


| | | |
|---|---|---|
|  | <h2>PROTOCOLE DE DEPISTAGE ET DE PREVENTION DES ESCARRES</h2> | <p>DOM-RP- PROT07-V1</p> <p>Date d'application : 22/02/2021</p> |
|---|---|---|

I. OBJET ET/OU OBJECTIFS

Cette procédure a pour objectif de permettre aux équipes soignantes de prévenir et de dépister la survenue de l'escarre chez les patients en :

- identifiant les patients à risque
- adoptant une stratégie de soins pour prévenir la survenue d'escarres chez les patients à risque;
- assurant au patient le bon support de soins en fonction de son risque d'escarre

II. DOMAINES D'APPLICATION ET PERSONNES CONCERNÉES

Cette procédure s'applique à la filière domicile aux services HAD et SSIAD

- Aides-soignants
- Infirmiers de coordination
- Infirmiers Libéraux
- Médecins HAD

III. DÉFINITIONS ET/OU ABRÉVIATIONS

a. Définition



L'escarre est une lésion cutanée d'origine **ischémique** liée à une **compression** des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses (*Définition établie en 1989 par le National PressureUlcer Advisory Panel (NPUAP).*)

On peut décrire trois types d'escarres :

- L'escarre « accidentelle » liée à une altération temporaire de la mobilité et/ou de la conscience
- L'escarre « neurologique » conséquence d'une pathologie chronique, motrice et/ou sensitive
- L'escarre « plurifactorielle » du patient polypathologique, confiné au lit et/ou au fauteuil.

b. Abréviations

- AS : Aides-soignants
- IDEC : Infirmiers de coordination
- IDEL : Infirmiers Libéraux

| | Rédigé par : | Vérifié par : | Approuvé par : |
|--------|---|---|---|
| Nom : | Laurence VALLETTE Infirmière stomathérapeute | Nathalie DOYEN Infirmière DU plaies et cicatrisation | Monique DELAGE Médecin HAD |
| Date : | 22/02/2021 | 22/02/2021 | 22/02/2021 |
| Visa : |  |  |  |

IV. DESCRIPTION

A/ Physiopathologie de l'escarre et Étiologie

1. Les facteurs de risque mécaniques

L'escarre reconnaît deux mécanismes principaux, et deux facteurs associés :

- Les facteurs principaux sont la **pression prolongée** et les **forces de cisaillement**.
- Les facteurs associés sont le **frottement** et la **macération**.

1.1 La pression prolongée

L'escarre apparaît lorsque la pression exercée est supérieure à la pression de perfusion tissulaire. Plus l'intensité de la pression est importante et moins le temps d'application nécessaire pour produire une escarre est long. Ainsi une forte pression pendant une courte durée a les mêmes conséquences qu'une pression faible prolongée. Les muscles et les tissus sous-cutanés (graisse) sont plus sensibles à l'effet de la pression que les couches les plus superficielles de la peau (derme et l'épiderme). Ceci explique que les dégâts sont souvent plus importants en profondeur que ne laisse imaginer une simple rougeur superficielle (principe de « l'iceberg »).

Que se passe-t-il en profondeur ?

