

Janvier 2002

*Lignes directrices sur les pratiques
exemplaires en soins infirmiers*
Bâtir l'avenir des soins infirmiers

Évaluation du risque et prévention des lésions de pression



Registered Nurses
Association
of Ontario

L'Association des infirmières
et infirmiers autorisés de
l'Ontario



Mot de bienvenue de Doris Grinspun

Directrice exécutive

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) vous présente cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. La pratique basée sur des données probantes renforce le service excellent que les infirmières s'engagent à vous offrir dans leur travail quotidien.

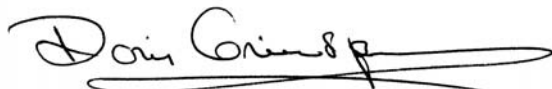
Nous remercions infiniment le grand nombre d'institutions et de personnes qui ont permis à la RNAO de concrétiser sa vision des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a reconnu la compétence de la RNAO pour mener à bien ce projet et offre un financement s'échelonnant sur plusieurs années. Tazim Virani, directrice du Projet des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, grâce à sa détermination sans bornes et ses compétences, fait progresser le projet encore plus rapidement et avec plus de vigueur qu'on ne l'avait imaginé. La collectivité des infirmières, de par son engagement et sa passion pour l'excellence en soins infirmiers, partage ses connaissances et son temps, éléments essentiels à la création et à l'évaluation de chaque ligne directrice. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme l'appel d'offre et leurs organismes accueillent l'essai pilote des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers.

C'est maintenant que se présente le véritable test de ce cheminement exceptionnel : les infirmières les lignes directrices dans leur travail quotidien?

La mise en place réussie de ces Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers nécessite un effort conjugué de la part de quatre groupes : les infirmières elles-mêmes, d'autres collègues du domaine des soins de santé, les infirmières qui enseignent en milieu universitaire et en milieu de travail, ainsi que les employeurs. Après avoir assimilé ces lignes directrices, les infirmières, de même que les étudiantes et étudiants en soins infirmiers, informés et avertis, ont besoin d'environnements de travail sains et favorables pour les aider à mettre en pratique ces lignes directrices.

Nous vous demandons de partager cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, ainsi que d'autres lignes directrices, avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous pouvons nous assurer que les Ontariennes et les Ontariens reçoivent les meilleurs soins possibles, chaque fois qu'ils entrent en contact avec nous. Tentons d'en faire les véritables gagnants de ce grand effort!

La RNAO continuera de travailler assidûment à l'élaboration et à l'évaluation de futures lignes directrices. Nous vous souhaitons une mise en place des plus réussies!



Doris Grinspun, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph.D. (doctorante)

Directrice exécutive

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Évaluation du risque et prévention des lésions de pression

Équipe du projet

Tazim Virani, inf. aut., M.Sc.inf.
Directrice du projet

Anne Tait, inf. aut., B.Sc.Inf.
Coordonnatrice du projet

Heather McConnell, inf. aut., B.Sc.Inf., M.A. (Éd)
Coordonnatrice du projet

Carrie Scott
Adjointe administrative

Elaine Gergolas, B.A.
Adjointe administrative

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Projet des Lignes directrices sur les
pratiques exemplaires en soins infirmiers

111, rue Richmond Ouest, bureau 1100

Toronto (Ontario)

M5H 2G4

Site Web : www.rnao.org

Afin de faciliter la lecture des textes, le terme « infirmière » englobe les infirmiers. Il est entendu que cette désignation n'est nullement restrictive.

Dans le texte de cette Ligne directrice, le terme « escarre de décubitus » est utilisé comme synonyme de « lésion de pression ».



Évaluation du risque et prévention des lésions de pression

2

Déclin de responsabilité

Les Lignes directrices sur les pratiques exemplaires ne s'appliquent qu'à la pratique des soins infirmiers et ne prennent pas en compte les implications fiscales. Les infirmières ne sont pas tenues d'appliquer ces lignes directrices et leur utilisation doit être souple afin de s'adapter aux désirs du patient et de sa famille et aux situations particulières. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Bien que tous les efforts aient été consentis pour s'assurer de l'exactitude du contenu au moment de la publication, ni les auteurs, ni la RNAO ne garantissent l'exactitude des renseignements contenus dans les Lignes directrices, ni n'acceptent aucune responsabilité quant au manque à gagner, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou d'omissions dans le contenu de ce document. Toute référence, tout au long du document, à des produits pharmaceutiques spécifiques n'est mentionnée qu'en tant qu'exemple et ne signifie aucunement que nous endossons l'un ou l'autre de ces produits.

Droit d'auteur

À l'exception des portions de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le reste de ce document peut être reproduit et publié, en entier seulement, sous toute forme, y compris le format électronique, à des fins éducatives ou non commerciales sans nécessiter le consentement ou la permission de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, à condition qu'une citation ou qu'une référence apparaisse dans le travail copié, tel qu'indiqué ci-dessous :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2002). *Évaluation du risque et prévention des lésions de pression*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Comment utiliser ce document

Cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

est un document détaillé comportant les ressources nécessaires au soutien de la pratique des soins infirmiers fondée sur des données probantes. Le document doit être révisé et appliqué en fonction des besoins particuliers de l'établissement ou du lieu de travail, ainsi que des besoins et des désirs du patient. Les lignes directrices ne doivent pas être appliquées au comme un « livre de recettes » mais utilisées en tant qu'outil pour aider à la prise de décisions, en ce qui concerne les soins individualisés du client, et pour s'assurer que les structures et les soutiens adéquats sont en place pour prodiguer les meilleurs soins possibles.

Les infirmières, les autres professionnels des soins de santé, de même que les administrateurs qui font la promotion des changements de la pratique des soins infirmiers et qui y contribuent eux-mêmes, trouveront ce document précieux pour l'élaboration de règlements, de procédures, de protocoles, de programmes de formation, d'outils de documentation et d'évaluation, etc. Il est recommandé d'utiliser les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers comme un outil de référence. Il n'est pas nécessaire ni pratique que chaque infirmière possède une copie complète de la Ligne directrice. Les infirmières qui offrent des soins directs aux clients pourront bénéficier d'un examen des recommandations, des données probantes et du processus qui a été utilisé pour élaborer la ligne directrice. Toutefois, il est fortement recommandé que les pratiques infirmières dans les établissements ou les endroits où les soins sont prodigués adaptent cette Ligne directrice qui seront faciles à utiliser pour le travail quotidien.

Les établissements qui désirent utiliser cette Ligne directrice peuvent décider de le faire de plusieurs façons :

- Évaluer les pratiques actuelles en matière de soins de santé et de soins infirmiers grâce aux recommandations présentées dans la Ligne directrice.
- Définir les recommandations qui permettront d'identifier les besoins ou de combler les lacunes dans le service offerts.
- Élaborer de manière méthodique un plan visant à mettre en place les recommandations grâce aux outils et aux ressources ad hoc.

Des ressources de mise en place seront disponibles par e biais du site Web de la RNAO afin d'aider les personnes et les organismes à mettre en place les lignes directrices sur les pratiques exemplaires. La RNAO désire connaître la façon dont vous avez mis en place . Veuillez communiquer avec nous pour nous faire partager votre expérience.

Membres du Groupe d'élaboration

Fran MacLeod, inf. aut., M.Sc.Inf.

Chef d'équipe

Infirmière de pratique avancée –
Gérontologie et soins des plaies
*West Park Healthcare Centre
Toronto (Ontario)*

Patti Barton, inf. aut., ISP, E.T.

Consultante – Stomie, blessures et peau
Toronto (Ontario)

Karen Campbell, inf. aut., M.Sc.Inf.

Infirmière praticienne,
Infirmière clinicienne spécialisée –
Soins des plaies
*St. Joseph's Health Care London
Parkwood Site
London (Ontario)*

Margaret Harrison, inf. aut., Ph.D.

Professeure agrégée
*Queen's University School of Nursing
Kingston (Ontario)*
Spécialiste en soins infirmiers
*Clinical Epidemiology Program,
Institut de recherche en santé d'Ottawa
Ottawa (Ontario)*

Kelly Kay, inf. aux. aut.

Directrice exécutive adjointe
*Association des infirmières auxiliaires
autorisées de l'Ontario
Mississauga (Ontario)*

Terri Labate, inf. aut., CRRN, GNC(C)

*St. Joseph's Health Care London,
Parkwood Site
London (Ontario)*

Susan Mills-Zorzes, inf. aut., B.Sc.Inf.,
CWOCN

Infirmière en stomothérapie
*St. Joseph's Care Group
Thunder Bay (Ontario)*

Nancy Parslow, inf. aut., E.T.

Consultante en stomothérapie et
soins des plaies
*Pratique privée
Toronto (Ontario)*



Pour communiquer avec nous

Association des infirmières et
infirmiers autorisés de l'Ontario
Projet des Lignes directrices sur les
pratiques exemplaires en soins infirmiers
111, rue Richmond Ouest, bureau 1100
Toronto (Ontario)
M5H 2G4

Association des infirmières et
infirmiers autorisés de l'Ontario
Siège social
438, avenue University, bureau 1600
Toronto (Ontario)
M5G 2K8

Remerciements

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario tient à remercier les personnes et les groupes suivants pour leur contribution à la révision de cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers et pour leurs commentaires précieux :

Joan Barton

Toronto (Ontario)

Wanda Chase

Directrice des soins infirmiers

Nipigon District Memorial Hospital

Nipigon (Ontario)

Darlene Dundas

Directrice, soins aux résidents (retraîtée)

Bethammi Nursing Home

Thunder Bay (Ontario)

Chris Fraser

Diététiste clinique

St. Joseph's Health Care

Parkwood Hospital, London, (Ontario)

D^{re} Pamela Houghton

Service de physiothérapie

Faculty of Applied Health Science

University of Western Ontario

London (Ontario)

D^r David Keast

London (Ontario)

Carol Kolga

Directeur régional des services résidentiels

Central Park Lodge

Ottawa (Ontario)

Linda Norton

Ergothérapeute, Seating Clinic

West Park Healthcare Centre

Toronto (Ontario)

Lynn Parsons

Directrice des soins

Maple Health Centre

Maple (Ontario)

Honor Rae, inf. aut.

