



Standard d'expert

Prophylaxie de l'escarre dans les soins

Traduction du préambule, du standard et des commentaires de « Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung »

Les chapitres en références dans ce texte n'ont pas été traduits et sont disponibles dans la version originale allemande : <http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/38087.html>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Doris Schiemann

Wissenschaftliches Team: Dipl.-Pflegerin Petra Blumenberg, Prof. Dr. Andreas Büscher, Prof. Dr. Martin Moers, Prof. Dr. Doris Schiemann, Dipl.-Pfleger Heiko Stehling, MScN

Hochschule Osnabrück · Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Groupe d'experts: Theo Dassen (wiss. Leitung), Katrin Balzer, Johanna Feuchtinger, Gisela Flake, Christa Gottwald, Karla Kämmer, Eva-Maria Panfil, Gerhard Schröder, Thomas Skiba, Eva Steinmetz, Doris Wilborn

Traduction effectué par :

R. Holzer, R. Delville, C. Nicodet, S. Rappo, K. Scrima, M. Utikal, A. Waeber-Mengis, C. Dubey, K. Lavoie, M. Eicher,

Fribourg, le 13.05.2013

Préambule au standard d'experts

Eviter les escarres est toujours un défi pour les personnes soignantes. L'escarre est accompagnée de graves restrictions de la santé et de la qualité de vie pour les personnes concernées. De ce fait, il est nécessaire de prévenir leur formation de manière déterminée. Dans la revue la littérature concernant le standard d'experts les escarres sont définies en s'appuyant sur la définition internationale de la NPUAP/EPUAP¹ (2009) : « Une escarre est une lésion de la peau et/ou des tissus sous-jacents délimitée localement, en règle générale sur des protubérances osseuses suite à des pressions ou des pressions combinées avec des contraintes de cisaillement. Il existe d'autres facteurs qui sont réellement ou suspecté d'être associés avec la formation des escarres; leur importance reste toutefois encore à établir. »

Les personnes qui présentent un risque de formation d'escarres se trouvent dans toutes les institutions de santé. Le standard d'experts s'adresse aux personnes soignantes des soins ambulatoires, des soins gériatriques (aigus et à longue durée) et des milieux hospitaliers. Pour les personnes à risque de subir des lésions de pression les deux termes « patient/résident » ont été choisis afin de tenir compte des groupes cibles dans différents contextes. Le groupe cible de ce standard sont les personnes de tout âge qui, par des restrictions dans leur santé, la dépendance aux soins et/ou des restrictions de leur activité et mobilité présentent de risques accrus d'escarres. Le standard inclut expressément les personnes proches, car ce sont elles qui assument une part importante de la prévention d'escarres, surtout dans la prise en charge à domicile.

Le standard d'expert se base sur une recherche exhaustive de la littérature spécialisée nationale (allemande) et internationale et sur l'expertise des membres du groupe de travail d'experts. En se basant sur la littérature actualisée, toutes les interventions qui procurent une répartition des pressions sont au premier plan de la prévention d'escarres par les soignants. Comme dans la version précédente, la promotion de l'activité physique occupe une position centrale dans ce standard d'experts réactualisé.

L'objectif principal de ce standard d'experts (cf. critère de résultat 6) est d'éviter la formation d'escarres, car on peut généralement la contrecarrer. Néanmoins, il faut constater que cet objectif ne peut être atteint pour tous les patients/résidents. Des limites existent pour les personnes dont l'état de santé ne permet pas une application constante des mesures de prévention nécessaires (p.ex. lorsque la vie est en danger), si d'autres objectifs sont prioritaires (p.ex. personnes en phase terminale) ou si d'autres facteurs empêchent ou diminuent les effets des mesures de prévention (p.ex. des troubles circulatoires importants sous traitement vasoconstricteur périphérique)

Ce standard d'experts décrit la contribution primaire des personnes soignantes à la prévention des escarres. Toutefois, les soins des patients/résidents englobent la participation d'autres professionnels et d'autres secteurs et aussi la participation des proches et du personnel auxiliaire. Les mesures de prévention doivent de ce fait être entreprises en collaboration avec tous les acteurs participant aux soins y compris le patient/résident lui-même. La délégation de tâches du domaine soignant à du personnel auxiliaire doit se faire dans le cadre de leur responsabilité. L'utilisation de moyens techniques et d'équipements auxiliaires offre une aide précieuse mais ne remplace pas la promotion, l'instruction et le soutien aux mouvements propres du patient/résident.

La mise en œuvre du standard nécessite la mise en commun des efforts de la direction de l'institution, du management des soins, des personnes soignantes concernées et éventuellement d'autres professions de la santé. La direction de l'institution et le management des soins ont la responsabilité de la mise à disposition du savoir ainsi que d'équipements auxiliaires et de matériels appropriés. Les personnes soignantes sont responsables de l'acquisition du savoir et de la mise en pratique du standard dans les soins quotidiens.

¹ National Pressure Ulcer Advisory Panel et European Pressure Ulcer Advisory Panel

Standard de prévention d'escarres de décubitus

Objectif: Chaque patient/résident présentant un risque d'escarre bénéficie d'une prévention afin d'éviter la formation d'une escarre.

Argumentaire : L'escarre fait partie des problèmes de santé graves des patients/résidents qui nécessitent des soins. Le savoir existant démontre que la survenue d'une escarre peut être évitée dans la grande majorité des cas. Les exceptions sont dues aux priorités de soins ou médicales nécessaires ou dues à l'état de santé du patient/résident. Pour une prévention d'escarres réussie, il est impératif que le personnel médical et soignant garantisse une évaluation des risques systématique, enseigne aux patients/résidents et leurs aidants naturels, favorise l'activité physique, applique des méthodes de réduction et de répartition de la pression et enfin assure la continuité et l'évaluation des méthodes de prévention.

