline) qui favorisent la macération
 - ⇒ détergents (savon) qui irritent la peau
 - ⇒ ou d'autres produits dont ce n'est pas l'indication (Biafine)

TECHNIQUE DU MASSAGE DE CONFORT

- prévenir le malade de ce que l'on va lui faire ;
- installer la personne confortablement ;
- masser la peau propre ;
- à main nue (sans gants +++);
- et à l'aide d'un produit conseillé (voir précédemment). Il ne faut pas masser sans utiliser de produit lubrifiant sinon le massage est agressif pour la peau.

Premier temps

- effleurage :
 - est un temps de prise de contact cutané ;
 - accélère la circulation cutanée ;
 - les mains se déplacent sur la peau sans appuyer.

Deuxième temps

- massage superficiel :
 - provoque localement une vasodilatation des vaisseaux de la peau se traduisant cliniquement par une légère rougeur et une sensation de chaleur ;
 - les mains exercent un mouvement circulaire un peu plus appuyé que dans le temps précédent.

Le pétrissage ou massage vigoureux en profondeur est à bannir, il provoque le cisaillement des tissus sur le plan osseux.

Troisième temps

- effleurage
 - permet une perte progressive du contact cutané.

Le massage de confort ne doit en aucun cas être douloureux ou pénible.

Il dure environ 5 minutes.

Il doit être renouvelé à chaque changement de posture et/ou soin d'hygiène.

5.7. - L'HYGIENE CORPORELLE ET LES CHANGES

5.7.1. - Place de l'hygiène corporelle et des changes dans la prévention des escarres: Etat des connaissances

Le malade sera maintenu dans un environnement sec et propre.

Le rôle des aides soignants est primordial.

Chez les patients présentant une incontinence urinaire des changes réguliers, avec un matériel de change suffisamment absorbant, sont recommandés. La mise en place d'une sonde urinaire à demeure de façon systématique n'est pas pour autant justifiée chez ces malades incontinents, l'incontinence urinaire n'étant pas toujours un facteur de risque à lui seul.

Quant à l'incontinence fécale, elle ne relève que de changes réguliers pour éviter l'irritation cutanée liée aux selles. En cas de diarrhée, les changes devront être plus fréquents, en raison de son caractère volontiers irritant pour la peau.

Les soins d'hygiène, aussi nécessaires qu'ils soient, ne doivent pas être agressifs pour la barrière cutanée : on utilisera de l'eau tiède, des détergents doux ou des produits sans savon.

La sécheresse cutanée est un facteur indépendant de risque d'escarre chez la personne âgée. L'emploi d'émollients est donc recommandé, même si leur efficacité en matière de prévention de l'escarre n'est pas directement démontrée. Il faut par contre éviter les produits trop gras favorisant la macération.

Il n'est pas prouvé que la macération, fréquente chez les patients grabataires et/ou incontinents, est un risque indépendant d'escarre, même si la prévention de ce phénomène fait classiquement partie de la prévention des escarres.

5.7.2. - Fiche technique : Hygiène corporelle et changes

Pour les soins d'hygiène et de confort, le soignant a référence aux standards de soins qui ont été élaborés dans le cadre des Groupes Homogènes de Nursing. (DSSI, C. Foix – J. Rostand, 1997).

DEFINITION

Ensemble d'actes que chaque personne effectue en vue d'assurer son bien-être physique et mental et de préserver l'intégrité de ses téguments. L'infirmière contribue, pour tout ou en partie, à l'exécution de ces actes en tenant compte des besoins et des habitudes du patient. (Dictionnaire soins infirmiers, 1995).

OBJECTIF

- Assurer l'hygiène corporelle de la personne soignée et faciliter le bien-être physique et psychique.
- Prévenir l'irritation et la macération de la peau.

INDICATIONS

A chaque fois que la personne soignée est dans l'incapacité partielle ou totale d'effectuer ses besoins d'hygiène et de propreté.

VALORISER LES SOINS DE BASE



Dessin, Marjolaine BIAMONTI, 1999

5.7.3. - Fiche technique : Toilette complète

PRODUITS ET MATERIEL

- un savon doux ;
- 2 gants de toilette, 2 serviettes de toilette ;
- huiles essentielles.

TECHNIQUE

- Respecter la pudeur de la personne ;
- Prévenir la personne de la nécessité et du déroulement du soin ;
- Faire participer la personne en fonction de ses capacités ;
- Commencer par la toilette du visage, du buste, des jambes, des pieds et terminer par la toilette génito-anale ;
- Faire une toilette complète une fois/jour (sauf contre-indication médicale) ;
- Utiliser le chariot douche ou la baignoire, ou la douche en fonction de l'état physique de la personne et de ses souhaits ;
- Utiliser une eau chaude ;
- Réaliser la toilette avec logique : commencer par le visage puis terminer par les organes génitaux et le siège ;
- Rincer suffisamment sans agresser la peau ;
- Sécher avec précaution au niveau des plis ;
- Observer en même temps la peau :
 - Rougeur
 - Phlyctène
 - boutons (dermatoses)
- Anomalies, maladies de la peau.
 - Graisser la peau (émollients : Cérat ou Cold cream voire la crème personnelle du malade ex : IctyaneTM) ;
 - Terminer éventuellement par un massage de confort (pas de friction à l'eau de Cologne !) ;
 - Utiliser Comfeel ProtactTM au niveau des fesses (uniquement à cet endroit !) chez les patients incontinents.

5.7.4. - Fiche technique : Les changes du malade

INDICATIONS

- Toutes les personnes qui présentent :
- Une incontinence urinaire et ou fécale totale ;
- Une incontinence nocturne ;
- Une incontinence à l'effort.

