

Prévention des escarres

GUIDE DE RÉFÉRENCE ABRÉGÉ



NATIONAL
PRESSURE
ULCER
ADVISORY
PANEL

DEVELOPED BY
EUROPEAN
PRESSURE ULCER
ADVISORY PANEL
(EPUAP)
AND
NATIONAL
PRESSURE ULCER
ADVISORY PANEL
(NPUAP)



epuap



Prévention des escarres

GUIDE DE RÉFÉRENCE ABRÉGÉ

DÉVELOPPÉ PAR
EPUAP ET NPUAP

Introduction

Ce *Guide de Référence Abrégé* résume les lignes directrices basées sur les preuves relatives à la prévention et au traitement des escarres (ulcères de pression). Il a été développé grâce à un effort de collaboration de 4 ans entre l'European Pressure Ulcer Advisory Panel¹ (EPUAP) et l'American National Pressure Ulcer Advisory Panel² (NPUAP). La version la plus complète des "*Recommandations de Pratique Clinique*" fournit une analyse détaillée et discutée de la recherche disponible, des évaluations critiques des hypothèses et des connaissances dans ce domaine, une description de la méthodologie adoptée pour l'élaboration des directives, et des remerciements aux éditeurs, auteurs et collaborateurs. Ce *Guide de Référence Abrégé* contient les extraits des *Recommandations de Pratique Clinique*, mais les utilisateurs ne devraient pas se fier à eux seuls.

Les copies imprimables de l'édition anglaise de ces deux documents sont disponibles sur le site web de NPUAP (www.npuap.org). Le *Guide de Référence Abrégé* a été traduit en plusieurs langues ; les traductions sont disponibles sur le site de l'EPUAP (www.epuap.org).

L'objectif de cette collaboration internationale était de développer des recommandations basées sur des preuves concernant la prévention et le traitement des escarres afin qu'elles puissent être utilisées par les professionnels de la santé à travers le monde. Une méthodologie scientifique explicite a été adoptée pour identifier et évaluer les recherches disponibles. En l'absence d'évidences définitives, la formulation des recommandations se base sur l'opinion d'experts (souvent appuyée sur des preuves indirectes et d'autres recommandations). Ces directives ont été récoltées par 903 personnes et 146 sociétés/organisations reconnues comme étant impliquées dans ce domaine, issues de 63 pays répartis sur 6 continents. La version finale de la directive est basée sur la recherche disponible et le savoir cumulé par l'EPUAP, le NPUAP ainsi que des intervenants internationaux impliqués dans ce domaine.

Citation suggérée

EPUAP et NPUAP autorisent l'utilisation et l'adaptation des directives au niveau local et national. Nous demandons, cependant, que la source soit citée en utilisant la formulation suivante:

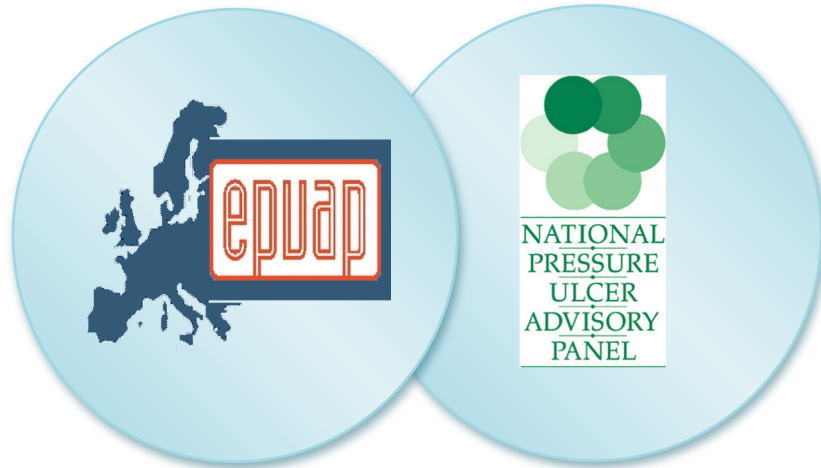
European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcer: quick reference guide. Washinton DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009

¹ Comité consultatif Européen pour les escarres

² Comité consultatif Américain pour les escarres

Lignes directrices Internationales

**Prévention des escarres:
Guide de Référence Abrégé**



©European Pressure Ulcer Advisory Panel
et
©National Pressure Ulcer Advisory Panel
2009

h e d s

Haute école de santé
Genève

Hes·SO // GENÈVE
Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

D'autres copies imprimables sont disponibles via le National Pressure Ulcer Advisory Panel
(www.npuap.org)

Limitations et utilisation appropriées de ces lignes directrices.

- Ces lignes directrices sont un exposé de faits systématiquement développés pour aider le praticien et la personne soignée à choisir des soins de santé appropriés aux conditions cliniques particulières. Ces recommandations ne sont peut-être pas appropriées dans toutes les circonstances.
- La décision d'adopter une recommandation particulière doit être prise par le professionnel de santé, à la lumière des ressources disponibles et en fonction des circonstances individuelles présentées par la personne soignée. Aucun contenu de ces lignes directrices ne doit être considéré comme étant un avis médical pour des cas particuliers.
- Grâce à la méthodologie rigoureuse adoptée pour développer ces lignes directrices, le NPUAP et l'EPUAP considèrent que la recherche qui soutient ces recommandations est fiable et précise. Toutefois, nous ne garantissons pas la fiabilité et la précision de chaque étude référencée dans ce document.
- Ces lignes directrices et ces recommandations sont seulement destinées à but éducatif et informatif.
- Ces lignes directrices contiennent des informations qui étaient exactes au moment de leur publication. La recherche et la technologie évoluant rapidement, les recommandations contenues dans ce guide pourraient être obsolètes avec l'arrivée de nouvelles avancées. Le professionnel de la santé est responsable de mettre à jour ses connaissances quant aux progrès de la recherche et de l'avancée des technologies qui pourraient influencer ses décisions dans la pratique.
- Les produits sont présentés sous leurs noms génériques. Rien dans les présentes lignes directrices n'approuve l'usage d'un produit en particulier.
- Rien dans les présentes lignes directrices ne vise à donner des conseils en ce qui concerne les normes de codification