| Structure | Processus | Résultat |
|--|--|---|
| <p>La personne soignante S1 - dispose d'un savoir actualisé concernant la formation des escarres et possède la compétence d'évaluer les risques de développer des escarres.</p> | <p>La personne soignante P1 - juge au moyen d'un procédé systématique le risque d'escarres de tous les patients/résidents chez qui un risque ne peut être exclu. L'évaluation se fait immédiatement au début de la prise en charge, puis ultérieurement selon des échéances définies, adaptées aux besoins individuels du patients/résidents. L'évaluation se fait sans tarder lors de modifications de la mobilité ou de facteurs externes (p.ex. sondes, cathéters) qui provoquent des pressions ou des cisaillements augmentés ou prolongés.</p> | <p>E1 - Il existe une évaluation complète actualisée des risques de développer des escarres.</p> |
| <p>S2 - maîtrise les techniques de d'activité physique, de positionnement et de transfert qui diminue le risque de friction et cisaillement de la peau et les tissus.</p> | <p>P2 - assure, en se basant sur un plan d'activité physique individualisé, le soulagement de la pression par une mobilisation régulière du patient/résident, des « micromouvements », des transferts sans contraintes de friction ou cisaillement et elle stimule autant que possible les mouvements propres du patient/résident.</p> | <p>E2 - Il existe un plan d'activité physique, un plan spécifique pour les transferts et mobilisations.</p> |
| <p>S3a - dispose de la compétence de juger de la nécessité d'utiliser des équipements auxiliaires qui répartissent les pressions ainsi que de la pertinence de leur utilisation. S3b - Les équipements auxiliaires de répartition des pressions appropriés au risque du patient (p.ex. coussins et matelas de positionnement, lits spéciaux) sont immédiatement disponibles.</p> | <p>P3 - utilise, en plus des mesures de diminution de pression, des équipements de répartitions des pressions appropriés si l'état du patient/résident ne permet pas une mobilisation suffisante.</p> | <p>E3 - Le patient/résident est installé sans délai sur un support répartissant les pressions adapté à sa personne.</p> |
| <p>S4 - dispose des compétences et de matériel éducatif pour dispenser des instructions et des conseils auprès des patients/résidents et de leurs proches dans le but de promouvoir la mobilisation physique du patient/résident, de permettre l'inspection de la peau, de savoir appliquer des mesures de diminution de pression et d'utiliser les équipements auxiliaires de répartition des pressions.</p> | <p>P4 - explique les risques d'escarres et la nécessité de mesures préventives et leur évaluation. Elle planifie des mesures individualisées avec le patient/résident et ses proches.</p> | <p>E4 - Le patient/résident et ses proches connaissent les causes des risques d'escarres Appliquent les mesures planifiées et participent en fonction de leurs moyens à la réalisation de ces mesures.</p> |
| <p>S5 - L'institution s'assure que toutes les personnes impliquées connaissent le lien entre continuité de l'intervention et réussite de la prévention d'escarres. Elle assure la transmission de l'information concernant les risques d'escarres aux personnes externes concernées.</p> | <p>P5 - informe les personnes impliquées dans les soins chez le patient/résident de la nécessité de continuer ces mesures (p.ex. personnel de cabinets médicaux, de salle d'opération, de dialyse, de radiologie et de services de transports).</p> | <p>E5 - Toutes les personnes impliquées dans la prise en charge du patient/résident connaissent les risques d'escarres et les mesures préventives nécessaires.</p> |
| <p>S6 - dispose de la compétence de juger de l'efficacité des mesures préventives.</p> | <p>P6 - évalue l'état de la peau du patient/résident à intervalles prédéterminés individuellement.</p> | <p>E6 - Le patient/résident n'a pas d'escarre.</p> |

Commentaires des critères du standard

S1 La personne soignante dispose d'un savoir actualisé concernant la formation des escarres et de la compétence d'évaluer les risques d'escarres

L'évaluation du risque d'escarres et le choix des mesures préventives doivent se baser sur l'état actuel des connaissances scientifiques ; ceci correspond également aux exigences légales concernant la qualité des soins et les actes soignants. L'étiologie et la prévention d'escarres sont un sujet permanent de la recherche soignante et des disciplines associées. De ce fait, le savoir existant ne cesse de d'augmenter. Un savoir acquis en une seule fois dans le passé, p.ex. : Lors de la formation de base, ne peut suffire tout au long de la carrière professionnelle à une prévention efficace des escarres.

Selon la définition actuelle, une escarre est une lésion cutanée et/ou des tissus sous-jacents - généralement sur des protubérances osseuses provoquée par une pression ou une force de cisaillement prolongée ou trop importante (NPUAP & EPUAP 2009). Les restrictions de l'activité et de la mobilité (cf. tableau 1) jouent un rôle central dans la formation d'une escarre car elles vont de pair avec une influence accrue et/ou prolongée de pressions ou contraintes de cisaillements.

L'observation clinique et des études épidémiologiques (cf. chap. 3.1.2) démontrent que ces deux éléments représentent des facteurs de risque d'escarres importants.

Le fait qu'une personne exposée à des risques mécaniques développe une escarre ou non dépend d'une part de la nature, durée et puissance des forces en action et d'autre part de la présence d'autres facteurs de risque intrinsèques ou extrinsèques. Ces autres facteurs de risque peuvent être d'ordre biologique, (p.ex. constitution corporelle, certaines maladies ou problèmes de santé) comportemental (tabagisme), ou iatrogène (p.ex. certains médicaments tels que les catécholamines). Leur importance en ce qui concerne le risque et la formation d'escarre n'est scientifiquement pas encore clairement établie.

Les résultats des études sur les facteurs de risque d'escarres varient selon le groupe de patients étudié, la prise en considération de certaines caractéristiques personnelles et de la qualité méthodologique des études (cf. chap. 3.1.2, 3.1.5, 3.1.6). Il est avéré qu'il existe une forte corrélation entre la dépendance de soins respectivement entre la diminution de l'état général et le risque d'escarre : plus une personne nécessite des soins, c'est-à-dire plus son état de santé est réduit, plus grand est son risque d'escarre (cf. chap. 3.1.2). Il a également été démontré que l'apparition d'une escarre de degré 1 représente un signe de risque accru pour la survenue d'escarres de degrés supérieurs (cf. chap. 3.1.2). L'évaluation de l'état de la peau doit donc faire partie intégrante de l'évaluation des risques.

Toute personne soignante doit être capable d'évaluer systématiquement, à temps et de manière pertinente, le risque d'escarres des patients dont elle a la charge. A cet effet, les personnes soignantes doivent disposer d'un savoir actualisé concernant la formation d'escarres (pathogenèse et étiologie) c'est-à-dire un savoir sur la structure et la fonction de la peau, les causes et facteurs de risques de la formation d'escarres, les signes de facteurs de risques d'escarres existants et connaître les endroits du corps et les populations à risques. En plus, les personnes soignantes doivent être en mesure d'utiliser ce savoir de manière adaptée à des situations de soins individualisées. Ce qui implique qu'elles doivent être en mesure de reconnaître à temps la nécessité d'effectuer une évaluation des risques (y compris une inspection de l'état de la peau) d'exécuter

cette évaluation de risques de manière sûre et précise et d'en documenter les résultats. Les personnes soignantes qui effectuent des évaluations de risques doivent pouvoir apprécier si les instruments d'évaluation à leur disposition (p.ex. échelles d'évaluation de risques d'escarres) sont adaptés à la population de patients/résidents prise en charge. Elles doivent également être exercées à l'utilisation de cet instrument et pouvoir comparer les résultats obtenus par cet instrument avec les résultats de leurs observations cliniques en tirant une synthèse.

Les causes d'une exposition à des pressions ou cisaillements prolongés ou accentués.

Restriction de l'activité

Définition de l'activité : Quantité de déplacements du patient/résident d'un lieu à un autre.

Restrictions (échantillon)

- Dépendance de l'utilisation de dispositifs de déambulation ou de soutien de tiers à la marche
- Dépendance lors de transferts
- Dépendance de l'utilisation d'un fauteuil roulant lors des déplacements
- Alitement

Restriction de la mobilité

Définition de la mobilité : Quantité de changements de position du patient/résident

Restrictions (échantillon)

- Dépendance d'aide d'une tierce personne lors de changements de position dans le lit
- Restriction ou absence de contrôle de la posture en position assise ou couchée
- Incapacité de petits changements de position (« micro-mouvements ») en position assise ou couchée

Exposition à des pressions ou cisaillements extrinsèques ou iatrogènes (échantillon)

- Cathéters ou sondes qui compriment la surface corporelle ou objets (p.ex. télécommande) ou dispositifs auxiliaires (p.ex. Appareil auditif) qui se trouvent dans le lit ou sur le fauteuil
- Tubes nasaux
- Attelles ou pansements qui compriment ou sont mal ajustés, prothèses de membres inférieurs ou supérieurs
- Supports de répartition de pression pour le positionnement du corps insuffisants
- Longues opérations
- Nourriture dans le lit

P1 La personne soignante évalue au moyen d'un procédé systématique le risque d'escarres de tous les patients/résidents chez qui un risque ne peut être exclu d'emblée. L'évaluation se fait immédiatement au début de la prise en charge, puis ultérieurement selon des échéances définies ou selon une dégradation de l'état de santé, adaptées aux besoins individuels du patients/résidents. L'évaluation se fait sans tarder lors de modifications de la mobilité ou de facteurs externes (p.ex. sondes, cathéters) qui provoquent des pressions ou des cisaillements augmentés ou prolongés.