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

1.2 Les forces de cisaillement

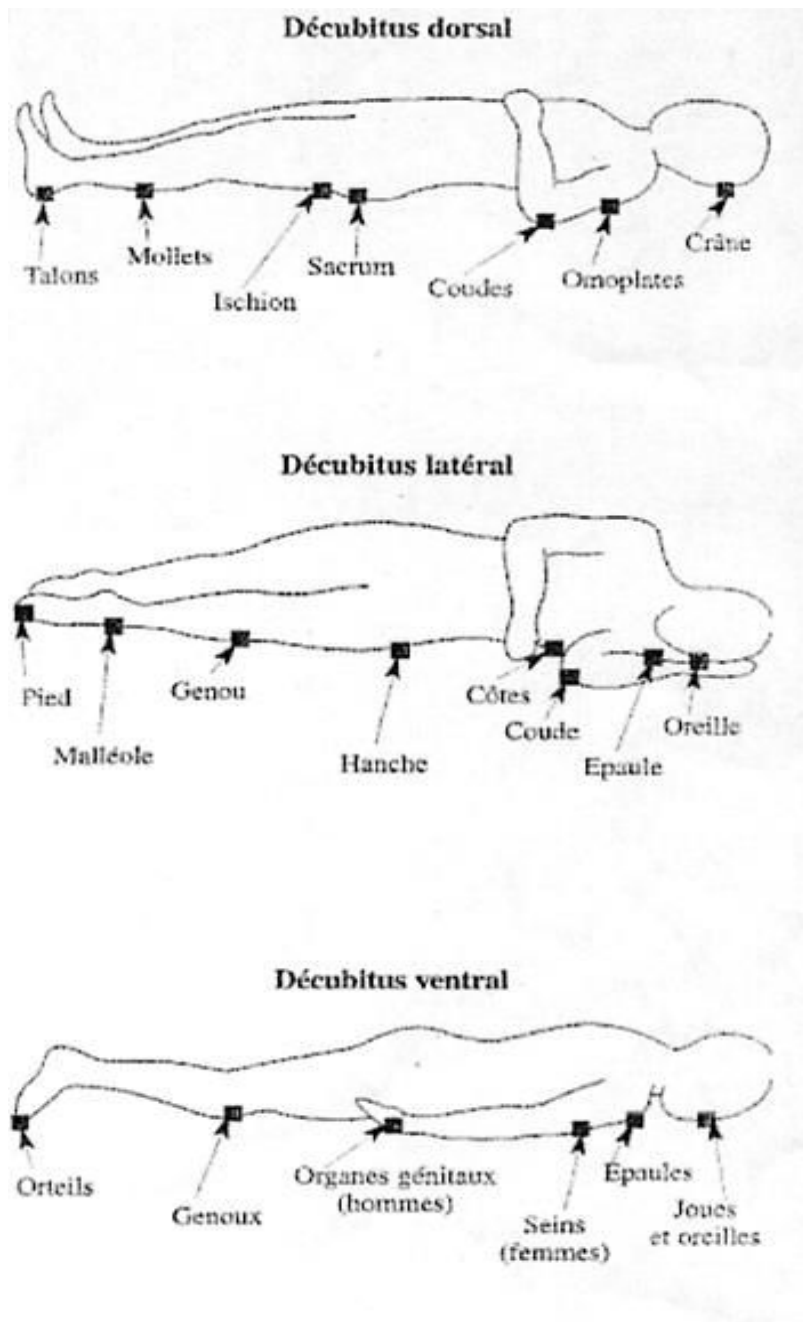
Lorsque le patient est en position assise ou demi-assise, les tissus sous-cutanés sont soumis à des forces tangentielles de cisaillement résultant de l'opposition entre le poids du corps et la résistance opposée par la fixité de la peau. Le tissu graisseux glisse sur le plan profond des muscles et dilacère les vaisseaux situés à cet endroit (effet hamac). Ces forces s'observent surtout au niveau du sacrum et/ou des ischions.

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

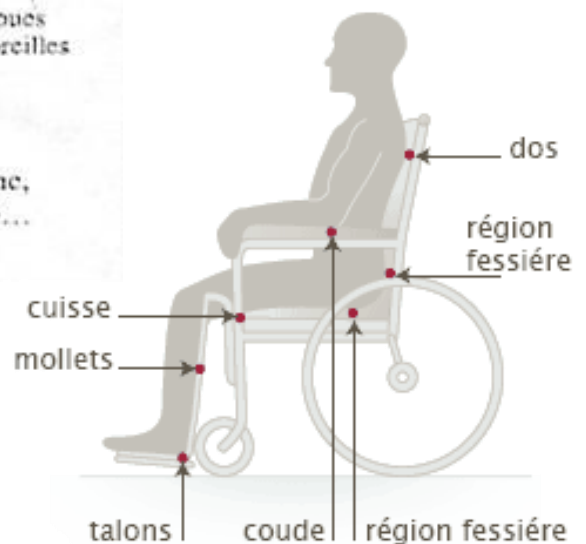
- **Le frottement** (forces de friction également tangentielles) est mis en jeu lors des brusques changements de position du patient. Il peut s'agir de mouvements spontanés du patient ou de mouvements non adaptés lors des soins. Ces forces sont à l'origine de bulles et d'abrasions cutanées superficielles qui fragilisent la peau et abaissent le seuil de tolérance de la pression.
- **La macération** est la conséquence d'une humidité anormale de la peau lors de la transpiration et chez les malades souffrant d'incontinence urinaire et fécale. La macération favorise la prolifération microbienne et diminue la résistance des tissus.