Index

Objectifs et champs d'application	5
Méthodes	5
Définition internationale de l'escarre du NPUAP – EPUAP	7
Système de classification internationale de l'escarre du NPUAP – EPUAP	7
Recommandation pour la prévention des escarres	
• Evaluation des risques	10
• Evaluation de la peau	12
• La nutrition dans la prévention des escarres	14
• Mobilisation pour la prévention des escarres	16
• Supports	19
• Population spécifique : Les patients au bloc opératoire	23
Remerciements	24

Objectifs et champs d'application

L'objectif global de cette collaboration internationale était de développer des recommandations fondées sur des faits prouvés (*evidence-based*) pour la prévention et le traitement des escarres afin que celles-ci puissent être utilisées par les professionnels de la santé à travers le monde. Le groupe de développement des lignes directrices réunissant des représentants du NPUAP et de l'EPUAP a planifié le processus de développement de ces lignes directrices et a procédé à la vérification de toute la documentation. Cependant, pour simplifier la logistique, l'EPUAP s'est occupé des recommandations pour la prévention des escarres et le NPUAP de celles pour leurs traitements.

Le but des recommandations de prévention est de donner des indications d'évidence basées sur les preuves pour prévenir l'apparition d'escarres. Les recommandations pour la prévention s'appliquent aux personnes vulnérables, quelque soit leur âge. Ces lignes directrices ont été conçues à l'usage des professionnels de la santé impliqués dans l'assistance aux personnes soignées et aux personnes vulnérables qui ont des risques de développer une escarre ; qu'ils soient dans une structure hospitalière, de long séjour, à domicile ou dans un autre contexte de soins, et indépendamment de leurs diagnostics ou besoins en soins. De plus, ces lignes directrice aideront les personnes soignées et les soignants à s'orienter entre les différentes stratégies de prévention à disposition.

Méthodes

Une méthodologie rigoureuse et explicite a été utilisée dans l'élaboration de ces lignes directrices (pour plus de détails, se référer aux *Recommandations de Pratique Clinique*). Toutes les évidences basées sur les preuves ont été réexaminées par rapport à leur qualité. Chaque étude a été classifiée individuellement en fonction de sa conception et de sa qualité (voir tableau 1). L'ensemble des évidences basées sur les preuves venant appuyer chaque recommandation a été examinée, un « niveau » de preuve a été attribué en utilisant les critères du tableau 2.

Tableau 1. Niveaux de preuve pour chaque étude

Niveau	
1	Large(s) étude(s) randomisée(s) avec des résultats fiables (et faible risque d'erreur)
2	Petite(s) étude(s) randomisée(s) avec des résultats incertains (et un risque d'erreur modéré à élevé)
3	Etude(s) non randomisée(s) avec d'autres études contrôles sujettes à controverse
4	Etude(s) non randomisée(s) avec contrôles réalisés dans l'historique
5	Série de cas sans contrôle. Spécifier le nombre de sujets.

Adapté par Sackett, 1989. Se référer aux *Recommandations de Pratique Clinique* pour la discussion sur la méthodologie développée dans ce guide.

Tableau 2. Niveaux de preuve pour chaque recommandation

Niveau	
A	La recommandation est étayée par des preuves scientifiques directes qui viennent d'études contrôlées, avec une bonne méthodologie, correctement conduite sur des sujets humains porteurs d'escarres (ou à risque d'escarre), fournissant des résultats statistiques qui soutiennent de façon pertinente les affirmations de la directive (études de niveau 1 requis).
B	La recommandation est étayée par des preuves scientifiques directes qui viennent d'une série de cas cliniques, avec une bonne méthodologie, correctement conduite sur des sujets humains porteurs d'escarres (ou à risque d'escarre), fournissant des résultats statistiques qui soutiennent de façon pertinente les recommandations (études de niveau 2, 3, 4 et 5).
C	La recommandation est étayée par des preuves indirectes (ex. : études sur des sujets humains sains ou avec d'autres types de plaies chroniques, des modèles animaux) et/ou par l'avis d'experts.

Ces lignes directrices de la pratique clinique est basée sur les recherches réalisées couramment et devra être révisée à l'avenir dès la publication de nouvelles preuves. Les futures recherches devront se concentrer sur les domaines où les preuves sont faibles ou inexistantes.

Définition internationale NPUAP-EPUAP de l'escarre

L'escarre est une lésion ischémique localisée au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents, située en général sur une saillie osseuse. Elle est le résultat d'un phénomène de pression, ou de pression associée à du cisaillement. Un certain nombre de facteurs favorisant ou imbriqués dans la survenue d'escarre y sont associés : leur implication doit être encore élucidée.