West Park Healthcare Centre

Toronto (Ontario)

Elizabeth Reid

Physiothérapeute

Stouffville (Ontario)

Angela Saunders

Thunder Bay (Ontario)

Susan Shawchek

Ajax (Ontario)

D^r R.G. Sibbald

Mississauga (Ontario)

Linda Stewart

Directrice des services aux patients

McCausland Hospital

Terrace Bay (Ontario)

Randy Warren
Président directeur général –
Association canadienne des victimes de la
thalidomide
London (Ontario)

D^{re} Marisa Zorzitto
Service régional de gériatrie
West Park Healthcare Centre
Toronto (Ontario)

La RNAO désire également remercier les organismes suivants, situés à Ottawa, en Ontario, pour le rôle qu'ils ont joué dans l'essai pilote cette Ligne directrice :

Sœurs de la Charité d'Ottawa
Service de la santé

The Rehabilitation Centre of the Royal
Ottawa Health Care Group

St Patrick's Nursing Home

Perley Rideau Centre of the Royal Ottawa
Health Care Group

Hôpital Montfort

Saint Elizabeth Health Care

VHA Home Healthcare

La RNAO souhaite souligner le leadership et le dévouement des infirmières chercheuses qui ont dirigé l'étape d'évaluation du projet des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Voici les membres de l'équipe d'évaluation :

Chercheuses principales :

D^{re} Nancy Edwards
D^{re} Barbara Davies
Université d'Ottawa

Chercheuses adjointes de l'équipe d'évaluation :

D^{re} Maureen Dobbins
D^{re} Jenny Ploeg
D^{re} Jennifer Skelly
Université McMaster

D^{re} Patricia Griffin
Université d'Ottawa



Table des matières

Sommaire des recommandations	8
Responsabilité du développement	15
Intention et champ d'activité	16
Processus d'élaboration	18
Définition des termes	19
Contexte	22
Interprétation des données probantes	23
Recommandations de fond	24
Recommandations relatives à la formation	39
Recommandations contextuelles	42
Évaluation et surveillance de la Ligne directrice	43
Guides de référence rapide	45
Méthode de mise à jour et de révision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers	46
Références bibliographiques	47
Bibliographie	49
Annexe A : Profil des parties prenantes – Révision externe	51
Annexe B : Matériel didactique recommandé	51
Annexe C : Instrument de mesure du risque d'escarre de Braden	52
Annexe D : Élimination et réduction de la pression	54
Annexe E : Description de la <i>Trousse sur la marche à suivre</i>	56
Annexe F : Guide de référence rapide : RNAO – Évaluation du risque et prévention des lésions de pression	56

Sommaire des recommandations

Évaluation

Recommandation

1.1

Effectuer un examen de la peau, de la tête aux pieds, pour tous les patients au moment de l'admission, lors du transfert des patients et à chaque fois que l'on note des changements dans l'état de santé. Il importe de porter une attention particulière aux protubérances osseuses. *(force de la preuve = C)*

Recommandation

1.2

On recommande de procéder à l'évaluation du risque qu'a un patient de développer une escarre de décubitus à l'aide de l'instrument de mesure du risque d'escarre de Braden. Les interventions devraient être fondées sur les catégories établies par Braden (perception sensorielle, mobilité, activité, humidité, nutrition, friction et cisaillement) plutôt que sur une note globale. Dans certains cas particuliers où l'on dispose d'outils d'évaluation du risque adaptés à la population et où ces outils ont fait l'objet de tests pour évaluer leur fiabilité et leur validité, il est possible d'utiliser ces outils pour l'évaluation. *(force de la preuve = C)*

Recommandation

1.3

Déceler toutes les escarres de décubitus et en établir le stade en utilisant la classification du National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). *(force de la preuve = C)*

Recommandation

1.4

Les patients qui sont alités ou qui sont confinés au fauteuil doivent être examinés dans toutes les positions, ainsi que lorsqu'on les soulève, les tourne et les repositionne, pour vérifier s'il y a pression, friction et cisaillement. *(force de la preuve = C)*

Recommandation

1.5

Toutes les données doivent être documentées au moment de l'évaluation et de la réévaluation. *(force de la preuve = C)*

8



Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers :

Évaluation du risque et prévention des lésions de pression

Disponible sur le site Web de la RNAO à l'adresse suivante :

www.rnao.org.

Planification

Recommandation 2.1

L'évaluation permet d'orienter le plan de soins individualisé en fonction des facteurs de risque déterminés en collaboration avec le patient, ses proches et les professionnels de la santé. *(force de la preuve = C)*

Recommandation 2.2

L'infirmière a recours à son jugement clinique pour interpréter le risque (l'âge, la gravité de la maladie, la comorbidité, la médication, le bien-être psychosocial, le support, la posture, les vêtements) et les objectifs du patient. *(force de la preuve = C)*

Intervention

Recommandation 3.1

Pour les patients à risque, minimiser la pression par l'utilisation immédiate d'équipement permettant d'éliminer ou de réduire la pression ou en établissant un horaire de repositionnement.

(force de la preuve = C)

Recommandation 3.2

Les patients qui risquent de développer une escarre de décubitus ne doivent jamais recevoir de soins sur un matelas standard. La solution à retenir, dans un tel cas, est d'utiliser un matelas qui diminue les points d'appui, comme les matelas en mousse très dense. *(force de la preuve = A)*

Recommandation 3.3

Pour les personnes alitées :

- Utiliser des dispositifs permettant une autonomie pour le positionnement, le soulèvement et le transfert (p. ex. : trapèze, planche de glissement, gardienne).
- Repositionner au moins toutes les deux heures, ou plus fréquemment si le risque est élevé.
- Utiliser des oreillers ou des coussins de mousse pour éviter le contact avec les protubérances osseuses. Utiliser des dispositifs qui éliminent toute pression sur les talons.
- Éviter une position directement sur le trochanter. Un angle de 30 degrés, d'un côté ou de l'autre, est recommandée.

- Maintenir la tête du lit le moins élevé possible en fonction de l'état pathologique et des restrictions, de façon à limiter l'effet de cisaillement. Une élévation maximum de 30 degrés est recommandée.
- Utiliser des dispositifs de soulèvement pour déplacer le patient plutôt que de le faire glisser au moment de le changer d'endroit ou de position.
- Ne pas utiliser d'appareil ou de produit en forme de beigne qui concentre la pression sur une nouvelle région.
- Utiliser un plan de soins écrit.
(force de la preuve = C)

Recommandation 3.4

Pour les personnes confinées au fauteuil :

- S'assurer, si possible, que le patient transfère son poids toutes les quinze minutes.
- Repositionner le patient au moins toutes les heures s'il n'est pas en mesure de transférer son poids lui-même.
- Utiliser des dispositifs permettant de diminuer la pression sur les surfaces d'appui.
- Ne pas utiliser de dispositif ou de produit en forme de beigne qui concentre la pression sur d'autres régions.
- Au moment de positionner le patient dans un fauteuil ou une chaise roulante, tenir compte de la posture, de la distribution du poids, de l'équilibre et de la stabilité, ainsi que de la diminution de la pression.

- Recourir à l'ergothérapie/physiothérapie pour l'évaluation et l'adaptation de la position assise chez les patients ayant des besoins particuliers.
- Utiliser un plan de soins écrit.
(force de la preuve = C)

Recommandation 3.5

Utiliser des techniques de positionnement, de transfert et de rotation adéquates. Consulter un ergothérapeute ou un physiothérapeute en ce qui concerne les techniques et les appareils de transfert afin de diminuer la friction et le cisaillement et d'accroître l'indépendance du patient lorsque son état de santé change.
(force de la preuve = C)

Recommandation 3.6

Éviter le massage sur des régions où il y a des protubérances osseuses.
(force de la preuve = B)

Recommandation 3.7

Prendre en considération les répercussions de la douleur sur la mobilité et l'activité. Les méthodes de maîtrise de la douleur comprennent, par exemple : une médication efficace, le positionnement thérapeutique, les supports et autres options permettant d'atténuer la douleur. Surveiller régulièrement le niveau de douleur. Considérer d'autres méthodes thérapeutiques (neurostimulateur transcutané).
(force de la preuve = C)

Recommandation 3.8

Adapter l'horaire des bains aux besoins et aux préférences du patient. Éviter d'utiliser l'eau chaude et opter pour un nettoyant doux pour minimiser l'irritation et l'assèchement de la peau. Éviter d'appliquer force et friction sur la peau.

(force de la preuve = C)

Recommandation 3.9

Minimiser les facteurs environnementaux tel le faible degré d'humidité et l'air froid. Utiliser un hydratant efficace pour réhydrater la peau sèche et accroître la résistance aux lésions. *(force de la preuve = C)*

Recommandation 3.10

Utiliser des crèmes et des hydratants lubrifiants, des pansements protecteurs (p. ex., un film transparent, un hydrocolloïde) ou un rembourrage protecteur pour réduire le risque de blessure causée par la friction.

(force de la preuve = C)

Recommandation 3.11

S'il y a humidité excessive ou incontinence :

- Nettoyer doucement la peau lorsque le patient se salit.
- Minimiser l'exposition de la peau à l'humidité excessive. Évaluer et traiter l'incontinence urinaire. Lorsque l'humidité ne peut être contrôlée, utiliser une culotte ou un protège-drap absorbants et placer sur lapeau une surface séchant rapidement.

- Il est également possible d'utiliser des agents topiques qui bloquent l'humidité.
- Si l'irritation cutanée persiste dans une région humide, consulter le médecin pour qu'il évalue la situation et prescrive un traitement topique.

- Pour contrôler l'incontinence, consulter une infirmière ou un infirmier spécialisé, ainsi que la ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de la RNAO (2002) intitulée *Favoriser la continence par le déclenchement de la miction*.

(force de la preuve = C)

Recommandation 3.12

Si l'on soupçonne une carence nutritionnelle :

- Consulter un ou une diététiste professionnel.
- Rechercher des facteurs qui compromettent l'apport alimentaire d'une personne qui semble bien nourrie (particulièrement les protéines ou les calories) et offrir un soutien à cette personne en ce qui concerne son alimentation.

- Planifier et mettre en place un protocole de soutien ou de suppléments alimentaires pour les personnes souffrant de carences nutritionnelles. Si l'apport alimentaire demeure inadéquat, envisager, si cela correspond aux objectifs globaux du plan de soins, des interventions nutritionnelles plus efficaces comme l'alimentation entérale ou parentérale.