Généralités concernant l'évaluation des risques

Un procédé systématique signifie d'effectuer régulièrement une évaluation différenciée des risques auprès des patients/résidents chez qui on ne peut pas d'emblée exclure un risque d'escarres. Cela signifie qu'au début de chaque prise en charge, il faut vérifier si le risque d'escarres peut être exclu ou non chez ce patient/résident. Cette évaluation initiale d'exclusion de risques et l'éventuelle évaluation différenciée des risques qui en découle se font grâce à l'évaluation clinique par la personne soignante.

L'évaluation clinique signifie : La personne soignante vérifie si des facteurs de risques d'escarres sont présents et elle évalue le risque encouru au moyen des facteurs de risque qu'elle aura identifiés en tenant compte de l'état de santé global. Cette évaluation clinique nécessite que la personne soignante, en mobilisant son savoir professionnel (cf. commentaires S1), se fasse une représentation complète des déficits de santé et des ressources du patient/résident par rapport au risque d'escarre. Cette évaluation se base sur des observations cliniques respectivement des données anamnestiques.

L'évaluation initiale d'exclusion de risques et l'évaluation différenciée des risques se distinguent par rapport à la manière et l'ampleur des observations de soins et d'autres collections de données.

Les pressions et cisaillements ont une importance primordiale dans la formation d'escarres. De ce fait, tous les facteurs qui provoquent des pressions ou des cisaillements prolongés et/ou accrus sont à prendre en compte pour l'évaluation initiale d'exclusion de risques et pour l'évaluation différenciée des risques. En font partie surtout les restrictions de l'activité et de la mobilité ainsi que des influences externes liées aux interventions médico-infirmières. La différenciation entre « activité » et « mobilité » s'inspire des recommandations internationales (NPUAP & EPUAP 2009) qui se basent sur les items de même désignation de l'échelle de Braden. Les restrictions de l'activité et de la mobilité se rapportent à la fonction de mouvements de la personne. On peut également se référer au diagnostic infirmier correspondant (p.ex. de la classification de la North American Nursing Diagnosis Association, NANDA) ou à des catégories de diagnostics interdisciplinaires de troubles de la fonction (p.ex. dans la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé, CIF). Des instruments d'évaluation de restrictions non-spécifiques, mais du domaine des soins, tels que des échelles d'évaluation du degré de dépendance ou le « Neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit » incluent déjà des critères d'observation utiles à l'évaluation de restrictions de la capacité de mouvement. Selon les connaissances scientifiques soignantes actuelles, il n'existe aucune recommandation de choix d'un instrument de mesure de la capacité de mouvement en particulier. Il faut donc comprendre les différenciations présentées dans le tableau 1 comme un aperçu qui ne donne que des indications pour une élaboration interne de l'évaluation des risques. Lors de l'utilisation des critères nommés dans le Tableau 1 ou d'autres critères d'observation pour une évaluation des risques, dans le sens d'un procédé de screening initial ou comme aide pour une évaluation différenciée des risques, il faut tenir compte du fait qu'ils ne correspondent pas à une évaluation clinique complète, qu'ils peuvent tout au plus en constituer une partie.

Exclusion initiale d'un risque d'escarres

Lors de l'évaluation initiale la personne soignante vérifie par son observation ou en se basant sur des données anamnestiques s'il existe des indices d'exposition à des pressions ou cisaillements prolongés ou accrus qui de ce fait ne permettent pas d'exclure

un risque. Si la personne présente déjà une escarre (p.ex. signalé dans le dossier d'admission ou l'anamnèse) ce patient/résident doit être considéré comme « à risque » en ce qui concerne la formation d'escarres.

Evaluation différenciée des risques

Si un risque d'escarres ne peut être exclu, une évaluation différenciée des risques par une évaluation clinique doit être effectuée. C'est-à-dire la personne soignante relève par son observation des facteurs de risques intrinsèques et extrinsèques en prenant en compte aussi les informations subjectives du patient/résident (p.ex. douleurs, description de sensations de pression). En plus, une inspection de l'état de la peau est indispensable. Ensuite la personne soignante évalue le risque d'escarres en tenant compte des facteurs de risque qu'elle aura identifiés, de l'état de santé et de l'état de la peau du patient/résident. Si des instruments d'évaluation ont également servi à établir le diagnostic, les résultats mesurés seront évalués en regard de l'état de santé global et des résultats de l'inspection de la peau. Le relevé d'informations redondantes est à éviter.

Le résultat de l'évaluation différenciée de risque d'escarres doit permettre de déterminer si un patient/résident court un risque d'escarres ou non. Le savoir scientifique disponible ne permet pas une classification valide et fiable des niveaux de risque (cf. chap. 3.3.1.2, 3.3.1.3). L'ampleur du risque encouru découle principalement des types de facteurs de risque qui doivent également être pris en compte lors de la sélection des mesures préventives.

Parenthèse : Instruments d'évaluation

On ne peut recommander un instrument spécifique d'évaluation des facteurs de risque d'escarres ou des risques d'escarres, car les connaissances scientifiques actuelles ne soutiennent pas l'utilisation d'un tel instrument d'évaluation du risque d'escarre en particulier. Les études à notre disposition ont surtout examiné la précision du diagnostic des échelles de risques. L'absence d'un étalon-or reconnu pour la validation d'échelles de risques d'escarres limite la valeur probante de toutes les études disponibles. En plus, il existe des indices montrant une importante sensibilité aux erreurs concernant les degrés définis des échelles, et on manque d'études méthodologiquement solides qui comparent les effets sur l'incidence des escarres a) des évaluations de risques au moyen d'instruments d'évaluation de risque à b) celles sans utilisation d'instrument (cf. Chap. 3.3.1.2-3.3.1.4).

En se basant sur les connaissances scientifiques actuelles il n'est pas possible d'établir un classement des plus de 30 échelles de risques décrites dans la littérature (cf. chap. 3.3.1.7). Il n'est pas non plus possible de proposer une valeur seuil préférentielle pour chaque échelle puisque la valeur seuil optimale varie selon le risque d'escarres de chaque population cible. On manque de preuves scientifiques démontrant l'efficacité d'associer des mesures préventives à une valeur d'échelle définie.

Lors de l'utilisation d'un instrument d'évaluation afin d'étayer une évaluation de risque d'escarres il faut être certain que les facteurs de risque relevés soient représentatifs des incapacités prédominantes générant des risques d'escarres de chaque population de patients/résidents.

Inspection de la peau en tant que partie de l'évaluation de risques

L'inspection de la peau par la personne soignante a pour but de détecter et d'évaluer des lésions existantes. Les patients/résidents qui présentent une escarre sont à

considérer comme personnes à risque d'escarres. Ceci comprend la présence d'une escarre de degré 1, car celle-ci indique le risque d'apparition d'une escarre de degrés supérieurs et de ce fait nécessite la mise en route de mesures de diminution et de répartition des pressions. Les références concernant les compétences requises et la procédure d'évaluation d'escarres se trouvent dans les commentaires des énoncés du standard S6 et P6.