PRODUIT ET MATERIEL

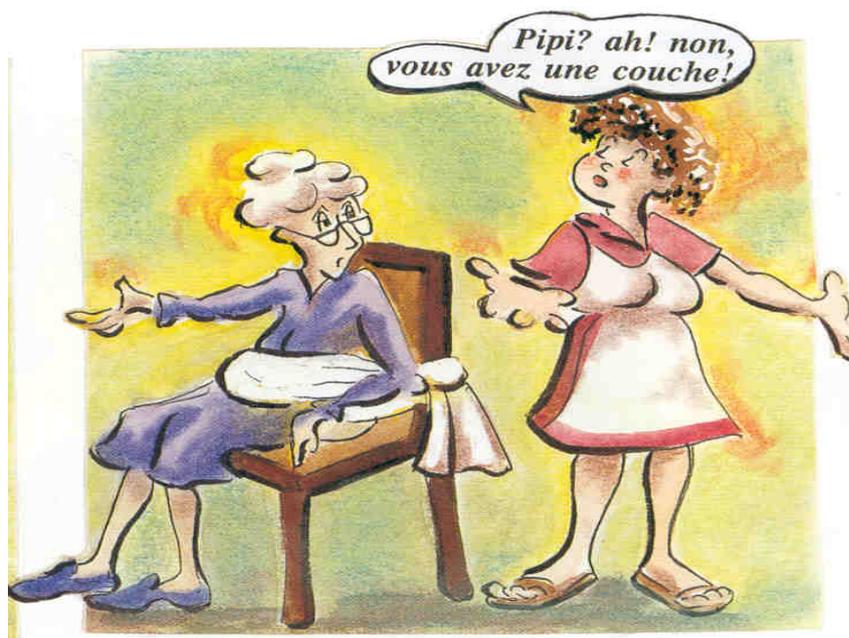
- 1 slip
- 1 protection à usage unique ou change complet
- 1 cuvette
- 1 serviette de toilette
- 1 gant de toilette ou 2 jetables
- savon doux
- des huiles essentielles.

TECHNIQUE

- Informer la personne de la nécessité et du déroulement du soin ;
- Faire participer la personne en fonction de ses capacités
- Proposer le bassin ou les W.C ;
- Utiliser les techniques de mobilisation adéquates pour éviter cisaillement et frottement ;
- Respecter la pudeur de la personne ;
- Laver avec une eau tiède et un savon doux ;
- Rincer abondamment ;
- Sécher soigneusement et avec précaution au niveau des plis inguinaux ;
- Terminer par un massage de confort ;
- Placer la protection adaptée à l'handicap de la personne si nécessaire.

Noter le soin, l'état de la peau et des muqueuses (rougeur, phlyctène, etc...).

- Inscrire le degré de participation de la personne.



3° - La macération de la peau :

Elle est due à la fièvre, à la transpiration et surtout à l'incontinence urinaire ou fécale. La peau humide devient plus fragile mais ne constitue pas un facteur de risque majeur. L'incontinence induit aussi des problèmes indirects de mobilité qui favorisent l'escarre.

Dessin, Marjolaine BIAMONTI, 1999

5.7.5. - Fiche technique : Change de la literie et réfection du lit

DEFINITION

Action de changer la literie et de refaire un lit.

OBJECTIF

- Assurer le confort physique et psychique de la personne ;
- Eviter la macération ;
- Prévenir l'irritation de la peau.

INDICATIONS

- Chez toute personne hospitalisée en fonction de son état de santé et de son niveau d'autonomie physique.
- Le change de la literie est fonction de l'incontinence de la personne et des produits à usage unique qui sont utilisés.

En règle générale le change de la literie est systématique 1 fois par semaine et à chaque fois que les draps sont souillés.

CONTRE-INDICATION

- Vérifier l'existence d'une contre-indication médicale pour la réalisation de certains mouvements.

MATERIEL

- chariot sacs à linge sale ;
- chariot linge propre ;
- draps, taies d'oreiller propres ;
- alèse.

TECHNIQUE

- Informer la personne de la nécessité et du déroulement du soin
- Faire participer la personne en fonction de ses capacités, si elle reste dans son lit, sinon, l'installer dans son fauteuil.
- Utiliser les techniques de mobilisation pour réaliser les transferts (cf : Fiche de conduite à tenir transfert afin d'éviter ou de limiter les frottements et le cisaillement.



Une literie bien adaptée

Le lit est souvent l'unique "lieu de vie" de certains patients. Il faut veiller qu'il ne soit pas encombré par des objets parasites (urinaux, bassins...) ou accidentellement présents : petite cuillère, miettes de pain... Veiller aussi à ce que les draps et les alèses soient propres et bien tirés pour éviter les plis et l'échauffement. Sur les matelas spéciaux, gaufriers ou autres, ne pas tendre trop fortement les alèses, ce qui réduirait l'efficacité de ces derniers.

Draps et alèses doivent rester souples et lavés avec des produits de lessive non irritants. Limiter les épaisseurs et les alèses à usage unique qui favorisent la macération. Préférer des housses en jersey enduites de polyuréthane qui réduisent la macération et limitent le glissement des malades sur le matelas.

Dessin, Marjolaine BIAMONTI, 1999

5.8. - LA NUTRITION ET L'ALIMENTATION

5.8.1. - Etat des connaissances

La dénutrition protéino - énergétique favorise l'apparition d'escarres

Les escarres sont d'autant plus importantes (nombreuses et sévères) que le malade est dénutri. 52% des malades âgés de plus de 60 ans hospitalisés sont dénutris, toutes pathologies confondues. Lorsque les patients sont atteints d'infection ou de cancer ce pourcentage peut atteindre 80%. Une revue récente de la littérature confirme qu'il existe un consensus sur la corrélation entre albuminémie et risque de développer une escarre.