(force de la preuve = C)



Recommandation 3.13

Mettre sur pied un protocole de réadaptation si cela est conforme aux objectifs globaux du plan de soins et si la possibilité d'améliorer la mobilité et l'activité de la personne existe. Consulter l'équipe de soins au sujet du programme de réadaptation. *(force de la preuve = C)*

Sortie/transfert d'établissement

Recommandation 4.1

Prévenir suffisamment à l'avance du transfert d'un client d'un établissement à un autre (p. ex. : de l'hôpital à la maison/ maison de retraite/hospice/soins en établissement) lorsque l'équipement permettant de diminuer les pressions doit être installé au moment du transfert, par exemple : des matelas réduisant la pression, l'équipement de transfert particulier, des fauteuils. Le transfert dans un autre établissement peut nécessiter une visite des lieux, une réunion avec la famille et/ou le patient ou une évaluation concernant le financement des ressources allouées à la prévention du développement d'escarres de décubitus.

(force de la preuve = C)

Recommandation 4.2

Informers les patients que l'on déplace d'un établissement à un autre des points suivants :

- Les facteurs de risque déterminés.
- Les détails concernant les points de pression et l'état de la peau avant la sortie.

- Le type de lit ou de matelas dont a besoin le patient.
- Le type de fauteuil dont a besoin le patient.
- Les détails concernant les escarres guéries.
- Le stade et la taille des escarres existantes, ainsi que les régions où elles se trouvent.
- L'historique des escarres, les traitements antérieurs et les pansements (génériques) utilisés.
- Le type de pansement actuellement utilisé et la fréquence de changement.
- Toute allergie au type de pansement.
- Le besoin d'un soutien nutritionnel continu. *(force de la preuve = C)*

Recommandation 4.3

Recommander l'utilisation des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers 2002 de la RNAO intitulée *Évaluation du risque et prévention des lésions de pression*.

(force de la preuve = C)



Recommandations sur le plan éducationnel

Recommandation | 5.1

Les programmes d'enseignement portant sur la prévention des escarres de décubitus doivent être structurés, organisés et détaillés et ils doivent s'adresser aux prestataires de soins de santé, aux clients, aux familles et aux soignants de tous les échelons.

(force de la preuve = A)

Recommandation | 5.2

Le programme d'enseignement portant sur la prévention des escarres de décubitus doit comporter des renseignements à propos des points suivants :

- Causes et facteurs de risque prédisposant au développement des escarres de décubitus.
- Instrument de mesure du risque d'escarre de Braden (six catégories permettant de définir les risques) et pertinence des catégories quant à la planification des soins.
- Examen de la peau.
- Stades des escarres de décubitus.
- Sélection ou utilisation de supports.
- Élaboration et mise en place d'un programme individualisé de soins de la peau.
- Démonstration de techniques de positionnement et de transfert afin de diminuer le risque de lésions aux tissus.
- Directive concernant une documentation précise des données pertinentes.

(force de la preuve = B)

Recommandation | 5.3

Le programme d'enseignement doit définir les personnes responsables de la prévention des escarres de décubitus et inclure une description du rôle de chacun. Le niveau d'information et le mode de communication doivent être adaptés au public et comporter un aperçu de la participation attendue de chacun. Le programme d'enseignement doit être mis à jour de façon régulière afin d'y intégrer les techniques et les technologies nouvelles et existantes.

(force de la preuve = C)

Recommandation | 5.4

Les programmes d'enseignement doivent être élaborés, mis en place et évalués à l'aide de principes relatifs à l'apprentissage des adultes. Les programmes doivent être dotés de mécanismes intégrés, comme des normes d'appréciation de la qualité et des vérifications afin d'évaluer leur efficacité à prévenir les escarres de décubitus.

(force de la preuve = C)

Recommandations contextuelles

Recommandation 6.1

Les lignes directrices risquent davantage d'être efficaces si elles tiennent compte des situations locales et si elles sont diffusées dans le cadre d'un programme de formation et d'éducation continu.

(force de la preuve = C)

Recommandation 6.2

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires ne peuvent être mises en place avec succès que si les conditions suivantes sont réunies : une planification, des ressources, un soutien organisationnel et administratif adéquats, ainsi qu'une facilitation appropriée. À cet égard, la RNAO (par l'entremise d'un groupe d'étude composé d'infirmières et d'infirmiers, de chercheurs et d'administrateurs) a élaboré la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*, qui est fondée sur des preuves, des perspectives théoriques et un consensus existants. La trousse est recommandée en tant qu'un outil d'introduction à la mise en place de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de la RNAO qui porte sur *l'évaluation des risques et la prévention des escarres de décubitus*. *(force de la preuve = C)*

Recommandation 6.3

Les organismes ont besoin d'une politique en ce qui concerne les avis préalables qu'ils demandent ou qu'ils doivent fournir au moment de transférer des patients d'un établissement à un autre ou de les admettre dans un établissement dans les cas où des besoins

particuliers (p. ex. : supports) doivent être satisfaits. *(force de la preuve = C)*

Recommandation 6.4

Les organismes doivent s'assurer que des ressources sont disponibles pour les patients et le personnel, par exemple : des hydratants appropriés, des barrières, l'accès à l'équipement, des thérapeutes, etc.

(force de la preuve = C)

Recommandation 7.1

Il est important de réévaluer les risques de façon périodique. Les soins doivent être modifiés en fonction des facteurs de risque déterminés. La fréquence de la réévaluation dépend de l'état du patient et de la réglementation de l'établissement.

(force de la preuve = C)

Recommandation 7.2

Les interventions et les résultats doivent faire l'objet d'une surveillance et doivent être documentés grâce à des mesures comme celles utilisées dans les études comparées et les études parallèles.

(force de la preuve = C)

Recommandation 7.3

La vérification des stratégies pour la prévention des escarres de décubitus peut être centrée sur trois groupes différents : a) patient, b) agence et c) communauté.

(force de la preuve = C)

Responsabilité du développement

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO), grâce au financement accordé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), a entrepris un projet s'échelonnant sur plusieurs années et visant l'élaboration, la mise à l'essai, l'évaluation et la diffusion de lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. L'un des points importants du premier cycle de ce projet est l'évaluation du risque et la prévention des escarres de décubitus. Cette ligne directrice a été élaborée par un groupe d'étude composé de chercheurs et d'infirmières réunis par la RNAO et effectuant un travail libre de préjugés, sans influence du MSSLD.

15



L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, grâce au financement fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, a entrepris un projet s'échelonnant sur plusieurs années et visant l'élaboration, la mise à l'essai, l'évaluation et la diffusion de lignes sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers.

Intention et champ d'activité

Les Lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) sont des énoncés élaborés de manière méthodique afin d'aider les praticiens et les patients à prendre des décisions quant aux soins appropriés. Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires aide les infirmières qui œuvrent dans divers lieux de travail à identifier les adultes qui risquent de développer des escarres de décubitus. Cette LDPE offre également une orientation aux infirmières et aux infirmiers pour définir les interventions précoces pour la prévention et le traitement des escarres de décubitus de stade 1.

16

La LDPE organise ses recommandations selon trois volets :

Recommandations de fond	...y compris l'évaluation, la planification et l'intervention.
Recommandations relatives à la formation	pour compléter les compétences nécessaires exigées des infirmières travaillant avec les adultes à risque de développer des escarres de décubitus.
Recommandations contextuelles	...pour mettant l'emphase sur un favorable permettant d'offrir des soins infirmiers de haute qualité, y compris l'évaluation permanente de la mise en place de la Ligne directrice.

Le groupe d'élaboration (2000) de la RNAO a la ferme conviction qu'une prévention efficace des escarres de décubitus nécessite l'effort d'une équipe pluridisciplinaire. L'objet de cette Ligne directrice est d'aider les infirmières à offrir des soins de qualité fondés sur des preuves aux adultes qui risquent de développer des escarres de décubitus. Les infirmières et les infirmiers, collaborant avec l'équipe de soins de santé pluridisciplinaire et les personnes à risque de développer des escarres de décubitus, ont un rôle important à jouer dans l'évaluation des risques et dans la prévention. Le Groupe d'élaboration reconnaît toutefois que la prévention et le traitement des escarres de décubitus se chevauchent en pratique et, par conséquent, recommande d'utiliser la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de la RNAO intitulée *Évaluation et traitement des lésions de pression* en conjonction avec la présente Ligne directrice.

La LDPE intitulée *Évaluation et traitement des escarres de décubitus* a été affichée sur le site www.rnao.org au printemps 2002.

La présente Ligne directrice comporte des recommandations à l'intention des infirmières autorisées (IA) et des infirmières auxiliaires autorisées (IAA) sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers dans le domaine de l'identification et de la prévention des escarres de décubitus. On reconnaît que les compétences individuelles des infirmières et des infirmiers varient d'une personne à l'autre et d'une catégorie professionnelle à l'autre (IAA et IA) et qu'elles sont basées sur les connaissances, les aptitudes, les attitudes, l'analyse critique et la prise de décisions, caractéristiques qui se perfectionnent au fil du temps grâce à l'expérience et à l'éducation. Il est attendu que chaque infirmière ne se consacrera qu'aux aspects de l'évaluation du risque et du traitement pour lesquels l'infirmière possède une éducation et une expérience appropriées.

Il est attendu que que les infirmières, IA comme IAA, consulteront des personnes compétentes dans les cas où les besoins du patient en matière de soins dépassent leurs compétences professionnelles d'intervention autonome. La majeure partie du temps, les soins de santé efficaces dépendent d'une approche pluridisciplinaire harmonisée, avec communication permanente entre les professionnels de la santé et les patients, en se souciant toujours des préférences personnelles et des besoins uniques de chaque patient.



La majeure partie du temps, les soins de santé efficaces dépendent d'une approche pluridisciplinaire harmonisée, avec communication permanente entre les professionnels de la santé et les patients, en se souciant toujours des préférences personnelles et des besoins uniques de chaque patient.

Processus d'élaboration

En janvier 2000, un groupe d'étude composé de cliniciens, d'enseignants et de chercheurs expérimentés dans la pratique et la recherche sur les escarres de décubitus, provenant de milieux institutionnels, communautaires et universitaires, s'est réuni sous l'égide de la RNAO. Le groupe d'étude a établi un ensemble de cinq (5) lignes directrices existantes pour la prévention des escarres de décubitus. Les cinq lignes directrices ont ensuite été évaluées grâce à l'*Appraisal Instrument for Canadian Clinical Practice Guidelines*, un outil adapté de l'ouvrage de Cluzeau, Littlejohns, Grimshaw, Feder et Moran (1997). Le groupe d'étude a ensuite sélectionné les deux lignes directrices suivantes, qu'il a adaptées et modifiées :

18

Agency for Health Care Policy and Research AHCPR). (1992). *Pressure ulcers in adults : Prediction and prevention*. Clinical Practice Guideline, n° 3. Publication n° 92-0047 de l'AHCPR. Rockville, MD : Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services.