2. Les localisations des escarres

Les **principales localisations** sont par ordre de fréquence le **sacrum et les talons**.
Les localisations à risque sont celles où les proéminences osseuses sont apparentes.



Autres : Orifice avec sonde : sonde à oxygène, sonde gastrique, canule à demeure, sonde urinaire...



3. Les facteurs de risque

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

Certaines affections ont un risque élevé de constitution d'escarres :

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

Il existe un certain nombre de facteurs aggravants :

- des facteurs métaboliques : malnutrition, déshydratation, carences nutritionnelles et vitaminiques, diabète
- des facteurs de souffrance tissulaire : anémie, hypoxie
- cachexie (cancers, stade terminal), ou obésité.
- incontinence urinaire et fécale
- troubles vasculaires
- âge
- hyperthermie: toute élévation de 3° au dessus de 37° entraîne une diminution de 50 % de la résistance des tissus
- déficit de soins personnels

Enfin il existe des escarres « iatrogènes » :

- sous plâtre, liées à du matériel médical mal placé ou trop serré : attelles, gouttières, sondes urinaires, sondes à oxygène, sondes naso-gastrique...
- usure des supports ou inadéquation avec les besoins du patient

4. Complications

- Aggravation de l'escarre
- Infection
- troubles métaboliques
- Douleur
- Perte d'autonomie
- Morbidité
- Décès
- Dégénérescence cancéreuse

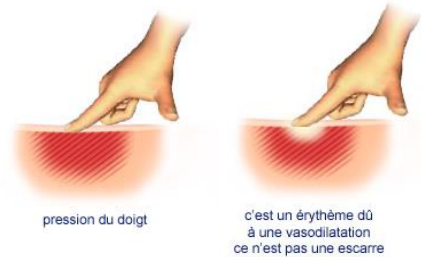
B/ Classification des Escarres

Classification clinique des escarres (APCPR)

Stade 0

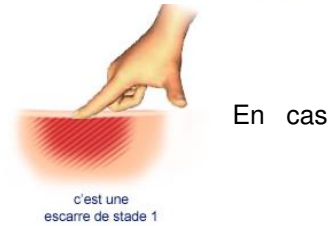
Rougeur qui blanchit à la pression du doigt.

Cette rougeur disparaît en moins de 24h, mais témoigne d'une réaction à la compression des tissus et doit entraîner la mise en place de mesures de prévention.



Stade 1 (Rougeur persistante)

Erythème ne blanchissant pas à la pression, sans effraction cutanée. de peau plus pigmentée : modification de la couleur, œdème, induration



Stade 2 (Phlyctène/Ulcération superficielle/Désépidermisation)

Désépidermisation avec perte partielle ou dommage impliquant l'épiderme (phlyctène) et/ou le derme (ulcération superficielle).



Stade 3 (Ulcération qui ne dépasse pas le fascia des muscles sous jacent)

Lésion cutanée intéressant toutes les couches de la peau, entraînant une souffrance ou une nécrose du tissu sous-cutané pouvant s'étendre au-dessous, mais ne dépassant pas le fascia des muscles sous jacents.



Stade 4 (Nécrose avec atteinte profonde des muscles et des os sous jacents)

Destruction extensive, nécrose des tissus ou souffrance tissulaire au niveau du muscle, de l'os ou des structures sous-jacentes, avec ou sans perte de substance cutanée complète.



Notes :

- Aux stades 3 et 4, il peut exister de la **nécrose**, il faut préciser si elle est **sèche ou humide**
- Au stade 4, il faut préciser s'il existe des signes de gravité : **l'infection ou la fistule**

C/ Outils d'Évaluation du Risque d'Escarre

L'évaluation du risque d'escarre repose d'une part sur l'**expérience clinique** des soignants, d'autre part sur des **échelles d'évaluation**.