Eléments du diagnostic de malnutrition

- **Le poids** est l'élément fondamental à considérer sur le plan clinique

Il figure dans le dossier de soin

Chez le malade à risque d'escarre et/ou pris en charge en diététique il doit être mesuré toutes les semaines

Il peut être mesuré plus souvent en cas de pathologies particulières (insuffisance cardiaque, insuffisance hépatocellulaire, insuffisance rénale) car il apprécie également la composante hydrique.

Toute cassure dans la courbe de poids (2 kg en 1 mois ou 4 kg en 6 mois) est synonyme de dénutrition. Le poids rentre dans la mesure de l'indice de Quetelet ou indice de masse corporelle (poids (P)/taille (T)²) qui lorsqu'il est inférieur ou égal à 21 kg/m² est signe de malnutrition. La mesure de ce paramètre est utile lorsque l'on ne possède pas de poids antérieur du patient. Il faut par contre connaître sa taille maximum (et non sa taille actuelle) ce qui n'est pas toujours facile chez les patients déments. Il existe une relation entre la longueur du tibia (distance talon - genou = dTG) des malades et leur taille maximum qui permet d'obtenir ce paramètre T. A noter que le minimum d'erreur doit être fait sur ce paramètre car il intervient dans un calcul au carré (ce qui augmente considérablement l'erreur).

La distance talon - genou permet d'estimer la taille d'un patient qui ne peut se tenir debout, où qui présente des déformations musculo - tendineuses importantes rendant ces mesures non fiables.

Le patient doit être dans la position suivante : couché sur le dos, le genou levé et faisant un angle de 90° entre la jambe et la cuisse. Le pied fait également un angle de 90° avec la jambe.

La partie gauche du calibreur (une toise de pédiatrie constitue un bon calibreur) est placée sous le talon, la partie mobile est placée au-dessus des condyles fémoraux (genoux).

L'axe du calibre est parallèle à l'axe du tibia et une légère pression est effectuée afin de comprimer les tissus. A partir de la hauteur mesurée distance talon - genou = dTG on calcul la taille avec la formule suivante.

$$\text{Taille (homme)} = (2,02 \times \text{dTG cm}) - (0,04 \times \text{âge}) + 64,19$$

$$\text{Taille (femme)} = (1,83 \times \text{dTG cm}) - (0,24 \times \text{âge}) + 84,88$$

(tableau abcisse dTG ordonnée T)

- **Certains paramètres biologiques**

L'évaluation nutritionnelle biologique repose sur le dosage de l'**albuminémie** (dénutrition ancienne) et de la **préalbunémie** (dénutrition récente). Attention : ces deux facteurs dépendent beaucoup de l'état d'hydratation du malade (ils sont augmentés quand le malade est déshydraté (cela se voit sur d'autres paramètres biologiques et/ou cliniques) et peuvent alors sembler "normaux". Au dosage de ces paramètres doit également être associé celui de la **CRP** (C.Réactive protéine) qui est une protéine dont l'augmentation témoigne de l'existence d'un syndrome inflammatoire et de l'**orosomucoïde** qui traduit un syndrome inflammatoire plus ancien. Le syndrome inflammatoire est lui-même cause d'un hypercatabolisme et ainsi d'une aggravation de la malnutrition.

- **La mesure des ingestas**

Elle est mise en place par la **diététicienne**. Pendant 3 jours, les **aides - soignants**, les **infirmières** et **toute autre personne** qui peut intervenir auprès de la personne âgée (famille, visite, animation ...) écrivent tout ce que le malade ingère ou boit tout au long de la journée. Ensuite le calcul en kcalories/kg de poids corporel/jour est calculé. Une alimentation comprenant moins de 1500 kcal/j ou moins de 20 kcal/kg de poids corporel /j ne permet pas d'assurer des apports suffisants.

RÉTABLIR L'ÉQUILIBRE ALIMENTAIRE

Plusieurs moyens permettent de dépister les **perturbations alimentaires** :

- * **L'observation du patient** : cachexie, déshydratation...
- * **La courbe du poids** : une perte de poids équivalente à 3 kg en trois mois révèle une dénutrition
- * **Les dosages biologiques** : protéines nutritionnelles, albumine sérique, pré-albumine et protéines inflammatoires, lymphocytes du sang... La baisse de l'albumine traduit une nutrition insuffisante ou révèle un problème infectieux.



* Lutter contre la perte d'appétit

L'alimentation doit fournir au moins 1500 kcal/jour. Il faut stimuler l'appétit par une meilleure présentation et une plus grande diversité des mets. Dans de nombreuses institutions pour personnes âgées, l'heure des repas représente un moment privilégié qui favorise les contacts et la convivialité. Le malade confortablement installé doit recevoir si nécessaire l'aide dont il a besoin pour manger avec plaisir.



* En cas de dénutrition

Les apports hydriques et alimentaires doivent être notés sur une feuille spécifique de surveillance. Aux repas, éventuellement fractionnés, on ajoutera des collations. L'alimentation sera enrichie grâce à des compléments protéiques et calciques. La courbe de poids, le dosage de la pré-albumine et de l'albumine dans le sang permettent de surveiller l'état nutritionnel...



* Face à une dénutrition sévère

L'alimentation parentérale ou entérale doit être envisagée dans certains cas aigus ou pour des patients dont la déglutition est perturbée. La personne sera installée en position semi-assise et recevra, dans la mesure du possible, une alimentation par voie orale.