Dans les études présentées il n'a pas été examiné dans quelles mesures d'autres modifications de la peau, telles que peau sèche ou maladies de la peau atopiques, augmentent le risque d'escarres. Le diagnostic différentiel est particulièrement difficile entre des lésions locales et superficielles p.ex. suite à de l'incontinence et des escarres de degré 1 et 2 (cf. commentaires de P6). D'autant plus que souvent incontinence et risque d'escarres ou apparition d'escarres vont de pair. Bien que le rôle causal de l'incontinence et d'autres lésions cutanées respectivement d'exposition nocive de la peau dans la formation des escarres n'est pas clair (cf. chap. 3.3.1.6) l'on doit tenir compte en présence de lésions cutanées ou d'expositions nocives d'une vulnérabilité accrue de la peau en particulier aux endroits du corps qui sont à risque d'escarres. Il convient d'initier une évaluation différenciée des risques d'escarres et des lésions présentes (cf. commentaires P6).

Intervalles d'évaluation

En ce qui concerne le moment et la fréquence d'évaluation des risques d'escarres, il n'existe pas de données scientifiques consistantes. Les énoncés qui suivent s'appuient donc essentiellement sur le savoir et l'expérience du groupe d'experts. Les observations qui ont guidé cette réflexion montrent que l'application d'une surcharge mécanique même de courte durée (moins de 2 heures) peut amener à la formation d'une escarre, ce qui est corroboré par des résultats de laboratoire et des données épidémiologiques (cf. chap. 3.1.1).

L'évaluation initiale du risque d'escarres se fait immédiatement au début de la prise en charge. Si cette évaluation ne permet pas d'exclure un risque d'escarres, il faut sans tarder procéder à l'évaluation différenciée des risques. Si un risque d'escarres peut être exclu l'évaluation clinique initiale sera réitérée dès que la personne concernée subit une modification de sa mobilité, de son activité, de son état de santé ou toute autre cause entraînant des pressions ou cisaillements accrus (p.ex. application d'un plâtre, d'une sonde ou d'un tube). Ceci s'applique également aux personnes qui dans le cadre de l'évaluation différenciée de risques d'escarres ne présentaient, au premier abord, pas de risque.

Si lors de l'évaluation différenciée de risque, un risque d'escarres a été constaté cette évaluation doit être répétée à intervalles fixés individuellement. L'ampleur des risques et l'évolution prévue des facteurs de risques existants sont les critères qui permettent de fixer la durée des intervalles d'évaluation. Si des changements aigus concernant l'exposition à des pressions ou cisaillements surviennent, l'évaluation des risques est à répéter sans tarder par exemple lors d'un accroissement de la restriction de l'activité et/ou de la mobilité.

Il est à souligner que des modifications de l'activité, mobilité ou d'autres facteurs qui provoquent des pressions et/ou cisaillements accrus peuvent être de courte durée, comme par exemple lors d'une opération chirurgicale, ou peuvent varier en intensité. Indépendamment de leur durée ces phénomènes sont un signal pour répéter une évaluation de risques et il est également nécessaire d'en tenir compte lors de l'évaluation clinique de risque d'escarres et lors du choix de mesures préventives.

E1 Il existe une évaluation actualisée des risques d'escarres

Le résultat de l'évaluation des risques montre soit une exclusion de risques soit une évaluation actuelle et systématique du risque d'escarres de l'individu. Donc il existe un document, consultable par toutes les personnes participant aux soins, qui précise s'il existe un risque d'escarres ou non. S'il existe un risque, la nature des facteurs de risque constatés est documentée et respectivement leur prise en compte justifiée.

S2 La personne soignante maîtrise les techniques de mobilisation, de positionnement et de transfert qui ménagent la peau et les tissus

Une escarre se forme suite à une exposition accrue ou prolongée à des pressions et/ou cisaillements, le facteur critique étant dans ce cas la durée de l'exposition. L'objectif primaire de la prévention d'escarres est de ce fait toujours la diminution de la pression. Diminution de la pression signifie soulager des endroits du corps précis des pressions et forces de cisaillement externes. Le mouvement corporel régulier et/ou des positionnements libres de pressions permettent d'atteindre cet objectif.

Des connaissances approfondies dans les domaines suivants sont la base d'une promotion de l'activité physique efficace et agréable pour le patient/résident

- Analyse des restrictions de mouvements et des ressources à disposition à cet égard.
- Possibilité de promotion de l'activité physique
- Evaluation des mesures de promotion de l'activité physique

La promotion de l'activité physique est un concept qui prend en compte les ressources ancrées dans l'histoire de vie du patient/résident et qui cherche des possibilités d'aménager la promotion de macro- et micro-mouvements.

Le concept de promotion de l'activité physique part du principe que le mouvement est d'une importance primordiale pour l'être humain. L'être humain bouge lorsqu'il a une raison de le faire. La motivation à bouger peut être d'origine interne ou externe et peut être favorisée par certains motifs stimulants (motifs de mobilité). Ainsi, grâce à l'observation clinique, il est connu que la musique stimule les mouvements spontanés et que l'environnement direct joue un rôle dans le cadre de la promotion de l'activité physique : p.ex. d'avoir une boisson à portée de main peut stimuler des patients/résidents qui ont encore une certaine mobilité au lit. Les demandes adressées au patient/résident de bouger, p.ex. de lever les bras ou les jambes sont également utiles. Enfin le principe des soins actifs, « laisser faire le patient par lui-même » est un élément central de la promotion de l'activité physique. Lors de la planification de mesures de promotion de l'activité physique il est fondamental de tenir compte des besoins du patient/résident afin qu'il puisse dans le cadre de ses possibilités participer à leur mise en œuvre.

Pour un transfert, il faut utiliser des techniques qui empêchent la survenue de lésions cutanées et tissulaires, par ex lésions par des contraintes de cisaillement. Il n'est pas suffisant que la personne soignante connaisse ces techniques : elle doit les maîtriser c'est-à-dire être capable de les appliquer dans tous les domaines des soins. Des formations théoriques n'y suffisent pas, des entraînements complémentaires à la pratique sont indispensables. Les méthodes de promotion de l'activité physique les plus connues dans la pratique soignante pour les patients/résidents restreints dans leur mobilité sont la kinesthétique (all : Kinästhetik) et le concept de Bobath. L'efficacité dans la prévention d'escarres de ces deux concepts n'a scientifiquement pas été vérifiée. Néanmoins ils

sont, selon la décision majoritaire du groupe d'experts, des exemples conceptuels pour une promotion de l'activité physique respectueuse de la peau et des tissus. La personne soignante à la tâche de former de nouvelles auxiliaires de santé à la théorie et à la pratique afin qu'elles puissent participer à l'atteinte des objectifs.

P2 La personne soignante assure, en se basant sur un plan de mobilisation individualisé, le soulagement de la pression par une mobilisation régulière du patient/résident, des « micro-mouvements », des transferts sans contraintes de cisaillement et elle stimule autant que possible les mouvements propres du patient/résident.

Lorsqu'un risque d'escarres est détecté il faut immédiatement réaliser une diminution de pression en s'aidant de la promotion de l'activité physique. Les macro-mouvements sont des mouvements amples qui amènent une réduction de la pression, p.ex. en libérant des régions précédemment comprimées.