Clinical Resource Efficiency and Support Team (CREST). (1998). *Guidelines for the Prevention and Management of Pressure Sores*. Belfast, Northern Ireland : CREST Secretariat.

Un autre recensement d'études méthodiques et de documentation pertinente fut effectué afin de mettre à jour les lignes directrices existantes. La portée de ces lignes directrices et l'accent sur l'évaluation du risque et la prévention des escarres de décubitus chez les adultes furent définis. C'est par un processus de discussion et de consensus que les recommandations concernant les soins infirmiers furent établies. L'ébauche définitive fut présentée à un groupe de parties prenantes externe à des fins de révision et de commentaires (voir l'annexe A pour consulter le profil des parties prenantes). Le document complet des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers fut parachevé après une étape de mise à l'essai dans des lieux de travail sélectionnés en Ontario (voir la section « Remerciements » pour consulter la liste des sites de mise en place). Les lieux de travail pour la mise à l'essai furent choisis par le biais d'un processus d'appel d'offres mené par la RNAO.

La mise à l'essai a consisté en une mise en place et une évaluation méthodique de huit mois des lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

Définition des termes

Cisaillement

Le cisaillement se produit lorsque le squelette et l'aponévrose profonde glissent vers le bas par gravité, alors que la peau et l'aponévrose superficielle demeurent dans leur position originale. Une nécrose profonde peut se produire lorsque le cisaillement entre deux couches de tissu occasionne un étirement, un coude et le déchirement de vaisseaux dans les tissus sous-cutanés. Le cisaillement se produit le plus souvent lorsque la personne glisse vers le bas ou est ramenée vers le haut dans un lit ou sur un fauteuil (RCN, 2000).

Consensus

Processus de prise de décisions de principe; il ne s'agit pas d'une méthode scientifique permettant de créer de nouvelles connaissances. Au mieux, le développement d'un consensus fait simplement un meilleur usage des renseignements disponibles qu'il s'agisse de données scientifiques ou du savoir collectif des participants (Black et al., 1999).

Érythème non palissant (hyperémie)

Une rougeur atypique de la peau, qui peut être localisée. La couleur de la peau au niveau de l'érythème ne change pas lorsqu'une légère pression du doigt est appliquée, ce qui indique un certain niveau de perturbation microcirculatoire souvent associé à d'autres signes cliniques comme une vésicule, une induration et un œdème (RCN, 2000).

Escarre de décubitus

Toute lésion causée par une pression continue qui entraîne des lésions des tissus sous-jacents. Les escarres de décubitus se produisent généralement au niveau d'une protubérance osseuse et sont classées par stades en fonction du degré de gravité observé au niveau des tissus.

Étude méthodique

Application d'une méthode scientifique rigoureuse à la préparation d'un exposé de synthèse (National Health and Medical Research Centre, 1998). Les études méthodiques permettent de définir les endroits où les effets des soins de santé sont uniformes. Les résultats de recherche peuvent être appliqués à l'ensemble des populations, aux lieux de travail et sur les différences au niveau du traitement (p. ex. : aux doses). Ces études permettent aussi de définir les situations où les effets peuvent varier considérablement. L'utilisation de techniques explicites et méthodiques dans les études limite la partialité (erreurs systématiques) et réduit l'effet du hasard, fournissant ainsi des résultats plus fiables à partir desquels il est possible de tirer des conclusions et de prendre des décisions (Clarke & Oxman, 1999).

Famille

Toute personne définie comme faisant partie de la famille. Les membres de la famille peuvent comprendre : les parents, les enfants, les frères et sœurs, les voisins et des personnes de la collectivité qui sont importantes pour le patient.

Friction

La friction se produit lorsque deux surfaces se déplacent l'une sur l'autre. Ce mouvement enlève souvent des couches superficielles de peau. Les problèmes causés par la friction sont souvent dus à de mauvaises techniques de soulèvement. (RCN, 2000).

Guides de référence rapide

Outils axés sur l'utilisateur contenant des renseignements essentiels tirés des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. L'utilisateur peut être une infirmière ou un infirmier de soins généraux, un étudiant, une infirmière ou un infirmier enseignant, un clinicien avancé, un administrateur, etc. Ces références ou outils se présentent sous la forme d'affiches, de fiches, d'aide-mémoire, de livrets, de brochures ou d'outils de référence rapide, etc.

Interdisciplinaire

Un processus où des professionnels de la santé experts dans diverses disciplines de soins de santé sont parties prenantes dans la prise en charge des patients et de leurs familles pour la prestation de soins de santé

Lignes directrices en pratique clinique ou Lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Énoncés élaborés de manière méthodique (fondés sur les meilleures preuves disponibles) pour aider les praticiens et les patients à prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés dans des situations cliniques (de pratique) particulières (Field & Lohr, 1990).

Partie prenante

Une partie prenante est une personne, un groupe de personnes ou un organisme qui porte un intérêt particulier aux décisions et aux actes des organismes et qui pourrait tenter d'influencer ces décisions et ces actes (Baker et al., 1999). Les parties prenantes peuvent être des personnes ou des groupes qui seront touchés, directement ou indirectement, par un changement ou une solution à un problème. Les parties prenantes peuvent être de types variés : il peut s'agir d'adversaires, de partisans et de personnes neutres (l'Association pour la santé publique de l'Ontario, 1996).

Recommandations contextuelles

Énoncés de conditions nécessaires pour un lieu de travail la mise en place réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. Les conditions de succès relèvent largement de l'organisme, bien qu'elles peuvent avoir une influence sur les règlements au niveau gouvernemental ou de la société elle-même.

Recommandations de fond

Énoncés sur les pratiques exemplaires axés sur la pratique des professionnels de la santé, idéalement basés sur des preuves.

Recommandations relatives à la formation

Énoncés d'exigences sur la formation et d'approches ou de stratégies de formation pour l'introduction, la mise en place et le maintien durable des lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

Stades des escarres de décubitus (tels que définis par le National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), 1989)

- **Stade 1** : Érythème non palissant de la peau intacte, lésion annonçant une ulcération cutanée. Chez les personnes à la peau plus pigmentée, la décoloration de la peau, la chaleur, l'œdème, l'induration ou la dureté peuvent également être des signes.
- **Stade 2** : Perte de peau de faible épaisseur touchant l'épiderme, le derme ou les deux. L'ulcère est généralement superficiel et se présente cliniquement comme une abrasion, une phlyctène ou une ulcération superficielle.
- **Stade 3** : Perte de peau dans toute son épaisseur avec lésions ou nécrose du tissu sous-cutané pouvant atteindre ou non l'aponévrose sous-jacente, sans toutefois la pénétrer. L'ulcère se présente cliniquement comme une lésion profonde en forme de cratère pouvant affecter ou non les tissus sous-jacents.
- **Stade 4** : Perte de peau complète accompagnée d'une destruction importante, d'une nécrose des tissus ou d'une atteinte des muscles, des os ou des structures articulaires, par exemple : tendons, capsules. L'affaiblissement et les voies sinusales peuvent également être associés aux escarres de stade 4.

Remarque : Lorsque des tissus nécrotiques ou des tissus noirs décolorés sont observés, il est impossible d'établir le stade tant que l'escarre ou le tissu nécrotique ne s'est pas détaché ou que la plaie n'a pas été débridée.

Support de réduction de pression

Une surface offrant une pression moins importante qu'un matelas ou un fauteuil d'hôpital standard, sans toutefois permettre de réduire constamment cette pression à un niveau moindre que la pression aboutissant à la fermeture des capillaires (Wound, Ostomy and Contingence Nurses Society, 1987).

Support d'élimination de pression

Une surface qui permet une diminution constante de la pression de façon à éviter la fermeture des capillaires. (WOCNS, 1987).

Contexte

Le taux d'incidence élevé et la prévalence des escarres de décubitus chez les adultes soulignent que la prévention est particulièrement pertinente en ce qui a trait au Projet des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Dans les provinces de l'Ontario et du Québec, un sondage sur les escarres de décubitus mené à trois échelons de soins a révélé un taux de prévalence de 25 % (Foster, Frisch, Denis, Forler et Jago, 1992). Des données récentes de l'Ontario indiquent un taux de prévalence atteignant 29,7 % dans un grand hôpital (Harrison, Wells, Fisher et Prince, 1996), alors qu'une autre étude corrobore ce taux de prévalence avec un résultat semblable (29,7 %) dans deux grands hôpitaux de l'Ontario (Fisher *et al.*, 1996). Les adultes qui souffrent d'une maladie sont particulièrement à risque de développer des escarres de décubitus. Une mobilité réduite, la douleur, la malnutrition et l'incontinence peuvent souvent accroître ce risque. De plus, les répercussions des escarres de décubitus sur la qualité de vie sont importantes car les escarres de décubitus restreignent les activités normales, demandent un temps de guérison prolongé et nécessitent un traitement coûteux.

22



Les répercussions des escarres de décubitus sur la qualité de vie sont importantes car les escarres de décubitus restreignent les activités normales, demandent un long temps de guérison et nécessitent un traitement coûteux.

Interprétation des preuves

Les recommandations présentées dans la présente Ligne directrice sur les pratiques exemplaires ont fait l'objet d'une étude critique positive et d'une classification en fonction de la force de la preuve. La taxonomie suivante présente les définitions des différents niveaux de preuve et le système d'évaluation.

FORCE DE LA PREUVE = A

Le recensement de la documentation, qui est d'une qualité globale élevée, qui présente une bonne uniformité et qui porte sur le sujet des recommandations concernées, doit contenir au moins un essai randomisé.

FORCE DE LA PREUVE = B

Nécessite que des études cliniques bien menées soient accessibles, mais ne nécessite pas d'essai randomisé portant sur le sujet des recommandations.

FORCE DE LA PREUVE = C

Nécessite des données probantes tirées de rapports, de l'opinion d'un comité d'experts ou de données probantes s'appuyant sur l'expérience clinique d'autorités reconnues. Indique l'absence d'études de qualité directement applicables.



Recommandations de fond

- Tous les soins sont prodigués en collaboration avec le patient et la personne qui lui est la plus proche.
- Lorsqu'un risque de développement d'escarre de décubitus est décelé chez une personne, il est important de consulter les membres de l'équipe concernée aux fins de prévention. Les professionnels qui peuvent être consultés sont les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les diététistes, les médecins et un médecin spécialisé en soin des plaies.