1. Echelle de Braden

ANNEXE 2 : ÉCHELLE DE BRADEN©

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| Perception Sensorielle Capacité de répondre d'une manière significative à l'inconfort causé par la pression | 1. Complètement limitée: Absence de réaction (Ne gémit pas, ne sursaute pas, n'a pas de réflexe de préhension) aux stimuli douloureux, dû à une diminution du niveau de conscience ou à la sédation. OU A une capacité limitée de ressentir la douleur ou l'inconfort sur la majeure partie de son corps. | 2. Très limitée: Répond seulement aux stimuli douloureux. Ne peut communiquer l'inconfort que par des gémissements ou de l'agitation. OU A une altération sensorielle qui limite la capacité de ressentir la douleur ou l'inconfort sur la moitié de son corps. | 3. Légèrement limitée: Répond aux ordres verbaux, mais ne peut pas toujours communiquer l'inconfort ou le besoin d'être tourné. OU A une certaine altération sensorielle qui limite sa capacité de ressentir la douleur ou l'inconfort dans un ou deux de ses membres. | 4. Aucune atteinte: Répond aux ordres verbaux. N'a aucun déficit sensoriel qui pourrait limiter sa capacité de ressentir ou d'exprimer la douleur ou l'inconfort. |
| Humidité Le degré d'humidité auquel la peau est exposée. | 1. Constamment humide: La peau est presque constamment humide à cause de la transpiration, de l'urine, etc. La moiteur est notée à chaque fois que la personne est changée de position. | 2. Très humide: La peau est souvent mais pas toujours humide. La literie doit être changée au moins une fois par quart de travail. | 3. Occasionnellement humide: La peau est occasionnellement humide nécessitant un changement de literie additionnel environ une fois par jour. | 4. Rarement humide: La peau est habituellement sèche. La literie est changée aux intervalles habituels. |
| Activité Le degré d'activité physique | 1. Alité: Confinement au lit. | 2. Confinement au fauteuil: La capacité de marcher est très limitée ou inexistante. Ne peut supporter son propre poids et/ou a besoin d'aide pour s'asseoir au fauteuil ou au fauteuil roulant. | 3. Marche à l'occasion: Marche occasionnellement pendant la journée, mais sur de très courtes distances, avec ou sans aide. Le patient passe la plupart du temps au lit ou au fauteuil. | 4. Marche fréquemment: Marche hors de la chambre au moins deux fois par jour et dans la chambre au moins une fois chaque deux heures en dehors des heures de sommeil. |
| Mobilité Capacité de changer et de contrôler la position de son corps | 1. Complètement immobile Incapable de faire le moindre changement de position de son corps ou de ses membres sans assistance. | 2. Très limitée: Fait occasionnellement de légers changements de position de son corps ou de ses membres mais est incapable de faire des changements fréquents ou importants de façon indépendante. | 3. Légèrement limitée: Fait de fréquents mais légers changements de position de son corps ou de ses membres de façon indépendante. | 4. Non limitée: Fait des changements de position importants et fréquents sans aide. |
| Nutrition Profil de l'alimentation habituelle | 1. Très pauvre: Ne mange jamais un repas complet. Mange rarement plus du tiers de tout aliment offert. Mange deux portions ou moins de protéines (viandes ou produits laitiers) par jour. Boit peu de liquides. Ne prend pas de supplément nutritionnel liquide. OU Ne prend rien par la bouche et/ou reçoit une diète liquide ou une perfusion intraveineuse pendant plus de 5 jours. | 2. Probablement inadéquate: Mange rarement un repas complet et mange généralement que la moitié de tout aliment offert. L'apport de protéines comporte 3 portions de viandes ou de produits laitiers par jour. Prend occasionnellement un supplément nutritionnel. OU Reçoit une quantité insuffisante de liquide ou de gavage. | 3. Adéquate: Mange plus de la moitié de la plupart des repas. Mange un total de 4 portions de protéines (viandes, produits laitiers) chaque jour. Peut refuser à l'occasion un repas, mais prend habituellement un supplément nutritionnel s'il est offert. OU Est alimenté par gavage ou par alimentation parentérale totale qui répond probablement à la plupart des besoins nutritionnels | 4. Excellente: Mange presque entièrement chaque repas. Ne refuse jamais un repas. Mange habituellement un total de 4 portions ou plus de viandes et de produits laitiers. Mange occasionnellement entre les repas. Un supplément nutritionnel n'est pas nécessaire. |
| Friction et cisaillement | 1. Problème : Le patient a besoin d'une aide modérée à maximale pour bouger. Il est impossible de le soulever complètement sans que sa peau frotte sur les draps. Il glisse fréquemment dans le lit au du fauteuil, ce qui requiert d'être positionné fréquemment avec une aide maximale. La spasticité, les contractures ou l'agitation entraînent une friction presque constante. | 2. Problème potentiel : Le patient bouge faiblement ou requiert une aide minimale. Pendant un changement de position, la peau frotte probablement jusqu'à un certain degré contre les draps, le fauteuil, les contentions ou autres appareils. Il maintient la plupart du temps une assez bonne position au fauteuil ou au lit mais glisse à l'occasion. | 3. Aucun problème apparent : Le patient bouge de façon indépendante au lit ou au fauteuil et a suffisamment de force musculaire pour se soulever complètement pendant un changement de position. Il maintient en tout temps une bonne position dans le lit et au fauteuil | |