Les micro-mouvements procurent une diminution de pression nettement moindre par de minuscules changements de position qui sont soit effectués ou provoqués, p.ex. en plaçant un linge plié sous une fesse en position assise (attention à ne pas augmenter le risque d'escarre) ou en demandant au patient/résident en position assise de déplacer son poids sur la fesse gauche ou droite. Les micro-mouvements ne peuvent empêcher la formation d'escarres avec une complète certitude car la pression n'est jamais entièrement enlevée de la zone comprimée du corps, seule l'intensité de la pression change. Ils sont donc à utiliser en soutien ou en supplément. L'être humain en bonne santé effectue plus souvent des micro-mouvements que des macro-mouvements, la personne soignante ou le patient/résident doivent donc en effectuer plus fréquemment que des macro-mouvements. Dans le cadre de la promotion de l'activité physique et lors du transfert des patients/résidents il faut, en plus de la prévention d'escarres, veiller à stimuler les mouvements propres du patient/résident. Ce faisant, il faut tenir compte des besoins personnalisés qui dépendent du tonus musculaire des patients/résidents et de leurs capacités d'effectuer seuls des mouvements. Dans la pratique, par exemple, la « position à 30 degrés », c'est-à-dire légèrement en position latérale, a fait ses preuves. Malheureusement les données scientifiques sont insuffisantes à ce sujet. De plus, les motifs stimulants font partie de la promotion d'activité physique. Dans le cadre de la promotion de la santé, il faut être particulièrement attentif à ce que les mesures de promotion de l'activité physique n'entravent pas l'alimentation, la respiration, l'élimination et la communication mais au contraire qu'elles les favorisent.

Les mouvements propres mais également la possibilité d'être mobilisé peuvent subir des restrictions qui doivent auparavant être clarifiées et si possible supprimées. Ainsi les douleurs empêchent les mouvements propres du patient/résident mais font également subir une véritable torture lors de mobilisation par des tiers. Les personnes qui dépendent des soignants peuvent manifester des humeurs dépressives et exprimer une vision d'un avenir sans espoir et de ce fait montrer peu d'enthousiasme, voire rejeter les mesures de promotion de l'activité physique. Immobilité et dépendance aux soins sont pour de nombreux patients/résidents des expériences existentielles difficiles qui demandent beaucoup de tact et de compréhension de la part des personnes soignantes.

Les intervalles entre les mesures de promotion de l'activité physique, respectivement des changements de position, dépendent :

- du risque d'escarres individuel de chaque patient/résident
- des objectifs thérapeutiques et soignants
- des possibilités personnelles et des mouvements que le patient/résident peut effectuer seul.

De ce fait, on ne peut recommander un schéma rigide de promotion de l'activité physique. L'idée qu'il faut moins mobiliser la nuit que le jour, est du point de vue de la prévention d'escarres incorrecte. Il faut plutôt adapter la fréquence de mobilisation aux risques encourus. Ce qui peut signifier que selon les circonstances, lorsque les risques d'escarres sont élevés – par exemple lors de restrictions de la mobilité ou la mise sous sédatifs- des mesures de promotion de l'activité physique nocturnes doivent être entreprises plus fréquemment que pendant la journée. La personne soignante doit de ce fait évaluer constamment la fréquence de mobilisation nécessaire en fixant des intervalles spécifiques à chaque patient/résident présentant un risque d'escarres. Il est aussi à prendre en considérations les facteurs physiques de la pression et fermeture des capillaires qui viennent irriguer les tissus et par le fait même développer des plaies de pression. Par exemple une personne assise sur ses ischions il y a une pression de 90 mmhg et pour une obstruction des capillaire cela prend 32 mmhg, donc pour une hypoxie et mort des cellules environnantes. Il faut penser à formuler l'hypothèse qu'une pression prolongée plus de deux heures dans une même position peut entraîner la mort cellulaire. Donc toujours garder ce focus derrière la tête tout en essayant de répondre aux besoins et demandes du patient.

Lors du changement de position ou de la mobilisation, la personne soignante contrôle l'état de la peau et prend note des expressions subjectives du patient/résident concernant des douleurs ou des inconforts. Et selon ces observations, elle rallonge ou raccourcit les intervalles entre les mesures de promotion de l'activité physique.

Ces évaluations doivent être fréquentes car des modifications peuvent survenir subitement. Le plan de mobilisation est donc continuellement mis à jour et réactualisé à chaque changement du risque d'escarres. Il est essentiel de tenir compte du patient/résident pour le choix de mesures de promotion de l'activité physique afin qu'il puisse faire face à la situation et utiliser ses ressources.

La position assise permet une amélioration de l'activité du patient/résident. Lui-même trouve cette position bien plus agréable pour manger, pour éliminer ou pour se laver que la position couchée. Mais dans le cadre de la formation d'escarres, il est à noter que dans la position assise la pression exercée sur les fesses est bien plus importante qu'en position couchée. C'est pour cette raison que le choix de la durée de l'intervalle en position assise nécessite une attention toute particulière. Il faut surveiller de très près l'état de la peau et des mesures de promotion de l'activité physique régulières, par des déplacements actifs ou passifs du poids corporel/ micromouvements, sont indispensables car une escarre peut se former en moins d'une heure. Les promotions de l'activité physique en position assise doivent répondre aux préférences et besoins du patient/résident comme celles en position couchée. Il faut, de préférence utiliser des chaises à dossier haut avec des accoudoirs pour soutenir le patient/résident. Il faut éviter que le patient/résident glisse de sa chaise et de devoir par la suite le remonter en le tirant vers le haut et ceci que ce soit dans le lit ou sur la chaise car des forces de friction et de cisaillement massives sont alors exercées sur les tissus cutanés.

E2 Il existe un plan de mobilisation.

Sur le « plan de mobilisation » ou mieux le « plan de promotion de l'activité physique » toutes les mesures de promotion de l'activité physique sont inscrites en tenant compte des préférences ou aversions du patient/résident. Y sont également notés les intervalles fixés d'après les risques identifiés, sans préciser dans quelle position le patient/résident doit se trouver à telle ou telle heure. L'exécution des mesures de

prévention d'escarres doit être adaptée aux préférences et ressources du patient/résident.

Le plan de mobilisation doit constamment être évalué et être mis à jour. Les objectifs de la promotion de l'activité physique doivent être connus de tous afin de garantir une action commune. Ce plan de mobilisation doit être facile de compréhension pour tous les intervenants mais aussi facile d'adaptation et visuel pour le patient afin que celui-ci se sente impliqué et puisse collaborer à ses soins lorsque possible.

S3a La personne soignante dispose de la compétence d'évaluer la nécessité et la pertinence d'utiliser des équipements auxiliaires qui répartissent les pressions.

Des équipements auxiliaires qui répartissent la pression réduisent la force qui agit sur une certaine zone du corps. Ceci est l'effet de dispositifs de support ou matelas spéciaux qui sont conçus pour répartir les pressions. La promotion de l'activité physique du patient/résident reste primordiale même si l'on doit utiliser des équipements de répartition de pression. Avant d'utiliser un équipement auxiliaire il faut vérifier si cette mesure est vraiment adaptée au patient/résident. Un matelas spécial n'est pas nécessaire pour tous les patients/résidents ayant un risque d'escarre.

L'équipement auxiliaire parfait n'existe pas. La qualité d'un équipement dépend toujours du degré d'utilité personnelle pour le patient/résident. Un équipement auxiliaire doit donc toujours être utilisé de manière adaptée à l'utilisateur concerné.

Chaque patient/résident présente un ensemble de conditions de base différentes en ce qui concerne la situation de soins (entre autres une constitution physique et psychique spécifique). Il faut tenir compte de ces différences lors du choix de l'équipement auxiliaire approprié. De plus, il est essentiel de respecter les objectifs de soins et objectifs thérapeutiques prioritaires (p.ex. réduction de la douleur, amélioration de la mobilité, mise au repos). Une répartition optimale des pressions comme unique critère de choix ne suffit pas dans des situations de soins complexes.

Les critères suivants doivent guider le choix des équipements auxiliaires de répartition de pression:

- les objectifs de soins et thérapeutiques prioritaires
- les possibilités de se mouvoir seul du patient/résident
- les endroits corporels à risques
- le poids corporel du patient/résident
- la balance coût et avantages
- les préférences et désirs du patient/résident.