24

Évaluation

Recommandation 1.1

Effectuer un examen de la peau, de la tête aux pieds, pour tous les patients au moment de l'admission, lors du transfert des patients et à chaque fois que l'on note des changements dans l'état de santé. Il importe de porter une attention particulière aux protubérances osseuses.
(force de la preuve = C)

Recommandation 1.2

On recommande de procéder à l'évaluation du risque qu'a un patient de développer une escarre de décubitus à l'aide de l'instrument de mesure du risque d'escarre de Braden. Les interventions devraient être fondées sur les catégories établies par Braden (perception sensorielle, mobilité, activité, humidité, nutrition, friction et cisaillement) plutôt que sur une note globale. Dans certains cas particuliers où l'on dispose d'outils d'évaluation du risque adaptés à la population et où ces outils ont fait l'objet de tests pour évaluer leur fiabilité et leur validité, il est possible d'utiliser ces outils pour l'évaluation.
(force de la preuve = C)

Recommandation 1.3

Déceler toutes les escarres de décubitus et en établir le stade en utilisant la classification du *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP).
(force de la preuve = C)

Recommandation 1.4

Les patients qui sont alités ou qui sont confinés au fauteuil doivent être examinés dans toutes les positions, ainsi que lorsqu'on les soulève, les tourne et les repositionne, pour vérifier s'il y a pression, friction et cisaillement.
(force de la preuve = C)

Recommandation 1.5

Toutes les données doivent être documentées au moment de l'évaluation et de la réévaluation.
(force de la preuve = C)

Discussion sur la preuve

Bien que la fréquence optimale d'évaluation du risque n'ait pas été corroborée dans la documentation, il existe des normes cliniques qui sont largement acceptées et publiées. On a remarqué que la plupart des escarres de décubitus se développent dans les deux premières semaines suivant l'admission dans un établissement (Maklebust et Sieggreen, 1996). Une étude particulière sur les nouvelles admissions dans une maison de retraite, étude portant sur une période de trois mois, a démontré que 80 % des cas d'escarres de décubitus se sont développés au cours des deux premières semaines et 96 % se sont développés en trois semaines ou moins (Bergstrom et Braden, 1992). Ces résultats montrent la nécessité d'identifier les patients « à risque » de développer des escarres de décubitus au début de leur traitement, de préférence à l'admission. Les publications spécialisées corroborent également l'importance des réévaluations, à une fréquence allant de une fois par jour à une fois par semaine, pour les personnes « à risque »; toutefois, plusieurs sources conviennent que lorsque l'état du patient change, des réévaluations sont nécessaires (Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; Ferguson, Cook, Rimmasch, Bender & Voss, 2000; Maklebust & Sieggreen, 1996; RCN, 2000).

Le *Consortium for Spinal Cord Medicine* (2000) l'intégration des examens réguliers dans l'évaluation globale de tous les patients atteints d'une lésion de la moelle épinière. La

documentation varie dans sa fréquence : à chaque quart de travail, à chaque jour ou à chaque semaine, selon des intervalles variables, selon les besoins du patient et du tableau clinique. La nécessité d'une réévaluation doit être basée sur l'aggravation ou l'amélioration de l'état de santé du patient.

Braden (2001) propose que la fréquence des évaluations de risque soit basée sur les conclusions de l'évaluation effectuée à l'admission et sur la rapidité du changement de l'état de santé du patient. Idéalement, les risques pour le patient devraient être évalués à l'admission, puis faire l'objet d'une nouvelle évaluation 48 heures plus tard et aussi souvent que l'indique le niveau de morbidité. De plus, Braden (2001) présente des recommandations pour l'évaluation de populations particulières selon l'horaire suivant :

LIEUX OU SONT PRODIGUÉS LES SOINS	FRÉQUENCE DES ÉVALUATIONS
Maisons de retraite	Toutes les semaines pendant quatre semaines puis, par la suite, tous les trois mois
Services de soins intensifs	à chaque jour
Services médicaux – chirurgicaux généraux	Un jour sur deux
Soins à domicile	À chaque visite

Comme les escarres de décubitus se développent généralement sur des protubérances osseuses, on recommande de concentrer l'évaluation sur ces régions

(AHCPR, 1992; Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; RCN, 2000; Weir, 2001). Weir (2001) cite les régions du corps les plus courantes à examiner. Les régions de protubérances osseuses comprennent l'occiput, la scapulaire, les épaules, la colonne vertébrale, les coudes, les grands trochanters, les tubérosités sciatiques, les genoux, le sacrum, le coccyx, les malléoles et les talons.

Le *Royal College of Nursing* (2000) décrit une procédure d'évaluation détaillée de la peau visant à localiser les régions à érythème non pâissant – cette évaluation doit inclure un examen visuel et tactile approfondi. En général, le premier signe d'une escarre en développement est un changement de la surface de la peau; toutefois, on reconnaît qu'il n'est peut-être pas possible d'observer une rougeur ou un érythème associé à la destruction des tissus chez les personnes dont la peau est plus pigmentée (Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; RCN, 2000). Les signes suivants peuvent indiquer la naissance d'une escarre de décubitus chez les personnes à la peau plus pigmentée : un érythème persistant; une hyperémie non pâissante; des cloques et une décoloration (région localisée violacée ou bleutée); une chaleur localisée qui devient froide si les tissus sont atteints; un œdème et une induration localisés.

Afin de définir le niveau de risque associé à un patient, les lignes directrices de l'AHCPR

(1992) recommandent l'utilisation d'un outil standard d'évaluation du risque. L'échelle de Braden et l'échelle de Norton ont été raisonnablement testées pour leur fiabilité et leur validité et elles constituent une aide utile pour l'évaluation et la planification des soins infirmiers. Toutefois, les publications spécialisées l'importance de regarder au-delà de ces outils au moment d'évaluer le risque, car le développement d'escarres de décubitus pourrait être influencé par certains facteurs que ces outils n'abordent pas. Ces facteurs sont notamment la maladie aiguë, le niveau de conscience, la vieillesse, les antécédents d'escarre, les maladies vasculaires, les pathologies graves, les maladies en phase terminale, les maladies chroniques et la médication (p. ex. : sédatifs ou analgésiques, vasoconstricteurs et corticostéroïdes) (RCN, 2000; Zielstorff et al., 1996).

Dans la pratique, il est de règle de distinguer les « facteurs intrinsèques » des « facteurs extrinsèques » qui prédisposent une personne au risque de développement d'une escarre de décubitus. Les facteurs intrinsèques sont ceux qui concernent les aspects de l'état physique ou médical du patient, comme l'état nutritionnel, la mobilité, la neuropathie, l'incontinence, les maladies aiguës, les antécédents d'escarre, la maladie vasculaire et les pathologies chroniques graves en phase terminale. Les facteurs extrinsèques sont ceux qui découlent du milieu, comme l'hygiène, la

médication, la pression, le cisaillement, la friction et les supports utilisés pour éliminer la pression (CREST, 1998; Gould et al., 2000; RCN, 2000).

Il existe divers systèmes de classification pour décrire les plaies, toutefois le système de quatre stades du *National Pressure Ulcer Advisory Panel* constitue la méthode la plus reconnue (Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; CREST, 1998; Ferguson et al., 2000; Ferrell, Josepeson, Norvid & Alcorn, 2000). Weir (2001) soutient que bien qu'il n'y ait eu aucun test sur la fiabilité et la validité de ce système, il a été accepté par le groupe d'experts de l'AHCP en 1994 et est devenu, depuis, une norme clinique. En effet, le groupe d'experts sur l'élaboration, reconnue processus de concertation, a reconnu l'universalité des critères déterminants, puisqu'ils sont compris et utilisés par les cliniciens dans plusieurs lieux de travail.

Il est essentiel de comprendre les pressions mécaniques (pression, friction et cisaillement) ainsi que le risque de développement d'escarres de décubitus pour évaluer les patients, particulièrement ceux qui sont alités ou confinés au fauteuil (Cuddigan & Frantz, 1998). Fleck (2001) définit des forces et des facteurs mécaniques extrinsèques qui contribuent au développement d'escarres de décubitus. Il s'agit de la pression, du cisaillement, de la friction et de l'humidité. Tous contribuent à la destruction des tissus

mous, affectent le flux sanguin et favorisent la nécrose des tissus et le développement des escarres de décubitus, particulièrement chez le patient immobile.

Des mouvements physiques associés à de mauvaises techniques de rotation et de transfert et à une pression prolongée et qui n'est pas soulagée peuvent causer le développement d'escarres de décubitus (Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000). Une pression externe sur les tissus entraîne la compression et la distorsion des structures sous-jacentes – si la pression exercée sur les tissus est plus élevée que la pression capillaire de fermeture, il peut en résulter une occlusion des vaisseaux sanguins, une diminution de la perfusion des tissus et la mort des tissus (CREST, 1998).

Les lésions et la nécrose des tissus profonds peuvent se produire lorsque le cisaillement entre deux couches de tissus entraîne un étirement, un coude et une déchirure des vaisseaux dans les tissus sous-cutanés. La rupture de l'apport sanguin local qui en résulte entraîne une ischémie. Une ischémie prolongée est un signe précurseur de lésions endothéliales et de la mort des cellules (Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; CREST, 1998). Les forces de cisaillement ne doivent pas être considérées indépendamment de la pression car elles constituent une composante intégrale de l'impact de la pression sur le patient (RCN, 2000).

La plupart des plaies causées par le cisaillement peuvent être évitées en adoptant une position adéquate (AH CPR, 1992).

La friction (une troisième force mécanique) peut faire tomber des couches de peau superficielles; elle est souvent causée par de mauvaises techniques de soulèvement. De plus, les mouvements volontaires et involontaires du patient peuvent entraîner des plaies causées par la friction, particulièrement sur les coudes et les talons. Toute substance qui permet d'éliminer ce contact ou de diminuer la friction qui se produit entre la peau et la surface du lit (y compris les draps) permettra de réduire le risque de formation de plaies (AH CPR, 1992).

L'évaluation des escarres de décubitus doit être documentée au moment de l'évaluation et de la réévaluation. L'objet de la documentation est d'assurer une communication exacte des renseignements sur la santé du patient, de favoriser les processus d'appréciation de la qualité et d'illustrer les principes de responsabilité (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 1999; RCN, 2000). Une documentation adéquate offre un dossier précis du progrès du patient et du facteur de risque. Tout changement au niveau de la peau doit être documenté immédiatement et la note doit comporter une description détaillée de ce qui a été observé et des mesures qui ont été prises (RCN, 2000).

Planification

Recommandation 2.1

L'évaluation permet d'orienter le plan de soins individualisé en fonction des facteurs de risque déterminés en collaboration avec le patient, ses proches et les professionnels de la santé.