Le score total varie de 6 à 23 points. Plus le score est bas, plus l'individu a de risques de développer une escarre.

2. Echelle de BRADEN simplifiée

Echelle de BRADEN

| Sensibilité | Humidité | Activité |
|------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 1 complètement limitée | 1 constamment humide | 1 confiné au lit |
| 2 très limitée | 2 très humide | 2 confiné en chaise |
| 3 légèrement limitée | 3 parfois humide | 3 marche parfois |
| 4 pas de gêne | 4 rarement humide | 4 marche fréquemment |
| Mobilité | Nutrition | Frictions et frottements |
| 1 totalement immobile | 1 très pauvre | 1 problème permanent |
| 2 très limitée | 2 probablement inadéquate | 2 problème potentiel |
| 3 légèrement limitée | 3 correcte | 3 pas de problème apparent |
| 4 pas de limitation | 4 excellente | |

≥ 18 : risque bas

13 à 17 : risque modéré

≤ 12 : risque élevé

Score le plus bas = Patient à risque

3. Organisation du dépistage du risque d'escarre

Quand réaliser le test ?

- Systématiquement à l'**admission**
- A chaque **visite de suivi**
- **Contextuellement** lors de toute **modification de l'état de santé** de la personne ou apparition de facteur de risque (notamment en cas de fièvre, infection, affection pulmonaire, hypotension, incontinence, troubles circulatoires artériels ou veineux).

Qui doit le réaliser ?

- Les infirmiers de coordination à l'admission et lors des visites de suivi.
- Les aides-soignants lors des modifications de l'état de santé de la personne.

Où cela doit-il figurer ?

- Dans le dossier de soins informatisé : IDEC
- Dans le dossier patient à domicile : traçabilité dans la macrocible pour les IDEC HAD et le diagramme de soins pour les AS.
- Dans le projet individuel : IDEC SSIAD

Quelles conséquences ?

- Les IDEC seront informés par les AS du résultat de cette évaluation pour les situations à risque.
- L'IDEC organisera alors avec les AS le réajustement des mesures préventives en se basant sur le protocole.
- A chaque évaluation du risque d'escarre chez un patient, l'équipe doit réfléchir à une meilleure stratégie de soins préventifs.

D/ Protocole général de la prévention des escarres

1. Arbre décisionnel à partir du score de BRADEN

| Score | ≥ 18 Risque bas | 13 à 17 Risque modéré | | 10 à 12 Risque élevé | ≤ 10 Risque très élevé |
|-----------------------|---|---|--|---|---|
| Temps d'alitement | / | < 15h/j | ≥ 15h/j | | |
| Soins et surveillance | Evaluation du risque lors des visites IDEC et par les AS si modification de l'état de santé Encourager la mobilisation | Effleurage Surveillance des points d'appui à chaque passage Evaluation toutes les semaines | Effleurage Levée des points d'appui par du matériel de décharge Evaluation toutes les semaines | Effleurage : ⚠ arrêt effleurage quand escarre stade 1 Changement de positions Levée des points d'appui par du matériel de décharge (coussin de positionnement ou d'assise) | Education Changement de position |
| Education | Hygiène et surveillance quotidienne | Education hydratation et prévention de la dénutrition | Education hydratation et prévention de la dénutrition | Education hydratation et prévention de la dénutrition | Education hydratation et prévention de la dénutrition |
| Matériel | Lit personnel + Matelas normal | Matelas anti-escarres statique mousse gaufré ou mémoire de forme Si maintien au fauteuil : coussin d'assise à mémoire de forme | Matelas mousse à mémoire de forme Si maintien au fauteuil : coussin d'assise à mémoire de forme | Matelas mousse à mémoire de forme Si maintien au fauteuil : coussin d'assise à mémoire de forme | Matelas anti-escarres dynamique : - A air - Matelas système pressurisé ouvert non motorisé (en HAD) Coussin d'assise pneumatique |