Développement d'un système international de classification des escarres

Dans le cadre du processus d'élaboration de la directive, le NPUAP et l'EPUAP ont développé un système commun et international de définition et de classification des escarres. Au cours des dernières années, les membres des deux organisations, le NPUAP et l'EPUAP ont eu des discussions sur les nombreuses similitudes entre les systèmes de classement/stades d'escarres. Alors que nous mettons à disposition une directive internationale sur la prévention et le traitement des escarres, nous considérons que c'est le moment idéal pour développer un système commun de classification qui puisse être utilisé par la communauté internationale. Les stades/degré impliquent une progression de I à III ou IV, alors que ce n'est pas toujours le cas. Nous avons tenté de trouver un mot commun pour décrire le stade ou le degré mais cela n'a pas été possible. Le terme de «Catégorie» a été suggéré comme terme neutre pour remplacer «stade» ou «degré». Bien qu'étranger à ceux qui sont habitués à d'autres dénominations, la "catégorie" a l'avantage d'être une désignation non-hiérarchique, ce qui nous permet de nous libérer de la notion erronée de "progression de I à IV" et de "guérison de IV à I".

Nous reconnaissons qu'il y a une familiarisation à l'usage des mots "stade" et "grade" et c'est pourquoi nous proposons d'utiliser n'importe quel mot (par exemple : stade, grade ou catégorie) du moment qu'il est clair et bien compris. Cela dit, nous constatons que le bénéfice le plus significatif de cette collaboration est que la définition même de l'escarre et du niveau des lésions tissulaires de la peau sont identiques, même si un groupe peut étiqueter l'escarre en terme de "stade", "grade" ou "catégorie".

Nous avons convenu de quatre niveaux d'atteinte. Reconnaisant que les termes, *inclassifiable* et les *dommages tissulaires profonds probables* sont généralement classés en «IV» en Europe, le NPUAP a accepté de les mettre séparément dans le texte de la directive. Cette différence restera un problème lorsque l'on comparera les données entre pays.

Catégorie I: Érythème persistant ou qui ne blanchit pas

Peau intacte avec un érythème qui ne blanchit pas à la pression, généralement situé au niveau d'une saillie osseuse. Pour les peaux à pigmentation foncée, le blanchiment pourrait ne pas être visible ; sa couleur peut différer des zones environnantes. La zone peut être algique, dure, molle, plus chaude ou plus froide par rapport aux tissus adjacents. Il est possible que chez les sujets à peau foncée, la Catégorie I soit difficile à détecter. Ces personnes devraient être signalées comme étant "à risque".

Catégorie/Stade II: Atteinte partielle

Perte tissulaire partielle du derme qui se présente sous la forme d'une ulcération peu profonde avec un lit de plaie rouge rosé, sans fibrine. Elle peut également se présenter comme une phlyctène fermée ou ouverte, remplie d'un liquide séreux clair ou séro-sanguinolent. Elle se présente comme une ulcération peu profonde sèche ou humide/brillante, sans fibrine ni ecchymose*. Cette catégorie ne devrait pas être utilisée pour décrire les dermabrasions, brûlures, dermatites du siège associées à l'incontinence, la macération ou l'excoriation.

*L'ecchymose indique une atteinte profonde des tissus.

Catégorie/Stade III: Perte complète de tissu cutané

Perte complète de tissu cutané. Le tissu adipeux de l'hypoderme peut être visible, mais l'os, les tendons ou les muscles ne sont pas exposés. Il peut y avoir la présence de fibrine mais sans que celle-ci cache la profondeur de la perte tissulaire. Elle peut inclure du sous-minage ou des tunnélisations. La profondeur de l'escarre de Catégorie/Stade III dépend de sa localisation anatomique. Pour les ailes du nez, l'oreille, l'occiput et la malléole qui sont dépourvus de tissus sous-cutanés (adipeux), les escarres de Catégorie/Stade III peuvent être superficielles. Au contraire, les zones avec un tissu adipeux important peuvent développer des escarres de Catégorie/Stade III extrêmement profondes. L'os et les tendons ne sont pas visibles ou directement palpables.

Catégorie/Stade IV: Perte tissulaire complète

Perte tissulaire complète avec exposition osseuse, tendineuse ou musculaire. De la fibrine ou de la nécrose peut être présente. Souvent, elle présente des sous-minages et tunnélisations. La profondeur de l'escarre de Catégorie/Stade IV dépend de sa localisation anatomique. Pour les ailes du nez, l'oreille, l'occiput et la malléole qui sont dépourvus de tissus sous-cutanés (adipeux), les escarres de Catégorie/Stade IV peuvent être superficielles. L'escarre de Catégorie/Stade IV peut s'étendre au muscle et/ou aux structures de soutien (comme le fascia, les tendons ou les capsules articulaires) ce qui rend possible la survenue d'une ostéomyélite ou d'une ostéite. L'os et les muscles sont exposés, visibles ou directement palpables.

Catégories supplémentaires pour les États-Unis d'Amérique**Inclassifiable: Perte tissulaire ou cutanée complète dont la profondeur est inconnue**

Perte tissulaire complète dans laquelle la profondeur de l'escarre est complètement masquée par de la fibrine (jaune, beige, gris, vert ou marron) et/ou par de la nécrose (beige, marron ou noire) présente dans le lit de la plaie. Tant que la fibrine et/ou la nécrose ne sont pas enlevées afin d'exposer le fond du lit de la plaie, la profondeur réelle ne peut être déterminée; mais, quoi qu'il en soit, l'escarre sera considérée de Catégorie/Stade III ou IV. Une nécrose talonnière stable (sèche, adhérente, intacte sans érythème ou avec décollement tissulaire) a pour fonction d'être une "couverture naturelle (biologique) du corps" et ne doit pas être enlevée.