La personne soignante doit avoir des connaissances suffisantes en ce qui concerne l'utilisation de l'équipement auxiliaire choisi et doit être capable de le manipuler physiquement. En plus, il peut parfois être nécessaire de tenir compte des particularités architecturales, telles que la statique du bâtiment ou du local ou de l'espace nécessaire à l'équipement auxiliaire, comme critères dans le processus décisionnel. Les équipements auxiliaires seront choisis en fonction de leur utilisation pratique pour les soins en respectant des aspects économiques, afin d'éviter une surabondance de moyens.

S3b Les équipements auxiliaires de répartition des pressions appropriés au risque du patient (coussins de positionnement, matelas anti-escarres, lits spéciaux) sont en tout temps disponibles.

Les patients à risques d'escarres doivent, immédiatement après l'identification de ces risques, bénéficier de mesures préventives adéquates, en premier lieu d'une diminution des pressions (p.ex. changement de position, promotion de l'activité physique). Si la diminution des pressions n'est pas possible ou insuffisante l'utilisation d'équipements auxiliaires de répartition des pressions s'impose. Les études signalent que l'utilisation de matelas dynamiques à grosses cellules, de systèmes de support ou de matelas en mousse viscoélastique a pour effet une diminution de l'apparition de nouvelles escarres, comparé à l'utilisation de matelas standards (cf. chap. 3.3.2.1). Des équipements auxiliaires similaires sont à disposition dans l'institution ou peuvent, p.ex. dans le cas de lits spéciaux, être obtenus dans de brefs délais. En attendant la mise en place d'équipements auxiliaires, la personne soignante assure la diminution des pressions par des micromouvements ou si possible des macro-mouvements adaptés à la personne.

En ce qui concerne les soins ambulatoires, selon le SGB XI (Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch, Deutschland) les caisses de soins doivent fournir les équipements auxiliaires si pour des motifs de maladie ou invalidité, ce ne sont pas les assurances maladies ou d'autres services compétents qui les prennent en charge (§40 SGB XI). De ce fait, les services de soins ambulatoires ont rarement un stock d'équipements auxiliaires à disposition. La personne soignante a pour devoir d'informer la caisse de soins, ou respectivement le médecin traitant si le cas est de la compétence de l'assurance maladie, de l'importance et urgence de l'utilisation d'un équipement auxiliaire pour la prévention d'escarres et d'inciter la prescription ou la mise à disposition de cet équipement. La personne soignante n'a que très peu d'influence sur la durée de la mise à disposition d'un équipement pour un patient/résident du fait qu'il s'agit d'une institution de soins ambulatoire.

P3 La personne soignante utilise, en plus des mesures de diminution de pression, des équipements de répartition des pressions appropriés si l'état du patient/résident ne permet pas une mobilisation suffisante.

Selon les risques individuels, même une très courte exposition (10 à 20 minutes) à des pressions accrues et ou des contraintes de cisaillement peut provoquer une escarre. De ce fait, il est nécessaire d'effectuer sans délai, c'est-à-dire sans perdre de temps, une répartition ou réduction des pressions. Si des mesures de promotion de l'activité physique à elles seules ne suffisent pas, p.ex. chez des patients/résidents cachectiques, en grand déficit de mobilisation, dans l'incapacité de mouvements propres, avec des contre-indications thérapeutiques ou dues à la maladie (p.ex. instabilité circulatoire, d'un SDRA (Syndrome de Détresse Respiratoire Aigue), de brûlures, de polytraumatismes) il faut tout de suite utiliser des équipements auxiliaires de répartition des pressions. Dans tous les autres cas, la promotion de l'activité physique reste la partie primordiale de la prévention d'escarres même si on a parallèlement recours à des supports ou des matelas de répartition de pressions.

Pour libérer des parties du corps de pressions, l'utilisation de bouées, beignets serviettes roulées sont formellement contraindiquées car leur utilisation augmente les pressions sur leurs bords. L'utilisation de peaux ou fourrures de toutes sortes, de pansements ouatés ou de matelas d'eau, gant d'eau est également à proscrire, car leur efficacité n'a pas pu être prouvée, par contre on a pu démontrer leur inefficacité en ce qui

concerne la répartition des pressions. Egalement par manque de résultats scientifiques l'application sur les talons de pansements hydro-colloïdaux, avec une surface interne hydratante et une surface externe réduisant les frottements, ou de fourrures ou mousses ne peut être conseillée pour la répartition des pressions (cf. chap. 3.3.2.2). Si les talons ne peuvent être positionnés sans point de contact, il faut envisager l'utilisation d'un matelas répartissant les pressions ou de talonnières adaptées tout en ayant un œil sur leur façon de s'attacher et de réduction de la pression.

E3 Le patient/résident est installé sans délai sur un support répartissant les pressions adapté à sa personne.

Cette déclaration souligne que le facteur temps est essentiel dans la prévention d'escarres. Elle renforce la nécessité d'agir immédiatement et « sans délai » dans la prévention de l'escarre. Les équipements auxiliaires doivent être choisis individuellement, adaptés au degré de mobilité et d'activité du patient/résident et également p.ex. selon sa taille et son poids. Le patient/résident est informé de l'utilisation prévue d'équipements auxiliaires et y donne son accord.

S4 La personne soignante dispose des capacités et de matériel pédagogique pour dispenser instruction et conseil auprès des patients/résidents et de leurs proches dans le but de promouvoir la mobilisation du patient/résident, de permettre l'inspection de la peau, de savoir appliquer des mesures de diminution de pression et d'utiliser à bon escient les équipements auxiliaires de répartition des pressions.

Une prévention d'escarres efficace nécessite la participation commune du patient/résident et de tous les acteurs impliqués dans ses soins. Ceci demande de la part des personnes soignantes des compétences dans l'instruction et le conseil du patient/résident, et le cas échéant de ses proches, en faisant usage de matériels d'information et de formation. Le but de l'instruction et formation est en particulier la promotion de mouvements propres ainsi que d'apprendre si cela est possible au patient/résident d'effectuer soi-même une inspection de la peau, de réaliser soi-même des interventions qui diminuent les pressions et d'utiliser de manière sûre et appropriée les équipements auxiliaires de répartition des pressions.

Les personnes soignantes doivent être capables d'instruire les patients/résidents ainsi que les aidants naturels à une promotion efficace des mouvements propres et à la gestion de la diminution des pressions de manière adaptée à leurs besoins et leur situation.

L'efficacité des mesures de conseil et instruction des patients/résidents au sujet de la prévention d'escarres n'a que peu été étudiée scientifiquement. En se basant sur les quelques résultats disponibles, l'on peut néanmoins conclure à un effet positif des mesures de formation et de conseil intensifiées en ce qui concerne le savoir et la diminution du nombre d'escarres. De plus, il existe des indices que les formations sensibilisent les personnes concernées et leurs proches aux risques d'escarre existants et les amènent à prendre de leurs propres initiatives des mesures de prévention. Il est important que les stratégies de prévention enseignées soient adaptées aux capacités

fonctionnelles et aux risques d'escarre existants de la personne (cf. Etude de la littérature, chap. 3.3).

Même si les résultats proviennent exclusivement d'études de personnes avec des maladies ou des lésions de la moelle épinière, le groupe d'experts est unanime : Les mesures d'information, conseil et formation de patients/résidents et leurs proches constituent une partie essentielle de la prévention d'escarres. Lors du développement et de l'utilisation de matériels et stratégies de prévention d'escarres, des recommandations basées sur l'évidence à ce sujet sont aussi bien à prendre en compte que les besoins spécifiques d'information et de formation du groupe-cible. Il est aussi à noter que choisir les intervenants qui vont donner cette formation sur les dispositifs et matériel soient formés et au fait de ce qui est offert sur le marché sans toutefois être marchand.