(force de la preuve = C)

Recommandation 2.2

L'infirmière a recours à son jugement clinique pour interpréter le risque (l'âge, la gravité de la maladie, la comorbidité, la médication, le bien-être psychosocial, le support, la posture, les vêtements) et les objectifs du patient.

(force de la preuve = C)

Discussion sur la preuve

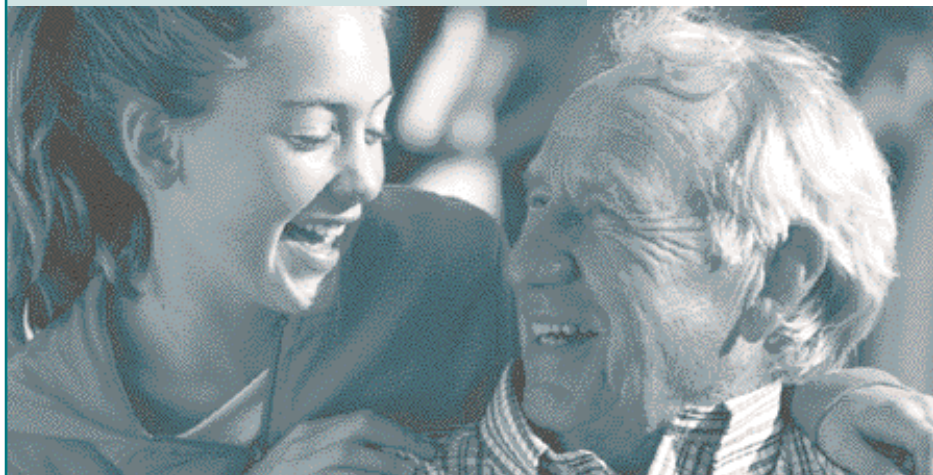
Les facteurs de risque déterminés à l'étape de l'évaluation constituent le cadre de développement du plan de soins. Il est essentiel d'inclure le patient et sa famille dans l'élaboration du plan afin d'établir des objectifs communs et d'assurer le respect du plan.

Gage (1994) s'est penché sur l'élaboration de plans de soins pluridisciplinaires axés sur le patient qui offrent une vision partagée entre le patient, les professionnels de la santé et les membres de la famille qui participent aux soins prodigués au patient. Les inquiétudes du patient deviennent des données qui peuvent être évaluées, ce qui permet ainsi de s'assurer que le plan de

soins est significatif pour le patient. La participation du patient et de sa famille et le partenariat auquel participent aux fins des soins sont essentiels à un protocole de prestation de soins axé sur le patient. Les patients qui risquent de développer des escarres de décubitus doivent participer à tous les aspects de l'évaluation des risques et de la prévention des escarres de décubitus, de l'évaluation jusqu'au partage de la prise de décisions sur la planification (Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; RCN, 2000).

Braden (2001) décrit un protocole de planification des soins en fonction du niveau de risque s'appuyant sur les résultats obtenus grâce à l'instrument de mesure du risque d'escarre de Braden (1988). Pour les personnes à faible risque (15-18), le plan de soins doit comporter un horaire de rotation; une remobilisation maximale; la protection du talon; un contrôle de l'humidité, de la nutrition, de la friction et du cisaillement; ainsi que l'utilisation de supports de réduction de la pression pour les patients alités ou confinés au fauteuil. Elle suggère que si d'autres facteurs de risque importants sont présents, il faut passer au niveau de soins suivant. Pour un risque modéré (13-14), les interventions s'appliquant aux patients à faible risque sont maintenues, mais on ajoute un horaire de rotation selon la règle des 30 degrés. Pour des personnes à risque élevé (10-12), la fréquence élevée des

rotations et l'utilisation de coussins de mousse visant à faciliter une rotation latérale à 30 degrés doivent être accompagnées de transferts de poids occasionnels. Toutes les interventions qui s'appliquent aux cas à faible risque doivent être maintenues. Pour chaque personne à risque très élevé (< 9), le plan doit contenir les interventions s'appliquant aux patients à faible risque, en plus de la possibilité d'utiliser un matelas d'air statique si une surveillance adéquate est possible. On peut envisager l'utilisation d'un lit à faible perte d'air si la personne présente un risque très élevé et d'autres facteurs de risque qui peuvent être atténués par ce type de lit, de même que si elle souffre d'une douleur non maîtrisée ou d'une douleur grave accentuée au moment de la rotation. Braden (2001) émet une mise en garde : l'utilisation de lits à faible perte d'air ne remplace pas un horaire de rotation adéquat.



La documentation présente une discussion sur la nécessité d'un recours au jugement clinique, de pair avec un outil d'évaluation des risques reconnus, pour définir le risque (Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; CREST, 1998; RCN, 2000). Le *Royal College of Nursing* (2000) soutient que « les échelles d'évaluation du risque doivent uniquement être utilisées en tant qu'aide-mémoire et ne doivent pas remplacer le jugement clinique » (page 12). Les données probantes citées dénotent qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour recommander une échelle d'évaluation du risque particulière, qui conviendrait à tous les milieux, et que le jugement clinique continue de jouer un rôle essentiel dans la prestation de soins aux patients qui risquent de développer des escarres de décubitus. Le groupe d'élaboration appuie fortement la nécessité du jugement clinique en soins infirmiers avec l'utilisation parallèle du profil global du patient en tant que fondement pour déterminer le risque et planifier les soins. Cette recommandation est basée sur la pratique actuelle, l'expérience clinique et des opinions.



Intervention

Recommandation 3.1

Pour les patients à risque, minimiser la pression par l'utilisation immédiate d'équipement permettant d'éliminer ou de réduire la pression ou en établissant un horaire de repositionnement.

(force de la preuve = C)

Recommandation 3.2

Les patients qui risquent de développer une escarre de décubitus ne doivent jamais recevoir de soins sur un matelas standard. La solution à retenir, dans un tel cas, est d'utiliser un matelas qui diminue les points d'appui, comme les matelas en mousse très dense.

(force de la preuve = A)

Recommandation 3.3

Pour les personnes alitées :

- **Utiliser des dispositifs permettant une autonomie pour le positionnement, le soulèvement et le transfert (p. ex. : trapèze, planche de glissement, gardienne).**
- **Repositionner au moins toutes les deux heures, ou plus fréquemment si le risque est élevé.**
- **Utiliser des oreillers ou des coussins de mousse pour éviter le contact avec les protubérances osseuses. Utiliser des dispositifs qui éliminent toute pression sur les talons.**
- **Éviter une position directement sur le trochanter. Un angle de 30 degrés, d'un côté ou de l'autre, est recommandée.**

- **Maintenir la tête du lit le moins élevé possible en fonction de l'état pathologique et des restrictions, de façon à limiter l'effet de cisaillement. Une élévation maximum de 30 degrés est recommandée.**
- **Utiliser des dispositifs de soulèvement pour déplacer le patient plutôt que de le faire glisser au moment de le changer d'endroit ou de position.**
- **Ne pas utiliser d'appareil ou de produit en forme de beigne qui concentre la pression sur une nouvelle région.**
- **Utiliser un plan de soins écrit.**
(force de la preuve = C)

Recommandation 3.4

Pour les personnes confinées au fauteuil :

- **S'assurer, si possible, que le patient transfère son poids toutes les quinze minutes.**
- **Repositionner le patient au moins toutes les heures s'il n'est pas en mesure de transférer son poids lui-même.**
- **Utiliser des dispositifs permettant de diminuer la pression sur les surfaces d'appui.**
- **Ne pas utiliser de dispositif ou de produit en forme de beigne qui concentre la pression sur d'autres régions.**
- **Au moment de positionner le patient dans un fauteuil ou une chaise roulante, tenir compte de la posture, de la distribution du poids, de l'équilibre et de la stabilité, ainsi que de la diminution de la pression.**

- **Recourir à l'ergothérapie/physiothérapie pour l'évaluation et l'adaptation de la position assise chez les patients ayant des besoins particuliers.**
- **Utiliser un plan de soins écrit.**
(force de la preuve = C)

Recommandation 3.5

Utiliser des techniques de positionnement, de transfert et de rotation adéquates. Consulter un ergothérapeute ou un physiothérapeute en ce qui concerne les techniques et les appareils de transfert afin de diminuer la friction et le cisaillement et d'accroître l'indépendance du patient lorsque son état de santé change.
(force de la preuve = C)

Recommandation 3.6

Éviter le massage sur des régions où il y a des protubérances osseuses.
(force de la preuve = B)

Recommandation 3.7

Prendre en considération les répercussions de la douleur sur la mobilité et l'activité. Les méthodes de maîtrise de la douleur comprennent, par exemple : une médication efficace, le positionnement thérapeutique, les supports et autres options permettant d'atténuer la douleur. Surveiller régulièrement le niveau de douleur. Considérer d'autres méthodes thérapeutiques (neurostimulateur transcutané).
(force de la preuve = C)

Recommandation 3.8

Adapter l'horaire des bains aux besoins et aux préférences du patient. Éviter d'utiliser l'eau chaude et opter pour un nettoyant doux pour minimiser l'irritation et l'assèchement de la peau. Éviter d'appliquer force et friction sur la peau.

(force de la preuve = C)

Recommandation 3.9

Minimiser les facteurs environnementaux tel le faible degré d'humidité et l'air froid. Utiliser un hydratant efficace pour réhydrater la peau sèche et accroître la résistance aux lésions.

(force de la preuve = C)

Recommandation 3.10

Utiliser des crèmes et des hydratants lubrifiants, des pansements protecteurs (p. ex., un film transparent, un hydrocolloïde) ou un rembourrage protecteur pour réduire le risque de blessure causée par la friction.

(force de la preuve = C)

Recommandation 3.11

S'il y a humidité excessive ou incontinence :

- Nettoyer doucement la peau lorsque le patient se salit.
- Minimiser l'exposition de la peau à l'humidité excessive. Évaluer et traiter l'incontinence urinaire. Lorsque l'humidité ne peut être contrôlée, utiliser une culotte ou un protège-drap absorbants et placer sur la peau une surface séchant rapidement.

- Il est également possible d'utiliser des agents topiques qui bloquent l'humidité.
- Si l'irritation cutanée persiste dans une région humide, consulter le médecin pour qu'il évalue la situation et prescrive un traitement topique.
- Pour contrôler l'incontinence, consulter une infirmière ou un infirmier spécialisé, ainsi que la ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de la RNAO (2002) intitulée *Favoriser la continence par le déclenchement de la miction*.