Dommages tissulaires profonds probables dont la profondeur est inconnue

Zone délimitée de couleur pourpre ou marron-rouge avec une peau intacte ou une phlyctène à contenu hématique, résultant d'une lésion des tissus mous sous-jacents dû à une pression et/ou du cisaillement. Cette zone peut être composée de tissus douloureux, fermes, mous, souples, plus chauds ou plus froids par rapport aux tissus adjacents. Le dommage des tissus profonds pourrait être difficile à détecter chez les personnes à peau foncée. L'évolution pourrait inclure la présence d'une phlyctène fine sur un lit de plaie plus foncé. La plaie peut encore évoluer en se couvrant d'une fine couche de nécrose. L'évolution de l'escarre peut, rapidement toucher d'autres tissus malgré un traitement optimal.

Évaluation des risques

La recherche épidémiologique s'est considérablement développée ces dernières années, permettant une meilleure compréhension des facteurs de risque dans le développement des escarres. Cette littérature devrait soutenir la pratique de l'évaluation des risques. Cependant, il faut être prudent dans l'interprétation des résultats de ces études de recherche épidémiologique, car ils peuvent dépendre des facteurs de risque inclus dans un modèle à multiples variables.

Politique d'évaluation des risques

1. Établir une politique d'évaluation des risques dans tous les contextes sanitaires. (Niveau de preuve = C)

Chaque établissement de soins devrait adopter une politique qui comprend des recommandations spécifiques pour : une approche structurée de l'évaluation des risques pertinents à cet établissement de soins, une sélection ciblée des domaines cliniques, une programmation des évaluations et réévaluations, une documentation de l'évaluation des risques, et une communication de ces informations au personnel soignant au complet.

2. Former les professionnels de soins de santé sur la façon de réaliser une évaluation des risques précise et fiable. (Niveau de preuve = B)

3. Documenter toutes les évaluations de risques (Niveau de preuve = C)

La documentation des évaluations des risques assure la communication au sein d'une équipe multidisciplinaire, apporte la preuve que la planification des soins est appropriée et sert de référence pour monitorer le suivi individuel des progrès observés.

Pratique d'évaluation des risques

4. Utiliser une approche structurée pour l'évaluation des risques afin d'identifier les personnes à risque de développer des escarres. (Force de la preuve = C)

Une approche structurée peut être obtenue par l'utilisation d'une échelle d'évaluation de risques en combinaison avec une évaluation pertinente de la peau et d'un jugement clinique. Les preuves suggèrent que l'introduction de ces éléments, en conjonction avec la mise en place d'équipes de professionnels de santé spécialisés dans les soins cutanés, de programmes d'éducation et de protocoles de soins, peut réduire l'incidence des escarres.

5. Utiliser une approche structurée pour l'évaluation des risques qui comprend l'évaluation de l'activité physique et de la mobilité. (Niveau de preuve = C)

5.1. Considérer les personnes alitées et/ou en fauteuil roulant comme des personnes à risque d'escarre.

6. Utiliser une approche structurée pour l'évaluation des risques qui comprend une évaluation complète de la peau pour détecter toute altération de l'intégrité cutanée. (Niveau de preuve = C)

6.1. Considérer que les personnes avec des altérations de l'intégrité cutanée sont des sujets à risque de développer des escarres.

L'altération de l'intégrité cutanée peut comprendre la peau sèche, l'érythème et d'autres modifications. La présence d'un érythème, qui ne blanchit pas à la pression augmente également les risques de développer une escarre.

7. Utiliser une approche structurée pour l'évaluation des risques affinée par un jugement clinique éclairé par la connaissance des principaux facteurs de risque. (Niveau de preuve = C)

8. Prendre en considération l'impact des facteurs suivants sur le risque qu'à une personne de développer une escarre:

a) Les indicateurs nutritionnels

Les indicateurs nutritionnels comprennent l'anémie, le taux d'hémoglobine et l'albuminémie, la quantification de l'apport nutritionnel et le poids.

b) Facteurs affectant la circulation et l'oxygénation

Les facteurs qui affectent la circulation sont le diabète, l'instabilité cardiovasculaires/l'utilisation de la noradrénaline, la pression artérielle basse, l'index de pression systolique bras-cheville et l'utilisation d'oxygène.

c) Humidité de la peau

La peau sèche et l'excès d'humidité sont des facteurs de risque (voir Evaluation de l'état cutané).

d) Âge avancé

9. Considérer que les facteurs de risque suivants, peuvent avoir un impact sur la personne et faciliter l'apparition d'une escarre

a) Friction et cisaillement (échelle de risque Braden)

b) Sensibilité (échelle de risque Braden)

- c) **État de santé général**
- d) **Température corporelle**

- 10. Procéder à une évaluation structurée des risques à l'admission et réévaluer régulièrement, aussi souvent que l'état de la personne le nécessite. La réévaluation devrait être faite lors de tout changement d'état général de la personne. (Niveau de preuve = C)**
- 11. Développer et mettre en pratique un protocole de prévention quand les personnes ont été identifiées comme étant à risque de développer une escarre. (Niveau de preuve = C)**

Les facteurs identifiés dans l'évaluation des risques devraient conduire à une approche de soin personnalisée pour minimiser l'impact de ces variables.

Évaluation de l'état cutané

Évaluation de l'état cutané

- 1. S'assurer qu'une évaluation complète de la peau fasse partie de la politique d'évaluation générale des risques mis en place dans chaque établissement de santé. (Niveau de preuve = C)**

Chaque établissement de soins devraient avoir mis en place une politique qui comprenne des recommandations pour une approche structurée de l'évaluation de l'état cutané en fonction du contexte, ainsi que pour chaque domaine clinique avec la fréquence d'évaluation / de réévaluation. Il convient de formuler des recommandations claires pour documenter l'évaluation cutanée et communiquer les informations à toute l'équipe élargie de soins.