P4 La personne soignante explique les risques d'escarres et la nécessité de mesures préventives et leur évaluation. Elle planifie des mesures individualisées avec le patient/résident et ses proches.

Le consentement des patients/résidents pour la mise en œuvre de mesures préventives présuppose qu'ils sont informés du genre et de l'ampleur du risque et des interventions proposées par les personnes soignantes. L'établissement de priorités négociées avec les patients/résidents et leurs proches et la planification d'interventions de soins selon ces priorités individuelles représentent les fondements de base des soins. La prise de responsabilité pour eux-mêmes et la compétence de soins des patients/résidents se trouvent ainsi augmentées et leur dépendance aux soignants réduite. Cela nécessite pour le patient/résident et ses proches de disposer d'information, de conseil, et de formation appropriées en y incluant des matériels d'informations compréhensibles.

Les mesures de soins sont si possible planifiées et réalisées en collaboration avec le patient/résident et éventuellement avec ses proches. On saisit l'occasion dans le cadre de l'évaluation d'aborder l'importance de l'inspection minutieuse de la peau.

Les compétences et ressources du patient/résident et éventuellement de ses proches doivent être évaluées de manière réaliste par la personne soignante afin de pouvoir planifier leur participation aux soins en tenant compte de leurs possibilités.

Il faut continuer de cultiver les compétences et ressources préexistantes.

E4 Le patient/résident et ses proches connaissent les causes d'escarres et les mesures planifiées et participent en fonction de leurs moyens à la réalisation de ces mesures.

Le droit à l'auto-détermination du patient/résident et de ses proches est au premier plan de cette déclaration. Ce droit est constitué pour une part du droit à une information exhaustive concernant les risques et les possibilités de gérer ces risques et d'autre part de la liberté de choix de décider du degré de participation à la réalisation de ces mesures. La transmission d'informations favorise l'intégration du patient/résident et de ses proches à la réalisation de ces mesures, sans qu'il en résulte une surcharge physique ou psychique pour lui et ses proches.

S5 L'institution s'assure que toutes les personnes impliquées connaissent le lien entre continuité de l'intervention et réussite de la prévention d'escarres. Elle assure la transmission de l'information concernant les risques d'escarres aux personnes externes concernées.

La prévention d'escarres ne peut être efficace que si elle est assurée de manière continue. A cette fin, toutes les personnes participant aux soins ont besoin d'un savoir correspondant en ce qui concerne l'importance de l'application continue des mesures préventives d'escarres et les effets néfastes en cas d'interruption de ces mesures.

Dans l'institution, il faut clarifier comment les autres groupes professionnels doivent être informés afin de garantir cette continuité des soins. Il est recommandé d'avoir à l'interne un guide des recommandations de fonds sous forme d'un guide de référence rapide qui précise les responsabilités de coordination de la personne soignante et qui indique à quel moment les différentes actions doivent avoir lieu. Ainsi par exemple il peut être convenu que le dossier des patients/résidents qui sont transférés temporairement dans d'autres services ou institutions permette de saisir en un coup d'œil les risques d'escarre.

Une escarre ne peut être évitée que par une collaboration interdisciplinaire. Les institutions doivent pour cela veiller, par exemple par des formations ou d'autres méthodes de partage d'information, que toutes les personnes qui participent aux soins du patient/résident connaissent le rapport entre la continuité de l'intervention et la réussite de la prévention d'escarres. Par conséquent, le groupe d'experts propose la mise sur pied de formations qui englobent toutes les unités, tous les secteurs et tous les intervenants et qui ont pour sujet principal l'exécution de mesures de réduction des pressions. (Un système « train the trainer » ou intervenants pivots peut être mis sur pied)

P5 La personne soignante informe les personnes impliquées dans les mesures de prévention d'escarres chez le patient/résident de la nécessité de continuer ces mesures (p.ex. personnel de cabinets médicaux, de salle d'opération, de dialyse, de radiologie et de services de transports).

Les soins de santé des patients/résidents présentant des risques d'escarre se font en règle générale avec la participation de divers groupes professionnels, d'autres services, du personnel auxiliaire et des personnes soignantes non-professionnelles.

Les personnes soignantes informent les personnes qui participent à la prise en charge du patient/résident des risques d'escarre et des mesures nécessaires afin de garantir la continuité des actions de prévention. La personne soignante veille à ce que les informations nécessaires et les éventuels équipements auxiliaires nécessaires à la poursuite des mesures préventives soient à la disposition des personnes participant à la prise en charge.

E5 Toutes les personnes impliquées dans la prise en charge du patient/résident connaissent les risques d'escarres et les mesures préventives nécessaires.

Les standards d'experts soignants ne peuvent formuler des recommandations qu'au sujet du travail des personnes soignantes. De ce fait, on ne peut – même si ce serait souhaitable - formuler le degré de continuité de l'application de mesures de prévention d'escarres prodigués par d'autres groupes professionnels et par la prise en charge dans d'autres secteurs comme critère de résultat, on peut que tenir compte de la responsabilité de transmission de l'information de la personne soignante. L'ampleur de l'information a été limitée aux connaissances des risques d'escarre et aux mesures jugées indispensables pour la situation particulière. Ainsi, un service de radiologie n'a pas besoin de connaître l'ensemble des mesures planifiées, l'information que par exemple le patient/résident doit être installé pendant la durée de l'examen sur un support mou suffit. Le cas échéant il convient de s'assurer que les changements de position nécessaires soient bien effectués dans l'intervalle prévu.

S6 La personne soignante dispose de la compétence d'évaluer l'efficacité des mesures préventives.

L'efficacité des mesures de prévention d'escarres doit régulièrement être examinée. Le but des mesures de prévention est d'éviter l'apparition d'escarres. Il n'existe pas de résultat scientifique fiable permettant de dire dans quelle mesure le développement d'une escarre dans tel ou tel groupe de patients/résidents peut être évitée par des mesures de préventions efficaces (cf. chap. 3.1.1). Le groupe d'experts estime qu'éviter l'apparition d'une escarre est un critère de résultat primordial. Afin de pouvoir reconnaître et évaluer une escarre, la personne soignante doit connaître les critères de diagnostic correspondants, savoir les mettre en pratique de manière sûre lors de l'inspection de la peau et savoir documenter le diagnostic d'escarres correctement.

En ce qui concerne les compétences non-spécifiques aux escarres et les conditions structurelles de l'évaluation soignante des plaies, il faut se référer aux critères S1a/b du standard d'experts « Soigner des personnes avec des plaies chroniques » (DNQP 2009, pp 30-)

En accord avec la ligne directrice de la NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel, USA) et de l'EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) (2009) les escarres sont définies dans cette ligne directrice comme lésions de la peau et/ou du tissu sous-cutané situées en général au-dessus de protubérances osseuses. Suivant la ligne directrice « Soigner des personnes avec des plaies chroniques » l'utilisation de la classification de l'EPUAP (DNQP 2009, p.37) est recommandée. Elle a été actualisée dans la ligne directrice commune de la NPUAP et EPUAP. Cette ligne directrice distingue quatre degrés d'escarres en se basant sur les couches tissulaires atteintes (cf. chap. 1.1). Les degrés d'escarre 1 et 2 se rapportent aux lésions cutanées superficielles, les degrés 3 et 4 se rapportent aux lésions où toutes les couches cutanées sont touchées.