(force de la preuve = C)

Recommandation 3.12

Si l'on soupçonne une carence nutritionnelle :

- Consulter un ou une diététiste professionnel.
- Rechercher des facteurs qui compromettent l'apport alimentaire d'une personne qui semble bien nourrie (particulièrement les protéines ou les calories) et offrir un soutien à cette personne en ce qui concerne son alimentation.
- Planifier et mettre en place un protocole de soutien ou de suppléments alimentaires pour les personnes souffrant de carences nutritionnelles. Si l'apport alimentaire demeure inadéquat, envisager, si cela correspond aux objectifs globaux

du plan de soins, des interventions nutritionnelles plus efficaces comme l'alimentation entérale ou parentérale.
(force de la preuve = C)

Recommandation 3.13

Mettre sur pied un protocole de réadaptation si cela est conforme aux objectifs globaux du plan de soins et si la possibilité d'améliorer la mobilité et l'activité de la personne existe. Consulter l'équipe de soins au sujet du programme de réadaptation. (force de la preuve = C)

Discussion sur la preuve

Les interventions associées à la prévention des escarres de décubitus doivent s'appuyer sur une évaluation clinique et sur l'élaboration d'un plan de soins. Lors de l'élaboration du plan de soins, il est important de définir le besoin d'équipement d'élimination ou de réduction de la pression en effectuant une évaluation globale de la personne plutôt qu'en s'appuyant uniquement sur les résultats de l'évaluation du risque (RCN, 2000). Un examen des nombreuses lignes directrices sur la prévention des escarres de décubitus permet d'établir un consensus en ce qui a trait au besoin d'utiliser immédiatement une intervention préventive, qu'il s'agisse d'équipement d'élimination ou de réduction de la pression, ou encore d'horaires de repositionnement pour les personnes à risque (AHCP, 1992; Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; CREST, 1998; RCN, 2000).

Il existe peu de recherches permettant d'offrir aux infirmières des lignes directrices sur ce que constitue un horaire de rotation optimal (Cullum, Deeks, Fletcher, Sheldon & Song, 1995). Toutefois, les recommandations issues de la pratique clinique encouragent l'utilisation d'horaires de repositionnement pour les patients que l'on sait à risque de développer des escarres de décubitus (AHCP, 1992; Effective Health Care Bulletin, 1995; Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; CREST, 1998; RCN, 2000). Les chercheurs ont recommandé une rotation à toutes les deux heures, mais les autres solutions n'ont pas été évaluées (Cullum et al., 1995; EHCB, 1995). Une étude méthodique publiée par Cullum *et al.* (1995) a révélé qu'un seul essai randomisé de petite envergure avait évalué la routine de repositionnement manuel en comparaison avec la routine standard; seulement 10 patients ont bénéficié de l'intervention et l'horaire de repositionnement s'est avéré difficile à mettre en place. Cette même étude a révélé que des essais randomisés avaient permis d'évaluer la rotation effectuée sans horaire mais, dans les deux cas, la taille des échantillons était petite et les résultats n'étaient pas significatifs sur le plan statistique. De plus, la nécessité du repositionnement manuel lorsque les patients utilisent un dispositif d'élimination de la pression n'a pas été corroborée dans les comptes rendus de recherche. Faute de preuves solides, le *Royal College of Nursing (2000)* encourage l'utilisation d'un horaire de repositionnement écrit

qui est déterminé par les résultats de l'examen de la peau et les besoins individuels plutôt qu'un horaire prédéterminé.

Les patients que l'on juge à risque de développer une escarre de décubitus doivent recevoir des soins sur des matelas à faible pression d'interface. Collum, Nelson et Nixon (2001) ont affirmé qu'une étude méthodique avait relevé quatre essais randomisés qui ont démontré que l'utilisation de « diverses solutions de rechange en mousse aux matelas d'hôpitaux standards permettaient de réduire le risque d'escarres » (p. 1359). En comparant les dispositifs en mousse, un essai randomisé a permis de constater une diminution des escarres de décubitus lors de l'utilisation d'un « remplacement de fibre et de mousse à cinq sections comparativement à un matelas d'appoint de mousse épais avec alvéoles de 4 po (10 cm) » (p. 1359). La taille des échantillons était trop petite dans les autres études pour identifier quels dispositifs de mousse furent les plus efficaces pour prévenir le développement d'escarres de décubitus. La conclusion la plus précise tirée de cette étude est que, en ce qui a trait à la prévention des escarres de décubitus, le matelas d'hôpital standard est surclassé par une gamme de matelas et de matelas d'appoint à faible pression à base de mousse, ainsi que par des lits et des matelas de haute technologie éliminant la pression (EHCB, 1995).

Les patients qui risquent fortement de développer des escarres de décubitus peuvent bénéficier d'un matelas à pression alternative ou d'autres systèmes de redistribution de la pression de haute technologie (Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; RCN, 2000). Les dispositifs à pression alternative génèrent des pressions d'interface alternantes élevées et faibles entre le corps et le support (lit), généralement en alternant le gonflage et le dégonflage de cellules pneumatiques. Ces dispositifs sont offerts sous forme de matelas d'appoint et de matelas de remplacement de matelas à couche unique ou à couches multiples. L'étude méthodique menée par Collum *et al.* (2001) indique que les vertus relatives des dispositifs de haute technologie offrant une faible pression constante ou une pression alternative ne sont pas claires. Fleck (2001) met en lumière des critères et des modalités de sélection concernant l'utilisation de supports pour prévenir le développement d'escarres de décubitus. Toutefois, peu importe la surface utilisée chez les patients à risque élevé, un examen approfondi de la peau doit être effectué pour déceler la détérioration des tissus (Cullum *et al.*, 2001).

Le positionnement adéquat des personnes alitées ou confinées au fauteuil vise à réduire la pression et à permettre une perfusion adéquate des tissus. Les lignes directrices actuelles pour la pratique clinique et d'autres comptes rendus de recherche soulignent la

nécessité de positionner les patients alités ou confinés au fauteuil de façon à assurer une réduction optimale de la pression (AHCPR, 1992; Braden, 2001; Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; CREST 1998; RCN, 2000). De plus, on a remarqué que l'équipement utilisé pour prodiguer des soins et transférer les patients ne doit pas demeurer sous les personnes puisque ces objets sont une source de pression (RCN, 2000). Il faut porter une attention particulière au positionnement efficace dans le fauteuil, puisqu'une pression d'interface très élevée et des forces de cisaillement peuvent se produire lorsque la posture est mauvaise ou que les fauteuils ne sont pas adéquats (Braden, 2001; Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000). Pour les patients à risque élevé, il faut éviter la position assise prolongée et leur offrir des surfaces de lit réduisant ou éliminant la pression. De plus, les personnes confinées au fauteuil doivent utiliser un miroir pour examiner les régions qu'elles ne peuvent pas voir ou demander à quelqu'un d'autre de le faire pour elles (Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; RCN, 2000). La position assise recommandée nécessite un fauteuil qui est légèrement incliné vers l'arrière, ainsi qu'un soutien pour les pieds (les pieds ne doivent jamais demeurer suspendus) et des appuie-bras (Braden, 2001). Il est important de consulter l'équipe pluridisciplinaire, particulièrement l'ergothérapeute ou le physiothérapeute, pour évaluer la position assise et apporter des modifications au besoin (AHCPR, 1992; CREST, 1998; RCN, 2000).

Les techniques de positionnement, de rotation ou de transfert constituent une composante importante de la prévention au moment de prodiguer des soins. Il ne faut jamais faire glisser les personnes sur les surfaces car ceci augmente le risque de dommages causés par la friction. La plupart des lésions causées par la friction peuvent être évitées en utilisant une technique adéquate. Les mouvements volontaires et involontaires qu'effectuent les patients eux-mêmes peuvent occasionner des lésions causées par la friction, particulièrement sur les coudes et les talons. L'utilisation de produits visant à minimiser le contact avec les surfaces (y compris la literie) peuvent réduire le risque de lésions (AHCPR, 1992; Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000). Il faut utiliser un dispositif de rotation comme des draps, des trapèzes ou un lève-personne manuel ou électrique pour diminuer le risque de lésions de la peau (AHCPR, 1992; Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000). Tout le personnel doit être formé aux techniques adéquates de déplacement des patients (CREST, 1998).

L'AHCPR (1992) mentionne plusieurs études par Ek, Gustavsson et Lewis (1985) et par Dyson (1978) qui fournissent une preuve laissant croire que le massage des protubérances osseuses pourrait être néfaste. Chez les sujets étudiés, on a observé que le flux sanguin à la peau est plus faible après le massage, avec une diminution

importante de la température de la peau et une dégénération des tissus. Plusieurs lignes directrices pour la pratique clinique appuient cette recommandation (AHCPR, 1992; Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; CREST, 1998).

La douleur est un facteur qui peut occasionner une diminution de la mobilité chez des patients qui souffrent d'un état chronique comme l'arthrite, la sclérose en plaques, le cancer ou les lésions musculaires et/ou osseuses. Toute diminution de la mobilité due à une telle douleur peut accroître le risque de développement d'escarres de décubitus. De façon générale, les lignes directrices pour la pratique clinique ne traitent pas ce problème clinique; toutefois, au sein du groupe d'élaboration, par un processus de concertation, on a défini l'importance de tenir compte des problèmes liés à la douleur dans le contexte de la prévention des escarres de décubitus.

Les pratiques d'hygiène visant à enlever les corps étrangers ont été étudiées en ce qui a trait au nettoyage des escarres de décubitus, mais non pas en tant que mesure préventive (Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000). Toutefois, on a remarqué dans la pratique que le fait d'enlever fréquemment les déchets métaboliques comme l'urine et les matières fécales s'avère nécessaire afin de prévenir l'irritation chimique de la peau (AHCPR, 1992). La peau peut être exposée à diverses substances humides comme l'urine, les selles, la transpiration et le liquide

émanant de la plaie, toutes ces substances augmentant la vulnérabilité aux lésions (Braden, 2001; RCN, 2000). Pendant le nettoyage routinier de la peau et lorsque le patient s'est souillé, l'utilisation d'agents nettoyants doux et de l'eau tiède (plutôt que chaude) est recommandée afin de minimiser l'assèchement et l'irritation de la peau (AHCPR, 1992; Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; RCN, 2000).

Un contrôle efficace de la continence constitue un élément essentiel des soins de la peau. La peau mouillée a davantage tendance à adhérer aux draps, ce qui peut occasionner un cisaillement lorsque le drap se détache de la peau. Si la source d'humidité ne peut pas être contrôlée, l'utilisation de matériel absorbant s'avère nécessaire. Ces aides ne doivent pas nuire aux surfaces redistribuant la pression sur lesquelles la personne peut être placée (AHCPR, 1992; Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; RCN, 2000). Il est recommandé d'envisager un recours à un conseiller en matière de continence pour chaque cas particulier.