- 2. Former les professionnels sur les modalités qui permettent d'effectuer une évaluation complète de la peau qui incluent des techniques pour identifier un érythème qui blanchit à la pression, la chaleur localisée, l'œdème et l'induration (dureté). (Niveau de preuve = B)**

Ces techniques d'évaluation supplémentaires peuvent être utilisées pour prendre soin de toutes les personnes. Toutefois, il existe des preuves pour dire que les escarres de Catégorie I sont sous-diagnostiquées chez les personnes ayant une peau foncée, car les zones de rougeurs ne sont pas aussi facilement visibles.

- 3. Inspecter régulièrement la peau à la recherche de rougeurs chez les sujets qui ont été identifié comme étant à risque d'escarre. Il se pourrait qu'il soit nécessaire d'augmenter la fréquence des inspections lors de l'aggravation des conditions générales de la personne soignée. (Niveau de preuve = B)**

Pour une identification précoce des signes d'un dommage secondaire lié à une pression, il est nécessaire d'effectuer des évaluations continues de la peau.

- 4. L'inspection de la peau devrait inclure une évaluation de la chaleur locale, de l'œdème et de l'induration (dureté), tout particulièrement chez les personnes à peau foncée. (Niveau de preuve = C)**

La chaleur locale, l'œdème et l'induration ont été identifiés comme les signes précurseurs du développement d'une escarre. Comme il n'est pas toujours possible de voir des signes de rougeurs sur la peau à pigmentation foncée, ces signes supplémentaires devraient être pris en considération dans l'évaluation.

- 5. Demander aux personnes d'identifier les zones d'inconfort ou de douleur qui pourraient être attribuées à des lésions de pression. (Niveau de preuve = C)**

De nombreuses études ont identifiés la douleur comme étant un facteur important chez les personnes porteuses d'escarres. De plus, plusieurs études indiquent que la douleur est un précurseur de la lésion tissulaire.

- 6. Observer la peau afin d'identifier les dommages causés par la pression de dispositifs médicaux. (Niveau de preuve = C)**

De nombreux types de dispositifs médicaux ont causé des dommages de pression (par exemple : des cathéters, des tubes à oxygène, tubulure de ventilateur, minerves semi-rigides, etc.)

- 7. Documenter toutes les évaluations cutanées en détaillant toute douleur qui pourrait être liée à des dommages suite à une pression. (Niveau de preuve = C)**

Une documentation précise est essentielle pour suivre les progrès de l'individu et pour faciliter la communication entre professionnels.

Soins cutanés

- 8. Dans la mesure du possible, ne pas positionner un individu sur une zone qui présente une rougeur due à une pression antérieure. (Niveau de preuve = C)**

La rougeur indique que le corps ne s'est pas encore remis de l'effet d'une pression antérieure et a besoin de répit avant de pouvoir supporter une autre charge (voir étiologie).

- 9. Ne pas utiliser le massage pour prévenir les escarres. (Niveau de preuve = B)**

Le massage est contre-indiqué en présence d'une inflammation aiguë et lorsqu'il est possible d'avoir des dommages vasculaires ou lorsque la peau est fragile. Le massage ne peut pas être recommandé comme une stratégie de prévention d'escarre.

10. Ne pas frictionner énergiquement la peau qui est à risque d'escarre. (Niveau de preuve = C)

En plus d'être douloureux, le frictionnement de la peau peut également causer la destruction de tissus mous ou provoquer une réaction inflammatoire, en particulier chez les personnes fragiles comme les personnes âgées.

11. Utiliser des produits émollients pour hydrater la peau sèche afin de réduire les risques de dommages cutanés. (Niveau de preuve = B)

La peau sèche semble être un facteur de risque significatif et indépendant dans le développement des escarres.

12. Protéger la peau de l'humidité excessive grâce à un produit barrière afin de réduire les risques d'une lésion dû à la pression. (Niveau de preuve = C)

Les propriétés mécaniques de la couche cornée sont modifiées par la présence d'humidité et selon la température.

Nutrition dans la prévention des escarres

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

1. Dépister et évaluer l'état nutritionnel de tout individu à risques d'escarre dans chaque établissement de soins.

Puisque la malnutrition est un facteur de risque réversible dans le développement des escarres, il est très important d'identifier et de gérer précocement la malnutrition. Les individus à risque d'escarre peuvent aussi être à risque de malnutrition, et un dépistage de leur état nutritionnel devrait donc être effectué.

- 1.1 Utiliser un outil valide, fiable et pratique pour évaluer l'état nutritionnel qui soit rapide et facile d'utilisation, qui soit acceptable tant par la personne soignée que par le soignant.**
- 1.2 Implanter une politique de dépistage nutritionnel dans tous les établissements de santé, ainsi que des recommandations de fréquence de ce dépistage.**

- 2. Envoyer en consultation toute personne à risque de malnutrition et d'escarre chez une diététicienne et, si nécessaire, auprès d'une équipe multidisciplinaire en nutrition comportant une diététicienne, un infirmier spécialisé en nutrition, un médecin, un orthophoniste, un ergothérapeute, et si besoin un dentiste.**

Si le dépistage nutritionnel identifie des personnes comme étant susceptibles de développer des escarres, ou souffrant de malnutrition, ou à risque nutritionnel, une évaluation plus complète devrait être effectuée par une diététicienne ou une équipe multidisciplinaire en nutrition. Ce soutien devrait être offert à chaque personne ayant des risques de dénutrition et de développer une escarre.

- 2.1 Fournir un support nutritionnel à chaque individu qui présente un risque de dénutrition et à risque d'escarre, en suivant le cycle nutritionnel. Celui-ci devrait inclure:**

- L'évaluation de la nutrition
- L'estimation des besoins nutritionnels
- La comparaison de l'apport nutritionnel avec les besoins estimés
- L'apport d'une intervention nutritionnelle appropriée, basé sur une voie d'administration adaptée.
- Le monitoring et l'évaluation des résultats nutritionnels avec des réévaluations fréquentes tant que l'individu est à risque.