Le consentement et la coopération du patient sont les conditions de la réussite de ces traitements. Des problèmes éthiques se posent aux patients qui refusent de s'alimenter. L'avis d'un psychologue et l'implication de la famille et de l'équipe de soins sont indispensables à la prise en charge de telles situations parfois douloureuses.

Dessin, Marjolaine BIAMONTI, 1999

5.8.2. – Eléments du diagnostic de malnutrition

+++ LA DÉNUTRITION FAVORISE LA SURVENUE D'ESCARRE

POIDS

perte de 2 kg en 1 mois

perte de 4 kg en 6 mois

INDICE DE QUETELET (poids/taille²) ou IMC index de masse corporelle

> 21 kg/m²

Albuminémie (dénutrition ancienne)

< 35 g/l : dénutrition modérée

< 30 g/l : dénutrition sévère

< 25 g/l : dénutrition grave

Préalbunémie (dénutrition récente)

< 200 mg/l : dénutrition modérée

< 150 mg/l : dénutrition sévère

< 100 mg/l : dénutrition grave

CRP (inflammation)

< 20 : pas de syndrome inflammatoire

> 50 : syndrome inflammatoire important

orosomucoïde (inflammation chronique)

< 1,20 g/l : pas de syndrome inflammatoire

> 1,40 g/l : syndrome inflammatoire important

5.8.3. - Principes nutritionnels en Gériatrie

- **Expliquer** la nécessité de s'alimenter, particulièrement à l'hôpital et lorsqu'on est malade
- **Favoriser** la convivialité au moment des repas et agrémenter l'environnement
- **Installer** le malade le plus confortablement possible pour manger
- **Améliorer** la présentation des plats
- **Servir** à boire et ne pas oublier de resservir
- **Proposer** une alimentation, autant que possible adaptée aux goûts et aux habitudes alimentaires (religion, pays, région)
- **Adapter** les quantités servies aux capacités d'absorption du malade (gros et petits mangeurs)
- **Contrôler** les ingestats
- **Aider** si besoin à couper, éplucher, boire, manger...
- **Avoir de l'imagination** pour agrémenter les repas, faire participer éventuellement les familles
- **Ne pas oublier** que l'on peut-être une personne âgée et aimer les frites et le Coca-Cola !
- **Penser** que les personnes âgées aiment les tisanes, le café après le repas, les apéritifs le dimanche...
- **Demander** aux familles d'apporter éventuellement des sirops, des épices...
- **Dédramatiser** s'il y a un problème de prise alimentaire
- **Tous ces points sont abordés dans le protocole nutrition**

5.8.4. - Pratiques nutritionnelles

identifier le problème	trouver la cause ou les facteurs favorisants	mettre en œuvre des solutions
TROUBLE DE LA MASTICATION	<ul style="list-style-type: none"> • Problème d'appareil dentaire (absent, mal adapté, cassé...) • Douleurs, brûlures (abcès, mycose, aphtes, arthrite dentaire, gingivite...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Demander un avis médical (interne), qui jugera s'il faut un avis spécialisé complémentaire (stomatologue, odontologue) • Donner un traitement adapté sur prescription médicale : <ul style="list-style-type: none"> - spécifique (antibiotique, antimycosique) - symptomatique (antalgiques) • Nettoyer, détartrer • Demander l'avis d'un odontologue • Prévoir, en attendant un état dentaire satisfaisant, des aliments hachés
TROUBLE DE LA DEGLUTITION (fait des fausses routes)	<ul style="list-style-type: none"> • Accident vasculaire cérébral récent (thrombose, embolie, hémorragie cérébrale..) • Trouble de la conscience (coma) • Sonde nasogastrique • Tumeur et/ou pathologie de la sphère ORL (± douleurs) 	<ul style="list-style-type: none"> • NE PAS DONNER D' EAU OU DE LIQUIDE (OU AVEC PRUDENCE +++) • Demander un avis médical qui jugera s'il faut un avis spécialisé complémentaire (neurologue, ORL, orthophoniste) • Donner un traitement adapté sur prescription médicale si nécessaire <ul style="list-style-type: none"> - spécifique (antibiotique, antimycosique) - symptomatique (antalgiques) • Entreprendre une rééducation • Demander à la diététicienne de donner un régime adapté (semi-liquide, eau gélifiée, etc...) • Fractionner les repas • Ne donner à manger que sous surveillance stricte par IDE ou AS • Envisager une alimentation entérale en fonction de l'état du malade : <ul style="list-style-type: none"> - discuter de son indication en équipe (SNG-GPE) - si SNG, poser une sonde souple de diamètre le plus petit possible • Dégager les aliments avec le doigt (ganté) si nécessaire • Stase alimentaire dans la cavité buccale (syndrome "de l'écureuil" ou "de la dernière bouchée")