Les études de fiabilité de l'identification des escarres par les personnes soignantes montrent un important taux d'erreur du diagnostic d'escarres par les soignants (cf. chap. 3.3.1.2-3.3.1.4). Il semble particulièrement difficile de reconnaître une escarre de degré 1 et de faire le diagnostic différentiel entre une escarre de degrés 1 et 2 avec une lésion d'une autre origine (cf. commentaires P1). Selon la classification EPUAP, une escarre de degré 1 est définie comme une rougeur localement délimitée, qui ne disparaît pas à la pression digitale d'une peau par ailleurs intacte. La zone de rougeur peut être douloureuse, plus dure ou plus molle, plus chaude ou plus froide par rapport à

la surface corporelle avoisinante (NPUAP & EPUAP 2009). Pour identifier une escarre de degré 1 deux méthodes sont à disposition le test digital ou l'application d'une rondelle transparente en plastique dur sur la rougeur de la peau. Selon les connaissances scientifiques actuelles il n'est pas établi quelle méthode de diagnostic est la plus probante. De ce fait il n'est pas possible d'en recommander une plutôt que l'autre (cf. chap. 3.3.1.7). L'identification d'une escarre de degré 1 présuppose que les personnes soignantes connaissent les symptômes et leur signification et qu'elles aient de la pratique dans le diagnostic de cette modification de la peau.

La plupart des études de fiabilité ont été menées dans un contexte de personnes soignantes spécialisées et non dans un contexte de soins habituel (cf. chap. 3.3.1.2). De ce fait, il est difficile d'évaluer le taux réel d'erreur de diagnostic d'escarres par les soignants dans la pratique de soins de tous les jours. Lors des formations, il est nécessaire de transmettre des savoirs et des compétences structurées en ce qui concerne la définition d'escarre, l'inspection de la peau et l'évaluation diagnostique des escarres, mais d'exercer la mise en pratique de ces connaissances et compétences.

Pour l'évaluation de l'efficacité des mesures de prévention il est important, en plus de l'inspection de l'état de la peau, d'effectuer des évaluations répétées de risques d'escarre à des intervalles fixés individuellement afin de surveiller les facteurs de risque préexistants. Jusqu'à quel point l'apparition d'escarres peut être évitée grâce aux mesures de prévention dépend également de leur acceptation par la personne concernée et des possibles effets secondaires peu favorables, p.ex. douleurs ou inconfort. Les personnes soignantes doivent être capables de reconnaître les effets peu favorables des mesures instaurées et les problèmes d'acceptation.

P6 La personne soignante évalue l'état de la peau du patient/résident à intervalles prédéterminés individuellement.

L'inspection de la peau doit comprendre l'ensemble de la surface corporelle du patient/résident en portant une attention toute particulière aux endroits de prédilection de formation d'escarres. Les endroits de prédilection de formation d'escarres sont les zones au-dessus de protubérances osseuses ou couvertes que d'une fine couche de tissu sous-cutané, p.ex. Talons, malléoles, régions dorsale sacrée et coccygienne les régions des trochanters et ischions. Mais aussi au niveau des omoplates, des oreilles et des coudes. Il faut également tenir compte des endroits du corps qui subissent des pressions ou cisaillements accrus dus à des équipements médicaux auxiliaires (attelles, sondes).

Les escarres font partie des lésions chroniques. Il faut donc tenir compte du critère de procédure P1 du standard d'experts « Soigner des personnes avec des plaies chroniques » (DNQP 2009, pp 35) pour l'évaluation diagnostique des escarres. Cela signifie que la personne soignante évalue les escarres existantes selon la classification EPUAP (cf. chap. 3.1.1, commentaires) actuellement en vigueur et également selon leur localisation, superficie et douleurs. Lors d'escarres des degrés 2 à 4, le diagnostic de lésion comporte également l'évaluation des couches tissulaires touchées, présence de sous-minage, tunnels, sillons, de l'aspect des bords de la plaie et des tissus environnants, la présence d'un exsudat, le type de tissus présents et leur pourcentage, les signes inflammation/d'infection. Lorsqu'un diagnostic différentiel avec des lésions d'autres origines est incertain (p.ex. mycoses, lésions dues à l'incontinence) et s'il s'agit d'une escarre de degré 3 et 4, il est conseillé de faire recours à des experts soignants ou médicaux pour le diagnostic d'escarre.

Lors de l'apparition d'une escarre de n'importe quel degré le risque d'escarres (cf. commentaires P1) et les mesures préventives employées sont à réévaluer. Lorsqu'une

escarre de degré 2 ou plus est diagnostiquée il faut également tenir compte des autres contenus du standard d'experts « Soigner des personnes avec des plaies chroniques » (DNQP 2009) pour la pratique des soins.

L'inspection de la peau sert autant au contrôle de l'efficacité des mesures préventives employées qu'à l'évaluation des risques. Chez les patients/résidents présentant des risques d'escarre les intervalles des inspections de la peau s'orientent d'après les intervalles de l'évaluation différenciée des risques d'escarre (cf. commentaires P1). Une inspection de la peau est à effectuer auprès des patients/résidents considérés jusqu'alors non-en-danger si à cause d'une exposition accrue aux pressions ou cisaillements (p.ex. suite à une péjoration de l'activité et mobilité) un risque d'escarres ne peut plus être exclu et que de ce fait une évaluation des risques différenciée devient nécessaire.

Lors de l'évaluation de l'efficacité des mesures préventives mises en route, il faut tenir compte des risques d'escarre actuels. Si les risques ont augmenté, les mesures actuellement effectuées peuvent se montrer insuffisantes. Lorsque les risques diminuent, une évaluation des mesures actuelles est également indiquée afin d'éviter les risques de surcharge de travail par des mesures de soins inutiles. Pour la procédure et la fréquence des évaluations de risques, il faut appliquer les explications données dans les commentaires P1.

Afin de pouvoir évaluer les effets des mesures préventives initiées la personne soignante doit être continuellement et activement attentive à des effets secondaires indésirables tels que douleurs ou inconfort et doit adapter la prévention en conséquence. De tels effets secondaires peuvent également provoquer la non-acceptation par le patient/résident de ces mesures initiées. Dans ce cas, il est nécessaire de chercher des alternatives avec le patient/résident respectivement les personnes de référence de son entourage (cf. commentaires P4).

E6 Le patient/résident ne souffre pas d'escarres.

Le but de la prévention d'escarres est d'éviter l'apparition d'une escarre. A quel point cet objectif peut être atteint n'est pas mesurable en se basant sur les connaissances scientifiques actuelles (cf. chap. 3.1.3). D'une part il est possible que des mesures jugées nécessaires après établissement des risques ne peuvent être appliquées, car

- elles sont contre-indiquées, respectivement inapplicables pour des raisons de santé (p.ex. promotion de l'activité physique en cas de lésions de la colonne vertébrale)
- elles ne sont pas acceptées par les personnes concernées
- d'autres objectifs de soins sont prioritaires (p.ex. en phase terminale).

D'autre part la formation d'une escarre dépend d'une multitude d'autres facteurs qui n'ont jusqu'à ce jour pas pu être définitivement clarifiés. Ainsi une suppression ou répartition optimale des pressions ne peut pas toujours suffire à prévenir la formation d'une escarre.

Les résultats de la surveillance de l'état de la peau et d'éventuelles adaptations des mesures préventives sont documentés de manière à permettre à toutes les autres personnes impliquées dans la prise en charge d'en prendre connaissance et de pouvoir en suivre le raisonnement. L'état de risque actuel (cf. commentaires E1), la constatation d'effets secondaires indésirables des mesures de prévention ainsi que les autres raisons empêchant l'application de certaines mesures sont également documentés.