(Niveau de preuve = C)

Les individus peuvent avoir besoin de différentes formes de gestion de la nutrition au cours de leur maladie.

- 2.2 Suivre les directives pertinentes et basées sur les preuves concernant la nutrition entérale et l'hydratation chez les individus à risque d'escarre montrant des risques ou problèmes nutritionnels.**
- 2.3 Offrir à chaque individu qui est à risque de dénutrition ou d'escarre un minimum de 30-35 Kcal par Kg de poids corporel et par jour, avec 1.25-1.5 g/Kg/jour de protéines et 1 ml d'apports hydriques par Kcal et par jour.**

RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES

- 1. Offrir des suppléments alimentaires riches en protéines par voie orale et/ou par sonde en plus du régime alimentaire habituel aux personnes présentant des risques de dénutrition ou d'escarre à cause de pathologies aiguës ou chroniques, ou suite à une intervention chirurgicale. (Niveau de preuve = A)**

La nutrition par voie orale (via l'alimentation normale et/ou avec des suppléments) est celle privilégiée pour la nutrition et doit être préservée autant que possible. Les compléments nutritionnels oraux apportent un avantage, car de nombreux patients à risque de développer des escarres ne peuvent satisfaire leurs besoins nutritionnels par l'alimentation orale normale. En outre, les suppléments nutritifs oraux semblent être un facteur de réduction significative du développement de l'escarre, si on le compare à des soins usuels.

La nutrition entérale (alimentation par sonde) et parentérale (par voie veineuse) peut être nécessaire lorsque la nutrition orale est insuffisante voire impossible, en fonction des conditions générales de l'individu et des objectifs visés.

- 1.1 Administrer des suppléments nutritifs oraux (SNO) et/ou de l'alimentation par sonde entre les repas, pour éviter la réduction des apports nutritionnels et hydriques pris lors de ces repas. (Niveau de preuve = C)**

Repositionnement pour la prévention des escarres

Repositionnement

- 1. L'utilisation du repositionnement devrait être pris en considération pour tous les individus à risque.**

- 1.1. Le repositionnement doit être entrepris pour réduire la durée et l'intensité de la pression sur les zones vulnérables du corps. (Niveau de preuve = A)**

Sur les proéminences osseuses, une pression élevée pour une courte période de temps est tout aussi dommageable que des basses pressions pendant une longue période de temps. Afin de diminuer le risque de développement d'escarre chez un individu, il est important de réduire le temps et la force de pression auxquels elle / il est exposé/e.

- 1.2. L'utilisation du repositionnement comme stratégie de prévention doit prendre en considération les conditions générales de la personne soignée ainsi que le support utilisé. (Niveau de preuve = C)**

Fréquence du repositionnement

2. La fréquence du repositionnement sera influencée par les variables qui concernent l'individu (Niveau de preuve = C) et par le type de support utilisé (Niveau de preuve = A).

2.1. La fréquence du repositionnement sera déterminée par la tolérance des tissus de l'individu, son niveau d'activité et de mobilité, sa situation médicale générale, les objectifs du traitement et par les évaluations de son état cutané. (Niveau de preuve = C)

2.2. Évaluer l'état cutané de l'individu et son confort général. Si l'individu ne répond pas comme prévu au programme de repositionnement, il faut reconsidérer la fréquence et la méthode de repositionnement. (Niveau de preuve = C)

2.3. La fréquence de repositionnement devrait être influencée par le support utilisé. (Niveau de preuve = A)

Un individu devrait être repositionné avec une fréquence plus élevée sur un matelas qui ne redistribue pas la pression comparativement à un matelas en mousse viscoélastique. La fréquence du repositionnement devrait dépendre de la qualité de redistribution des pressions du support.

Techniques de repositionnement

3. Le repositionnement contribue au confort de l'individu, à sa dignité et à sa capacité fonctionnelle. (Niveau de preuve = C)

3.1. Repositionner l'individu de telle sorte que les pressions soient réduites ou redistribuées.

3.2. Éviter de soumettre la peau à des pressions et aux cisaillements. (Niveau de preuve = C)

3.3. Utiliser des outils d'aide aux transferts afin de réduire les frictions et cisaillements. Surélever – ne pas faire glisser – l'individu lors du repositionnement. (Niveau de preuve = C)

3.4. Éviter de placer l'individu sur des dispositifs médicaux, tels que des tuyaux ou des systèmes de drainage. (Niveau de preuve = C)

3.5. Éviter de placer l'individu directement sur des proéminences osseuses sur lesquelles la peau présente un érythème persistant et non blanchissable. (Niveau de preuve = C)

- 3.6. Le repositionnement devrait être réalisé en utilisant la position latérale avec une inclinaison à 30 degrés (en alternant le côté droit, sur le dos et le côté gauche) ou la position couchée, dans la mesure où l'individu peut le tolérer et si son état de santé le permet. Évitez les postures qui peuvent augmenter la pression, telles que la position couchée sur le côté à 90 degrés ou la position semi-allongée. (Niveau de preuve = C)**
- 3.7. Si l'individu doit rester assis dans le lit, éviter de surélever la tête du lit et qu'il ait le dos voûté car cela expose le sacrum et le coccyx à des pressions et cisaillements. (Niveau de preuve = C)**

Repositionnement de l'Individu en position assise

- 4. Positionner l'individu de telle sorte qu'il puisse effectuer intégralement ses activités. (Niveau de preuve = C)**

Ceci peut être un processus complexe ; par exemple, dans un fauteuil qui s'incline, l'utilisation du repose-pied soulageant la pression des talons pourrait permettre une redistribution des pressions, mais gêner le transfert du et vers le fauteuil.