2. Règles générales de la prévention d'escarre

L'hygiène corporelle

-Objectifs :

Conserver la peau en parfait état d'intégrité et de propreté.

-Moyens :

- ✓ Toilette complète quotidienne : bien rincer, bien sécher.
- ✓ Toilette intime lors des changes.
- ✓ Faire des changes plus fréquents afin d'éviter la macération.
- ✓ Eviter les plis des vêtements.
- ✓ Draps propres, sans plis, sans débris alimentaires.
- ✓ Si sonde urinaire, passer la sonde sur la cuisse.
- ✓ Si perfusion, passer la tubulure sur le membre.
- ✓ Effleurage de tous les points d'appui avec un produit restaurant le film protecteur hydro lipidique de la peau et accélérant le renouvellement des cellules de l'épiderme (huile de soin).
- ✓ Eviter les vêtements et chaussures trop serrées
- ✓ Signaler aux IDEL et IDEC toute rougeur ou plaie.

Mobilisation

-Objectifs :

Diminuer la durée des points de pression du corps et améliorer la vascularisation des tissus.

-Moyens :

- ✓ Faire des levers dès que possible ou auto soulèvements réguliers
 - ✓ Conseiller des exercices physiques : exercices actifs/passifs des membres inférieurs (circulation veineuse)
 - ✓ Mettre en place les supports matériels d'aide à la prévention pour favoriser la mise en décharge :
- un coussin anti-escarre sur le fauteuil ou attelles de mousse.
 - un matelas anti-escarre adapté.
 - un arceau protégé pour éviter le poids des couvertures et éviter l'équinisme.
 - les repose-pieds pour éviter l'équinisme.
 - un coussin entre les jambes pour éviter un point de friction.
- ✓ Faire des changements de position au mieux toutes les 3h et les noter sur la feuille de positionnement
 - ✓ Privilégier la position allongée sur le côté.
 - ✓ Protéger le matériel pouvant présenter des risques d'altération de la peau tels que plâtres, barrières de lit, attaches diverses...

L'hygiène alimentaire (Activation du protocole Dénutrition)

-Objectifs :

Assurer une hydratation correcte et satisfaisante, ainsi qu'un apport hyperprotidique.

-Moyens :

- ✓ Conseiller au patient de boire régulièrement
- ✓ Si fausses routes, conseiller au moins 4 pots d'eau gélifiée de 125 gr par jour.
- ✓ Faire noter la quantité d'eau donnée sur la feuille d'alimentation et faire si possible le bilan hydrique

Autres :

- ✓ Surveiller la température corporelle
- ✓ Evaluer la douleur
- ✓ Eduquer l'entourage au changement de position, aux mesures de décharges, au rythme des changes, à l'effleurage, aux conseils d'hygiène alimentaire
- ✓ Eviter toute utilisation d'éosine, bleu de Milián, teinture de Benjoin

3. Principes des massages (DOM-RP01-PROT01-AN01-V1)

Les massages trophiques avec pétrissage et décollement des plans cutanés **SONT A PROSCRIRE**. Ils sont reconnus néfastes ainsi que le séchoir / glaçon.