<p>REFUS DE S'ALIMENTER PERTE DU PLAISIR A S'ALIMENTER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Problème psychiatrique (anorexie, opposition, syndrome de glissement) • Inadaptation au milieu hospitalier (changement des habitudes) 	<p>NE PAS FORCER A MANGER</p> <p>NE PAS GAVER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander un avis médical qui jugera s'il faut un avis spécialisé complémentaire (psychiatre, psychologue...) • Demander l'avis de la diététicienne • Rechercher les goûts et les habitudes • Assurer autant que possible un apport hydrique et calorique suffisant (compléter feuille d'ingestat) • Envisager une alimentation entérale qui sera discutée en équipe • Penser aux perfusions sous cutanées qui peuvent être utiles dans certains cas • Favoriser les échanges relationnels • Encourager les visites • Collaborer avec les familles
<p>TROUBLES DU COMPORTEMENT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psychose, névrose • Démence (Alzheimer et autres) 	<p>+++ TENIR COMPTE DES FLUCTUATIONS DE L'HUMEUR SELON LES JOURS ET LES MOMENTS DE LA JOURNEE !</p> <ul style="list-style-type: none"> • Savoir s'adapter aux attentes du malade • Ne pas contrarier le malade • Favoriser la convivialité
<p>CRAINTE DE MANGER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reflux gastro-oesophagien, gastrique, ulcère, douleurs... • Mycoses buccales • Nausées vomissements • Peur de ne pas aller à la selle • Peur de trop uriner 	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer et dédramatiser • Eduquer • Demander un avis médical qui jugera s'il faut un avis spécialisé complémentaire, (psychiatre, psychologue) • Prévoir avec la diététicienne une alimentation adaptée (repas fractionnés, laitages)
<p>SATIETE PRECOCE (sensation rapide d'estomac plein)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Habitudes alimentaires • Gastrectomie • SNG/GPE avec "gavage" nocturne ou sur 24 heures 	<ul style="list-style-type: none"> • Fractionner les repas • Sélectionner une alimentation plutôt protidique (et quelques glucides) • Contacter la diététicienne pour adapter les horaires et le volume de l'alimentation par la sonde

<p>NAUSEE, VOMISSEMENTS, PERTE DE L'APPETIT</p>	<p>Médicament mal toléré</p> <ul style="list-style-type: none"> • Régime mal accepté, anorexiant • Gastro-entérite, intoxication alimentaire • Occlusion • Fécàlome 	<p>CE N'EST JAMAIS NORMAL +++</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévenir le médecin • Un traitement peut être prescrit : <ul style="list-style-type: none"> - anti nauséux - anti reflux - antidépresseur <p>ou un transfert en chirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> • évacuer le fécàlome sur prescription médicale (lavement, doigt...)
<p>DIFFICULTE A S'ALIMENTER SEUL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Immobilité du(es) membre(s) supérieur(s) : paralysie, plâtre, pansement, oédème, problème rhumatologique (épaules, coudes, doigts), faiblesse musculaire extrême,...), perfusion • Cécité 	<ul style="list-style-type: none"> • Installer le plus confortablement possible selon le handicap • Protéger les vêtements soigneusement • Adapter les couverts (verres, assiettes, couverts, tapis antidérapant...), demander l'avis de l'ergothérapeute • Aider à s'alimenter partiellement ou totalement (éplucher, couper, préparer) • Eduquer, stimuler, encourager
<p>INCAPACITE A S'ALIMENTER SEUL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse extrême (stades terminaux) • Episode aigu (fièvre) • Immobilisation totale des deux membres supérieurs 	<p>NE PAS OUBLIER QUE LE MALADE VA DEPENDRE TOTALEMENT DE VOUS POUR S'ALIMENTER ET BOIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner à manger tout en essayant de respecter les goûts et désirs du moment • Contrôler l'efficacité de l'alimentation et des (compléter la feuille d'ingestas) • Voir avec la diététicienne pour les suppléments protidiques et caloriques • Envisager une alimentation entérale (indication discutée en équipe) <ul style="list-style-type: none"> - si une sonde est en place : <p>+++ NE PAS OUBLIER DE CONTINUER A DONNER A MANGER PAR LA BOUCHE (sur avis médical)</p>

5.9. – PLAN D'ACTION OU PLAN DE SOINS GUIDE

LUTTER CONTRE LES IDÉES RECUES

Mettre en œuvre des plans de soins individualisés

La tenue d'un **dossier de soins** ou du Dossier de Suivi Gériatrique (DSG) permet de définir des objectifs de soins et d'assurer la transmission des informations entre les différentes équipes de soins, de jour comme de nuit.

L'**altération de l'état de la peau** fait partie des diagnostics infirmiers. Il incombe aux infirmières non seulement d'assurer les soins techniques mais aussi d'organiser le "nursing" des patients et la prévention de l'escarre.

Il convient d'évaluer les risques avant de mettre en place des plans de soins qui tiennent compte des possibilités des patients et des moyens de l'institution. Les équipes qui prennent en charge les personnes âgées doivent régulièrement évaluer l'autonomie de ces dernières. Lors d'un transfert en médecine spécialisée ou en chirurgie, ces informations doivent être transmises par la feuille de liaison du dossier de soins.

Dessin, Marjolaine BIAMONTI, 1999

5.9.1. - Plan d'action ou plan de soin guide : Etat des connaissances.

En 1996, la Direction du Service Central de Soins Infirmiers proposait aux équipes des plans de soins guides opérationnels validés en Gériatrie : altération de la communication verbale, altération de l'élimination urinaire, altération de la mobilité physique, altération des opérations de la pensée, déficit des apports nutritionnels, perte d'espoir. De plus, ce travail a permis de proposer, aux équipes soignantes, une méthodologie d'élaboration des plans de soins guides.

Le plan de soins guide est un plan d'actions préalablement établi en lien avec un diagnostic infirmier. Son emploi est obligatoirement précédé d'une observation clinique, afin d'analyser le problème de santé et d'identifier les interventions de soins spécifiques à la personne soignée.

Pour chaque malade à risque d'escarre, identifié avec l'échelle de Norton, un plan de soin sera élaboré et mis en œuvre dans un but de prévenir l'apparition d'escarre.

Le risque d'escarre pour un malade peut être plus ou moins important selon le score défini par l'échelle de Norton.