- 4.1. Choisir une posture que soit acceptable pour la personne et qui réduise au maximum les pressions et cisaillements exercés sur la peau et les tissus mous. (Niveau de preuve = C)**
- 4.2. Placez les pieds de l'individu sur un tabouret ou sur un repose-pied lorsque les pieds ne touchent pas le sol. (Niveau de preuve = C)**

Lorsque les pieds ne reposent pas sur le sol, le corps glisse vers l'avant de la chaise. La hauteur du repose-pied doit être réglée de manière à fléchir légèrement le bassin vers l'avant et les cuisses doivent être positionnées légèrement plus bas que la ligne horizontale.

- 4.3. Limitez le temps que passe une personne en position assise sur une chaise, sans décompression. (Niveau de preuve = B)**

Quand un individu est assis sur une chaise, le poids du corps provoque une forte pression exercée sur les tubérosités ischiatiques. La zone de charge étant, dans ce cas, relativement faible, la pression sera élevée ; par conséquent, sans décompression, une escarre se produit très rapidement.

Documentation du repositionnement

5. **Documenter les repositionnements en précisant la fréquence et les positions adoptées en incluant l'évaluation du résultat du repositionnement. (Niveau de preuve = C)**

Éducation et formation sur le repositionnement

6. **L'éducation sur le rôle du repositionnement dans la prévention des escarres devrait être offerte à toute personne impliquée dans l'assistance aux individus à risque d'escarre, y compris les individus eux-mêmes ainsi qu'aux proches significatifs (lorsque c'est possible). (Niveau de preuve = C)**
 - 6.1. **La formation sur les méthodes appropriées de repositionnement et sur l'utilisation des moyens auxiliaires devrait être offerte à toute personne impliquée dans l'assistance des individus à risque d'escarre, y compris les individus eux-mêmes ainsi qu'aux proches significatifs (lorsque c'est possible). (Niveau de preuve = C)**

Supports

1. Indications Générales

- 1.1. **La prévention chez les sujets à risque devrait être fournie de manière continue pendant toute la période où ils sont à risque. (Niveau de preuve = C)**
- 1.2. **Ne pas baser le choix d'un support seulement sur le niveau de risque perçu pour le développement d'une escarre ou sur la Catégorie/Stade des escarres existantes. (Niveau de preuve = C)**

La sélection d'un support approprié devrait tenir compte de facteurs tels que le niveau de mobilité de l'individu dans le lit, son confort, le besoin de contrôler le microclimat, le lieu, les circonstances et des prestations de soins.

- 1.3. **Choisir un support qui soit compatible avec le contexte de soin. (Niveau de preuve = C)**

Tous les supports ne sont pas compatibles avec tous les types de contexte de soins. L'utilisation d'un support à domicile exige une

évaluation du poids du lit, de la structure de la maison/appartement, de la largeur des portes, de la disponibilité en électricité et de la capacité à favoriser une ventilation afin d'éviter la surchauffe du moteur.

- 1.4. **Examiner la pertinence et la fonctionnalité des supports à chaque prise en soins de l'individu. (Niveau de preuve = C)**
- 1.5. **Avant utilisation, vérifiez que la surface d'appui soit utilisée dans les limites fonctionnelles de sa durée de vie, comme les recommandations spécifiques élaborées par le fabricant l'indiquent (ou d'autres méthodes d'essai reconnues par l'industrie). (Niveau de preuve = C)**

2. Utilisation du matelas et du lit dans la prévention des escarres

- 2.1. **Utiliser les matelas en mousse à haute densité, plutôt que les matelas hospitaliers en mousse standard, pour tous les sujets évalués à risque de développer une escarre. (Niveau de preuve = A)**

Les matelas en mousse à haute densité semblent être plus efficaces dans la prévention des escarres comparativement à ceux en mousse standard utilisés dans les hôpitaux.

- 2.2. **Il n'existe aucune preuve de la supériorité d'un type de matelas en mousse à haute densité par rapport à un autre type de matelas en mousse à haute densité. (Niveau de preuve = A)**

Il semble qu'il n'y ait aucune différence dans l'efficacité des matelas en mousse à haute densité.

- 2.3. **Utiliser un support dynamique (sur-matelas ou matelas) pour les patients à haut risque d'escarre dans les cas où il n'est pas possible d'intervenir par un repositionnement manuel fréquent. (Niveau de preuve = B)**

Lorsque les patients à haut risque ne peuvent pas être repositionnés manuellement, il est nécessaire de les équiper de supports dynamiques, car ils ont la capacité de modifier leurs propriétés de distribution des pressions.

- 2.4. **Les sur-matelas et matelas dynamiques à pression alternée ont une efficacité similaire en terme d'incidence sur les escarres. (Niveau de preuve = A)**

- 2.5. **Ne pas utiliser les sur-matelas et les matelas à air de pression alterné à petites cellules. (Niveau de preuve = C)**

Les matelas à air de pression alterné à petites cellules (d'un diamètre < à 10 cm) ne peuvent pas être dégonflés suffisamment pour assurer un allègement de la pression sur les cellules dégonflées. Actuellement, des capteurs internes, utilisés dans les modèles en cours de développement, pourraient résoudre ce problème.