- **En préventif :**

Le massage traditionnel doit laisser place à un massage nettement moins agressif à type d'effleurage des proéminences osseuses dans un but :

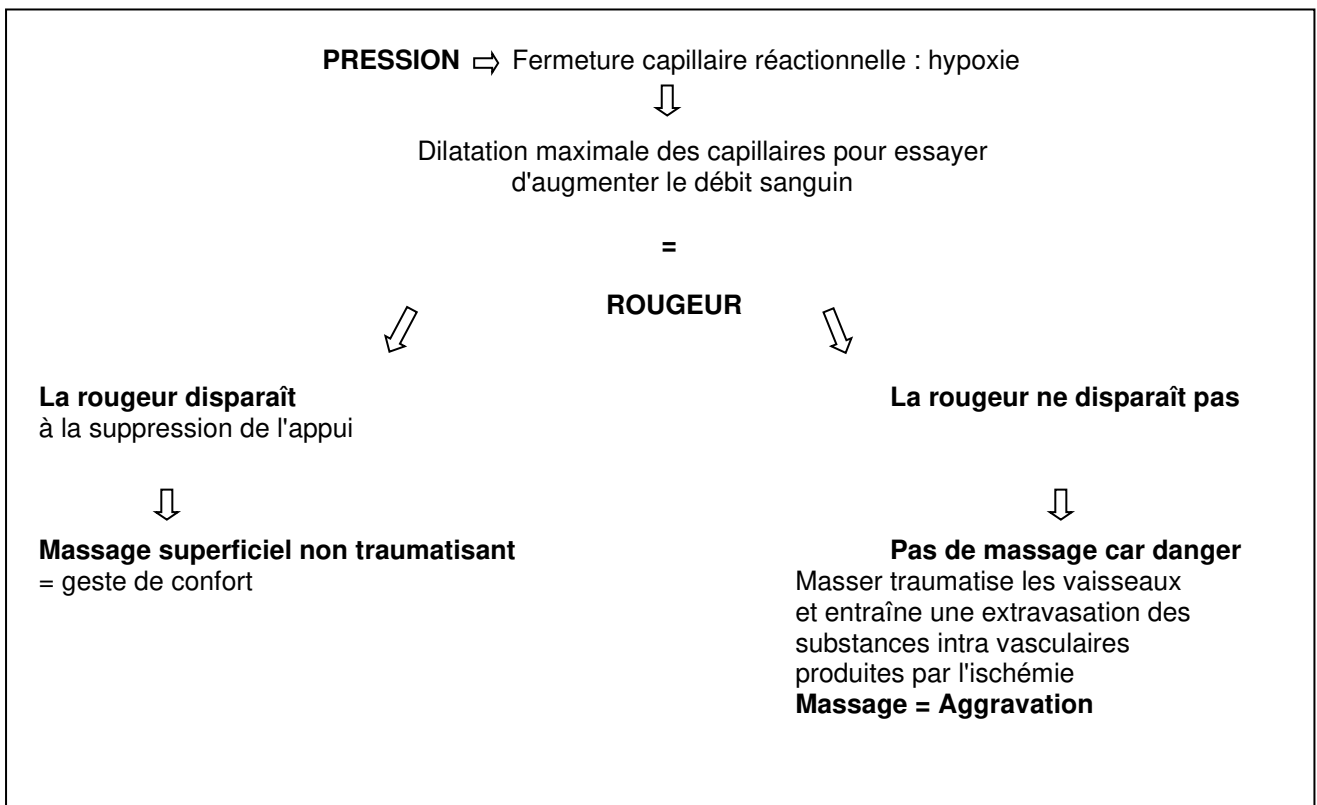
- essentiellement de confort, de soins relationnels
- d'inspection des zones à risques.

L'effleurage doit être réalisé à mains nues avec l'huile de soin en utilisant les doigts à plat et la paume des mains sans dépression des éléments sous - cutanés. Il est possible d'utiliser des gants à usages uniques notamment pour les personnes porteuses d'infections mais cela n'est pas conseillé pour une efficacité optimale.

Sa durée est de 1 à 2 minutes par site.

- **Face à la rougeur persistante :**

Au premier stade de l'escarre, **tout massage est à proscrire**, car la rougeur dissimule des dégâts tissulaires importants (résultants de la pression) au niveau des couches profondes de la peau.



V. ANNEXE

Principes des massages DOM-RP01-PRO01-AN01

Critères de choix des supports anti-escarre DOM-RP01-PRO01-AN02

Bibliographie

Conférence de consensus Escarre – ANAES 2001

www.escarre-perse.com

| NATURE DES MODIFICATIONS | | |
|--------------------------|------------|--|
| Version | Date | Objet de la modification |
| 1 | 22/02/2021 | Création du protocole (HAD-RP01-PRO01-PROT01-V2) |
| | | |
| | | |