Lorsque le score de Norton est ≤ 14 le plan d'action vise :

- à préserver l'intégrité de la peau ;
- à assurer le suivi des apports alimentaires ;
- à informer et éduquer la personne âgée et son entourage.

Dans le cas d'un score à haut risque, une vigilance accrue de l'état cutané et des changements de position toutes les 2 heures sera mise en œuvre.

Il faut savoir qu'un malade est à haut risque, très souvent, pendant 24 à 48 heures lors d'un état aigu.

Le plan d'action sera finalisé sous la forme d'un plan de soin guide :

- **diagnostic infirmier**
- **objectif**
- **actions à mettre en œuvre**
- **évaluation des résultats et réajustement**

Cas particulier:

Lorsque le malade est en phase terminale, la situation est différente, puisqu'on recherche le confort du malade essentiellement. Les changements de position se feront en général toutes les 4 ou 6 heures en fonction de l'état du malade, ils peuvent être suspendus en fin de vie.

5.9.2. - Diagnostic Infirmier : risque d'atteinte à l'intégrité de la peau

Définition : Risque de détérioration de la peau

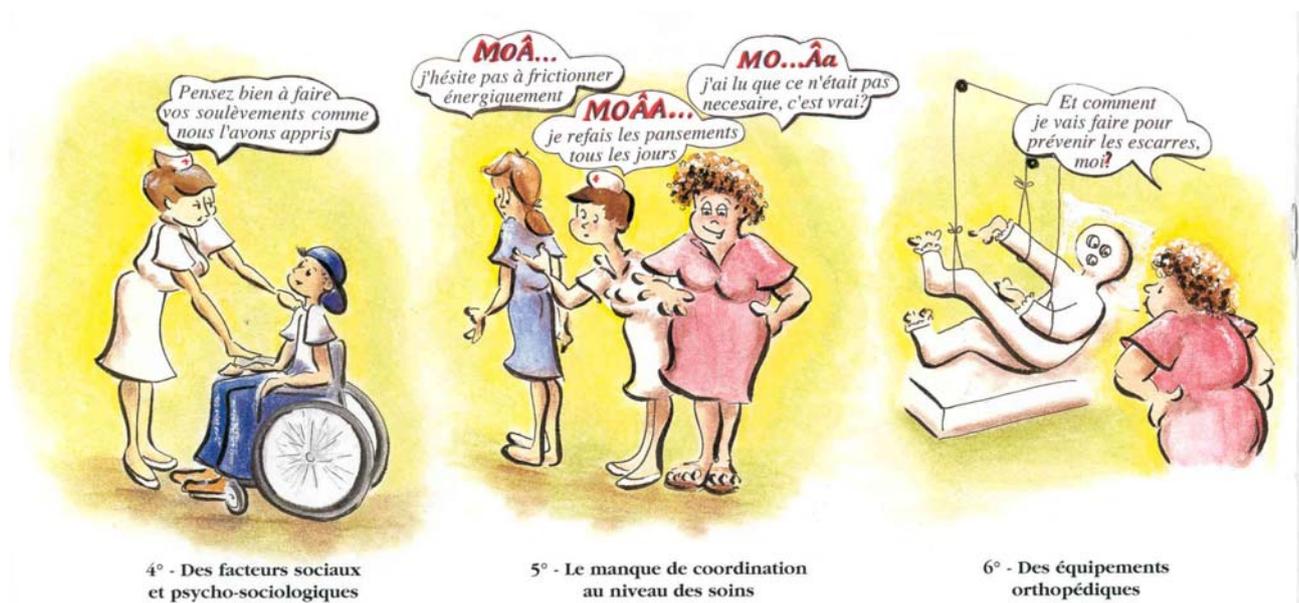
- **Facteurs de risque :**

- Facteurs extrinsèques

- Immobilisation
- Macération
- Forces de frottement
- Forces de cisaillement

- Facteurs intrinsèques

- Altération de l'état nutritionnel (obésité - cachexie)
- Péminence osseuse
- Pathologie.



Dessin, Marjolaine BIAMONTI, 1999

- | | | |
|---|---|---|
| ♦ Faire appel à la diététicienne | μ | μ |
| ♦ Donner à manger sous surveillance stricte (fausses-routes) | μ | μ |
| ♦ Donner les apports par sonde gastrique ou GPE | μ | μ |
| ♦ Aider la personne à s'alimenter, à boire | μ | μ |
| ♦ Fractionner les repas | μ | μ |
| ♦ Eplucher les fruits, couper les aliments | μ | μ |
| ♦ Noter les apports alimentaires (feuille ingesta) | μ | μ |
| ♦ Noter les apports liquidiens (feuille ingesta) | μ | μ |
| ♦ Apporter les suppléments nutritifs (selon la prescription médicale) | μ | μ |
| ♦ Surveiller l'évolution de la courbe pondérale | μ | μ |

4) Informer - Eduquer la personne âgée et/ou son entourage

- | | | |
|--|---|---|
| ♦ Informer, la personne et la famille sur les besoins alimentaires | μ | μ |
| ♦ Faire participer la personne âgée et son entourage aux repas | μ | μ |
| ♦ Faire participer la personne lors des transferts | μ | μ |
| ♦ Faire participer la personne aux soins d'hygiène | μ | μ |
| ♦ Encourager la personne à boire | μ | μ |
| ♦ Encourager la personne à manger | μ | μ |
| ♦ Encourager la mobilisation, le déplacement | μ | μ |
| ♦ Encourager la personne lors des retournements | μ | μ |

RESULTATS (par rapport à l'objectif)

DATE DE L'EVALUATION :/...../.....