- 2.6. Continuer à positionner et repositionner, autant que possible, toutes les personnes à risque de développer des escarres. (Niveau de preuve = C)**

3. Utilisation de supports pour prévenir les escarres au talon

- 3.1. S'assurer que les talons n'appuient pas sur la surface du lit. (Niveau de preuve = C)**

- 3.2. Les dispositifs de protection des talons doivent complètement les relever (les décharger) de manière à répartir le poids de la jambe le long du mollet, sans exercer de pression sur le tendon d'Achille. Le genou doit être en légère flexion. (Niveau de preuve = C)**

L'hyper-extension du genou peut entraîner une obstruction de la veine poplitée, ce qui pourrait prédisposer l'individu à une thrombose veineuse profonde.

- 3.3. Utiliser un oreiller sous le mollet de sorte que les talons soient surélevés (par exemple : "flottants"). (Niveau de preuve = B)**

Utiliser un oreiller sous le mollet pour surélever les talons du lit.

- 3.4. Inspecter régulièrement la peau des talons. (Niveau de preuve = C)**

4. Utilisation des supports pour prévenir les escarres en position assise

- 4.1. Utiliser un coussin de redistribution de pressions pour les individus assis dans un fauteuil dont la mobilité est réduite et qui sont donc à risque de développer des escarres. (Niveau de preuve = B)**

Différentes études montrent que l'utilisation d'un coussin de redistribution de pressions empêche le développement des escarres.

- 4.2. Limiter le temps qu'une personne passe assise sur une chaise sans décompression. (Niveau de preuve = B)**

- 4.3. Accorder une attention toute particulière aux personnes atteintes de lésions de la moelle épinière. (Niveau de preuve = C)**

5. Utilisation d'autres surfaces d'appui dans la prévention des escarres

- 5.1. Éviter d'utiliser la peau de mouton synthétique ; des découpes, des anneaux ou des bouées et des gants remplis d'eau. (Niveau de preuve = C)**
- 5.2. Les peaux de mouton naturelles pourraient être utiles dans la prévention des escarres. (Niveau de preuve = B)**

Certaines études montrent que l'utilisation de peau de mouton naturelle sur la surface du matelas pourrait être utile dans la prévention des escarres.

Population spécifique : Patients au bloc opératoire

1. Lors de l'évaluation des risques chez les personnes subissant une intervention chirurgicale, examiner les autres facteurs qui sont susceptibles d'intervenir et d'augmenter le risque de développer des escarres, comme:
 - a) Durée de l'opération;
 - b) Augmentation des épisodes d'hypotension per-opératoire;
 - c) Baisse de la température centrale pendant la chirurgie;
 - d) Mobilité réduite le jour post-opératoire.

2. Utiliser un matelas à redistribution de pressions sur la table d'opération pour tous les individus identifiés comme étant à risque de développer des escarres. (Niveau de preuve = B)

Plusieurs supports de salle opératoire qui favorisent la redistribution des pressions ont été développés.

3. Positionner le patient de manière à réduire le risque de développement des escarres pendant la chirurgie. (Niveau de preuve = C)
4. Surélever complètement les talons (les décharger) de manière à répartir le poids de la jambe le long du mollet sans mettre toute la pression sur le tendon d'Achille. Le genou doit être en légère flexion. (Niveau de preuve = C)

L'hyper-extension du genou peut entraîner une obstruction de la veine poplitée, ce qui pourrait prédisposer l'individu à la thrombose veineuse profonde.

5. Être vigilant à la redistribution des pressions avant et après la chirurgie. (Niveau de preuve = C)
 - a) Positionner l'individu sur un matelas à redistribution de pressions avant et après l'intervention. (Niveau de preuve = C)
 - b) Pendant les phases pré-opératoire et post-opératoire, installer l'individu dans une posture différente de celle adoptée pendant la chirurgie. (Niveau de preuve = C)

Remerciements

L'European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) et le National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) tiennent à remercier les personnes et les groupes suivants pour leur contribution au soutien financier de la présentation et de la diffusion de la directive. Toutes les contributions financières ont été faites après l'élaboration de la directive et n'ont en aucun cas influencé le développement des directives ou de son contenu. Les contributions financières ont été utilisées pour l'impression et la diffusion des directives. Les sociétés suivantes ont fourni des subventions à visées éducatives sans restrictions:

Donateurs pour la ligne directrice pour la prévention de l'EPUAP:

ArjoHuntleigh, Europe
Hill-Rom, Europe
KCI, Europe
Nutricia Advanced Medical Nutrition

Avec l'aimable contribution:

- McGoogan Library, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE, USA. (Les recherches des données de base ont été effectuées par un bibliothécaire professionnel et par les services de prêt entre bibliothèques)
- College of Nursing, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE, USA
- World Union of Wound Healing Societies and the University of Toronto, Toronto, CA. (Recherche initiale des données de base)
- The Registered Nurses of Ontario, Royal College of Nursing, Consortium on Spinal Cord Injury Medicine, Agency for Health Care Policy and Research (maintenant AHRQ) qui ont fourni les tables des niveaux de preuve utilisées pour soutenir les lignes directrices précédentes
- Eran Ganz-Lindgren qui a révisé un article écrit en hébreu.

Intervenants impliqués dans le domaine

Un remerciement tout particulier va aux nombreux intervenants du monde entier qui ont examiné les processus et les projets de la directive. Tous les commentaires des intervenants ont été examinés par le groupe pour le développement de la directive de l'EPUAP-NPUAP. Les révisions ont été faites sur la base de ces observations. Nous apprécions l'investissement des cliniciens, des chercheurs, des éducateurs, et des industriels de par le monde qui ont pris le temps de partager leur expertise et leur réflexion critique. Les recommandations de ce guide rapide sont meilleures grâce à vous!

©NPUAP-EPUAP 2009



www.npuap.org

www.epuap.org