Objectif atteint

Objectif non atteint

Pourquoi :

Objectif à poursuivre DATE DE LA PROCHAINE EVALUATION :/...../.....

μ avec les mêmes interventions

μ avec d'autres interventions (réajustement)

Arrêt

Domaine clinique de validation : Gériatologique

Date de validation :/...../.....



Dessin, Marjolaine BIAMONTI, 1999

VI - CONCLUSION

Le protocole de prévention d'escarre est un document de référence , reconnu institutionnellement, il a été écrit par un groupe de travail composé de paramédicaux et de médecins du groupe hospitalier Charles FOIX – Jean ROSTAND .

Ce document de bonnes pratiques cliniques doit être appliqué par les professionnels de santé de notre établissement qui ont en charge des patients à risque d'escarres.

Les stratégies préventives qui ont été déterminées sont le résultat d'une revue de la littérature sur les connaissances scientifiques actuelles dans le domaine de la prévention de l'escarre en adéquation avec les moyens matériels disponibles dans notre établissement hospitalier.

La stratégie de prévention d'escarre individualisée à chaque patient à risque repose sur les éléments de bonnes pratiques cliniques définis dans ce document.

VII - REFERENCES POUR EN SAVOIR PLUS

AUDEGOND P. ; 2000 : Enseignement de la prévention et du traitement de l'escarre en IFSI. Revue de l'infirmière ; 57 : 27 ;

AUDRAIN.F.,1990 : L'escarre ; Revue de l'aide soignante ; 6 juin ;.19 - 20.

BARROIS, B, 1996 : Evaluation des facteurs de risque d'escarres : présentation des principales échelles de risque ; Journal plaies et cicatrisations ; 3, juin 29-33.

BIAMONTI M., 1999 : L'escarre, Prévenir c'est guérir ; Edition Marjolaine Formation ; 45p.

BONNERY A.M., GABA C., MACREZ A., MARANDE D., MARZAIS M., PAUCHET-TRAVERSAT A.F., 2000 : Protocole de soins : méthodes et stratégies ; Masson ; 190p.

CARPENITO L.J., Traduit par DUQUESNE, LENG M.C.,1986 : Diagnostics infirmiers ; MEDSI Médecine et Sciences ; France, 166 - 173.

DELAUNOIS A., 1991 : Prévention et traitement des escarres, soins infirmiers ; soins ; 547 ; 34 - 54.

DIRECTION DU SERVICE CENTRAL DE SOINS INFIRMIERS, 1996 : Les plans de soins guide en Gériologie, rapport d'enquête ; Les cahiers de l'AP-HP, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ; 23p.

Direction du Service de Soins Infirmiers, 1997 : Standards de soins Groupes Homogènes en Nursing ; Groupe Hospitalier Charles FOIX - Jean ROSTAND ; 76 p.

DOENGES M.E., MOORHOUSE M.F., 1991 : Guide pratique, Diagnostics infirmiers et intervention ; Inter Editions ; Canada, 349 - 352.

DUMOULIN S., 1997 : Score de Norton, prédiction du risque d'escarre en gériatrie : Etude personnelle sur 826 personnes âgées hospitalisées à l'hôpital Charles Foix. Thèse de médecine Paris VI, directeur S. MEAUME ; 100 p.

DYSON R., 1978 : Bedsore - The injuries hospital staff inflict on patients. Nursing Mirror ; 146(24) ; 30-32

DYSON R., 1977 : Bedsores : the injuries hospital staff inflict on patients. Nurs Mirror ; 146 ; 30-2.

Ek AC, GUSTAVSON G, LEWIS DH, 1985 : The local skin blood flow in areas at risk for pressure sores treated with massage ; Scand J Rehab Med ; ; 17 : 81-86

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, 1999 : Recommandations pour la prévention des escarres ; Journal des Plaies et Cicatrisations ; 17, 42-43.

GAIE D., 2000 : Informer et former les personnes âgées et leur entourage. Revue de l'infirmière ; 57 : 25-26.

GUYOT M., JEDYNAK D., 1995 : Les Massages, Rôle de l'infirmière ; 5 mars ; 48 - 49.

JACQUOT J.M., PELISSIER J., FINELS H., STRUBEL D., 1999 : Epidémiologie et coût des escarres en gériatrie. La Presse Médicale ; n°28 ; 1854-1860.

MAGNON R., DECHANOZ G., 1995 : Dictionnaire des Soins Infirmiers ; AMIEC ; LYON ; 371 p.

MARZAIS M., AUDEGOND P., GAIE D., MEAUME S., 2000 : Evaluation des connaissances et des pratiques déclarées. Revue de l'infirmière ; 57 : 19-22.

MEAUME S., MARZAIS M., ROTHAN TONDEUR M., DE PEYROLLE M., LE GONIDEC P., GUIHUR B., 1998 : Prévenir et traiter les escarres. Soins ; N°31 ; 35-37.

MEAUME S., MARZAIS M., 1998 : Escarres et plaies chroniques. Revue du C.L.I.N. ; Hôpital Charles Foix ; n°1.

MEAUME S., MERLIN L., 1997 : Traitement local des escarres. Impact Médecin Hebdo ; n°360 ; avril ; VII-IX.

MEAUME S., MERLIN L., RAMAMONJISOA M., GROS RICHARD I., MOULIAS R., 1997 : Méthode d'évaluation des supports d'aide à la prévention et au traitement des escarres de décubitus. Journal des Plaies et Cicatrisations ; n°12 ; 22-24.

MEAUME S., PIETTE F., 1997 : Utilité du CETORNAN dans le traitement des escarres (1^{ère} partie). Journal des Plaies et Cicatrisations ; n°9 ; 15-18.

MEAUME S., PIETTE F., 1997 : Utilité du CETORNAN dans le traitement des escarres (Revue de la littérature et synthèse des essais cliniques) 1^{ère} partie. Journal des Plaies et Cicatrisations ; n°10 ; 30-34.

MEAUME S., RAMAMONJISOA M., MERLIN L., MOULIAS R., 1997 : Supports d'aide au traitement et à la prévention des escarres pour les personnes âgées hospitalisées. Journal des Plaies et Cicatrisations ; n°6 ; 17-21.

MEAUME S., RAMAMONJISOA M., RAYNAUD SIMON A., WEILL-ENGERER S., BELMIN J., 1997 : 3D – mapping of pressure sores. Laucet ; 349-503.

MEAUME S., RAMAMONJISOA M., 1997 : Prévention et facteurs de risque. Impact Médecin Hebdo ; n°360 ; avril ; IV-VI.

MEAUME S., RAYNAUD A., SALVATORE R., LESOURD B., MOULIAS R., 1998 : Evaluation nutritionnelle et plaies chroniques. Journal des Plaies et Cicatrisations ; n°12 ; 32-33.

MEAUME S., SEIGNEUR M., 2001 : Les supports ; descriptif et indication. Plaies et cicatrisations sous la direction de TEOT L., MEAUME S., DEREURE O., Edition Sauramps médical ; chapitre 9 ; 109-118.

MEAUME S., SENET P., 1999 : Prévention des escarres chez la personne âgée. La Presse Médicale ; 28 ; n°33 ; 1846-1853.

MEAUME S., 1996 : Escarres : étiologie, physiologie, prévention. Impact Internat – Dermatologie ; n°15 ; 171-180.

MEAUME S., 1997 : 90% de négligence (éditorial). Impact Médecin Hebdo ; n°360 ; avril ; p 3.

MEAUME S., 1995 : Les massages font-ils partie de la prévention des escarres ? Ont-ils leur place dans le traitement ? La question du mois ; Journal des plaies et cicatrisations ; n°1 ; 44.

NORTON D., Mc Laren, Exton-SMITH A.N., 1962 : An Investigation of Geriatric Nursing Problems in Hospitals ; Churchill Livingstone ; Edinburg ; 300p.

OLSON B., 1989 : Effect of massage for prevention for pressure ulcers. Decubitus ; 2(4) : 32-37.

PAUCHET-TRAVERSAT, A.F., 1995 : Prévenir les escarres, protocoles et stratégies ; cahier de recherche en soins ; Maloigne ; 163 p.

PISONERO M.F., 2000 : Réflexions sur la prévention et le traitement de l'escarre chez le sujet âgé en fin de vie. Revue de l'infirmière ; 57 : 23-24.

RAGAVAN R., MEAUME S., BENOIT P., O'HANNA F., 1995 : La mesure des pressions ischiatique par le système de capteurs Tekscan : application clinique dans l'adaptation de l'assise chez les blessés médullaires. Journal des Plaies et Cicatrisations ; (1) ;16-19.

RAYNAUD SIMON A., LAGUETTE S., MEAUME S., 1997 : Prise en charge nutritionnelle. Impact Médecin Hebdo ; n°360 ; avril.

RUMEAU P., SENET P., LEFRANC G., DIDAILLER C., MEAUME S., 2001 : Les supports d'aide à la prévention et aux soins. Soins ; n°642 ; supplément Plaies Escarres ; 2223.

SAVATOFSKI , 1986 : Le massage douceur. ; Editions DANGLES ; Saint Jean de BRAYE ; 20 - 21.

SALVATORE R., MEAUME S, LESOURD B., 1997 : Nutrition et Plaies ; Journal des Plaies et Cicatrisation.

SALVATORE R., MEAUME S., LESOURD B., 1996 : Nutrition et escarres. Journal des Plaies et Cicatrisations ; n°2 ; 25-28.

SENET P., MEAUME S., 2000 : Escarres. La Revue du Praticien ;50 ; 1965-1969.

TAYLOR C.M., CRESS S.S., Traduit par RAHAL L. SCHMOUTH VALORS D., 1988 : Diagnostics Infirmiers ; Guide pour le plan de soins ; MALOINE ; PARIS, 28 A - 28 B.

TEOT L, 1997 : comment prévenir les escarres ; traduit et adapté du livre de Carol Dealey ; Plaies et cicatrisations ; Medias Flashes ; 1, 148 p.

TEOT L., MEAUME S., 2001 : Sociétés scientifiques, DU et adresses utiles. Plaies et cicatrisations sous la direction de TEOT L., MEAUME S., DEREURE O., Edition Sauramps médical ; chapitre 8 ; 101-108.

WONG M., 2000 : Marque NF matelas médicaux : quelles garanties pour les acheteurs ?. Revue de l'infirmière : n°57 ; février ; 34.

Tous les articles cités en référence dans cet ouvrage sont disponibles à la Direction des Soins Infirmiers sur demande écrite.

VIII - ANNEXE

VALIDATION INSTITUTIONNELLE

Le protocole de soins de prévention de l'escarre a été validé par le Comité Consultatif Médicale

Le **8 AVRIL 2002**

Président du CCM : Monsieur le Professeur Piette

Mise à jour le

Président du CCM :

Le protocole de soins de prévention de l'escarre a été validé par la Commission Locale du Service de Soins Infirmiers :

Le 29 MAI 2001

Présidente de la CLSSI : Madame Marande Directrice du service de soins infirmiers

Mise à jour le

Président de la CLSSI :