Une hydratation adéquate du stratum corneum offre une protection contre les lésions mécaniques de la peau. Une hydratation moindre de la peau entraîne une diminution de sa souplesse; une peau gravement asséchée rest exposée au risque de développement de fissures et de craquellements. Les hydratants doivent être appliqués dans les régions où la peau est

sèche, en prenant soin de ne pas frotter ou masser les zones de protubérance osseuse. Le maintien des conditions environnementales, comme l'humidité relative et la température, minimise le risque de peau sèche (AHCP, 1992; Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000).

Il existe un lien étroit entre l'état nutritionnel (y compris l'hydratation) et le développement d'escarres de décubitus. La nutrition joue un rôle important dans la prévention et le traitement des escarres de décubitus et s'avère essentielle pour maintenir l'intégrité des tissus (Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; Ferguson et al., 2000; RCN, 2000). Les facteurs particuliers qui sont largement associés au développement et au traitement prolongés des escarres de décubitus sont une mauvaise nutrition et un apport nutritionnel réduit. L'état nutritionnel influence l'intégrité de la peau et des structures de soutien. Un manque de vitamines et d'oligoéléments peut prédisposer le patient à un risque accru de lésions causées par la pression (RCN, 2000). Deux études parallèles documentent le rôle que jouent les carences en calories, en protéines et en fer dans le développement des escarres de décubitus (AHCP, 2000). Ferguson *et al.* (2000) indiquent que l'intervention nutritionnelle commence par une évaluation et un examen nutritionnels, l'objectif étant de s'assurer que l'apport alimentaire contient

les nutriments adéquats pour maintenir ou améliorer l'état nutritionnel de la personne.

Les personnes obèses ou maigres sont associées à un risque plus élevé de développement d'escarres de décubitus (Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; Ferguson et al., 2000; RCN, 2000). Par conséquent, on recommande que l'évaluation et la documentation incluent la taille et le poids actuels, les pertes de poids récentes, les habitudes alimentaires et les changements récents dans les habitudes et les apports alimentaires. Un dépistage détaillé pourrait s'avérer bénéfique et, dans un tel cas, on encourage la consultation d'un diététiste autorisé (Ferguson et al., 2000; RCN, 2000).

L'immobilité et l'inactivité ont été associées à des escarres plus grosses et les personnes alitées et confinées au fauteuil présentent un risque plus élevé de développer des escarres de décubitus. Les chercheurs ont mentionné que l'utilisation d'une gamme d'exercices et de mouvements actifs et passifs favorise la mobilité et diminue les effets de la pression sur les tissus. L'exercice, l'ambulation, une position adéquate, ainsi que des exercices pour accroître la mobilité sont tous des éléments qui contribuent au processus de prévention (AHCP, 1992; Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000).



Sortie/transfert d'établissement

Recommandation 4.1

Prévenir suffisamment à l'avance du transfert d'un client d'un établissement à un autre (p. ex. : de l'hôpital à la maison/ maison de retraite/hospice/soins en établissement) lorsque l'équipement permettant de diminuer les pressions doit être installé au moment du transfert, par exemple : des matelas réduisant la pression, l'équipement de transfert particulier, des fauteuils. Le transfert dans un autre établissement peut nécessiter une visite des lieux, une réunion avec la famille et/ou le patient ou une évaluation concernant le financement des ressources allouées à la prévention du développement d'escarres de décubitus.

(force de la preuve = C)

Recommandation 4.2

Informez les patients que l'on déplace d'un établissement à un autre des points suivants :

- Les facteurs de risque déterminés.
- Les détails concernant les points de pression et l'état de la peau avant la sortie.
- Le type de lit ou de matelas dont a besoin le patient.
- Le type de fauteuil dont a besoin le patient.
- Les détails concernant les escarres guéries.
- Le stade et la taille des escarres existantes, ainsi que les régions où elles se trouvent.
- L'historique des escarres, les traitements antérieurs et les pansements (génériques) utilisés.

- Le type de pansement actuellement utilisé et la fréquence de changement.
- Toute allergie au type de pansement.
- Le besoin d'un soutien nutritionnel continu.

(force de la preuve = C)

Recommandation 4.3

Recommander l'utilisation des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers 2002 de la RNAO intitulée *Évaluation du risque et prévention des escarres de décubitus*.

(force de la preuve = C)

Discussion sur la preuve

Afin d'assurer un transfert d'établissement sans heurts des patients ayant un risque connu de développer des escarres de décubitus, de même que pour assurer une prestation uniforme des soins, il est essentiel de faire en sorte que le financement et l'équipement soient en place afin d'éviter l'interruption du plan de soins. Le *Royal College of Nursing* (2000) recommande de mettre en place des règlements et des procédures sur le transfert des personnes d'un établissement à un autre.

La continuité des soins prodigués au patient peut être améliorée grâce à la communication de renseignements particuliers sur le patient d'un établissement à un autre. Ces renseignements doivent être fournis par écrit et verbalement afin d'améliorer la

communication (Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; CREST, 1998). Des approches semblables dans semblables dans divers établissements assureront une prestation de soins continue et standardisée pour le patient et les soignants. L'utilisation des recommandations de lignes directrices sur

la pratique clinique pour l'ensemble du plan de soins peut faciliter la prise de décisions par les prestataires de soins et les patients en ce qui concerne les soins de santé adéquats en fonction de situations cliniques particulières (Field & Lohr, 1990).

Recommandations relatives à la formation

Recommandation 5.1

Les programmes d'enseignement portant sur la prévention des escarres de décubitus doivent être structurés, organisés et détaillés et ils doivent s'adresser aux prestataires de soins de santé, aux clients, aux familles et aux soignants de tous les échelons.

(force de la preuve = A)

Recommandation 5.2

Le programme d'enseignement portant sur la prévention des escarres de décubitus doit comporter des renseignements à propos des points suivants :

- Causes et facteurs de risque prédisposant au développement des escarres de décubitus.
- Instrument de mesure du risque d'escarre de Braden (six catégories permettant de définir les risques) et

pertinence des catégories quant à la planification des soins.

- Examen de la peau.
- Stades des escarres de décubitus.
- Sélection ou utilisation de supports.
- Élaboration et mise en place d'un programme individualisé de soins de la peau.
- Démonstration de techniques de positionnement et de transfert afin de diminuer le risque de lésions aux tissus.
- Directive concernant une documentation précise des données pertinentes.

(force de la preuve = B)

Recommandation 5.3

Le programme d'enseignement doit définir les personnes responsables de la prévention des escarres de décubitus et inclure une description du rôle de chacun. Le niveau d'information et le mode de communication doivent être adaptés au public et comporter un aperçu de la participation attendue de chacun. Le programme d'enseignement doit être mis à jour de façon régulière afin d'y intégrer les techniques et les technologies nouvelles et existantes.

(force de la preuve = C)

Recommandation 5.4

Les programmes d'enseignement doivent être élaborés, mis en place et évalués à l'aide de principes relatifs à l'apprentissage des adultes. Les programmes doivent être dotés de mécanismes intégrés, comme des normes d'appréciation de la qualité et des vérifications afin d'évaluer leur efficacité à prévenir les escarres de décubitus.

(force de la preuve = C)

Discussion sur la preuve

Le *Royal College of Nursing* (2000) mentionne plusieurs études (Bergstrom Braden, Boynton & Bruch, 1995; Moody et al, 1998) et une étude méthodique de McGough (telle que citée dans RCN, 2000) qui appuient le concept voulant que les programmes programmes de formation et de sensibilisation pourraient réduire l'incidence et la prévalence des escarres de décubitus. Il affirme qu'une

« méthode d'appréciation de la qualité continue permettrait de défendre l'idée qu'une meilleure sensibilisation des gens sur l'évaluation du risque et de la prévention des escarres de décubitus par un programme de sensibilisation structuré et coordonné apportera fort probablement plus d'avantages aux patients que si l'on n'offrait aucun programme » (page 19). De plus, plusieurs lignes directrices sur la pratique clinique appuient l'intervention sur le plan de l'éducation afin d'améliorer la prévention des escarres de décubitus (AH CPR, 1992; Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; RCN, 2000). L'AH CPR (1992) a étudié plusieurs programmes de formation et de sensibilisation dans divers milieux cliniques – lésions de la moelle épinière, centres de réadaptation, soins de longue durée et hôpitaux – afin de définir l'information essentielle pour des protocoles efficaces de prévention des escarres de décubitus. Le *Royal College of Nursing* (2000) confirme et définit davantage les domaines qui doivent être inclus. Plus particulièrement, il met l'accent sur la sélection, l'utilisation et l'entretien de dispositifs de redistribution de la pression et sur les rôles et responsabilités des membres de l'équipe pluridisciplinaire quant à la prévention et au traitement des escarres de décubitus, ainsi que sur l'inclusion en y incluant la sensibilisation du patient.

Dans notre environnement de soins de santé actuel, les personnes demeurent

beaucoup moins longtemps à l'hôpital. Fréquemment, le point de mire des soins vise à maximiser les gains fonctionnels, en ce qui concerne les activités quotidiennes et la mobilité, et l'éducation demeure officieuse ou minimale. Toutefois, il est essentiel de transmettre aux personnes les connaissances de base nécessaires à leur retour à la maison et dans leur communauté (Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000) et faire en sorte que ces connaissances soient transmises de façon significative et utile pour le patient et le soignant. Boyd (1987), une étude méthodique, indique que la plupart des personnes aux États-Unis ont un niveau de compréhension de l'écrit se situant au maximum au niveau d'un jeune de quatorze ans. Ceci a des répercussions sur l'élaboration de programmes d'éducation du patient et de documents d'enseignement à l'intention du patient. De longues discussions dans les publications spécialisées démontrent le besoin de s'assurer que les programmes d'enseignements adressent à tous les échelons de cliniciens, de patients et de toutes les personnes soignantes (AHCPR, 1992; Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; RCN, 2000; Wiechula, 1997). Les principes de l'apprentissage des adultes devraient servir point de repère dans l'élaboration des programmes d'enseignement. Diverses méthodes d'enseignement, y compris les cours magistraux (présentations didactiques), les ateliers et les guides rédigés avec illustrations, sont recommandées

(AHCPR, 1992). Afin de s'assurer que les programmes d'enseignement sont efficaces, les résultats de ceux-ci doivent faire l'objet d'un suivi portant sur des résultats comme la réduction de la prévalence et de l'incidence des escarres (AHCPR, 1992; RCN, 2000).

Des stratégies d'intervention efficaces nécessitent une communication, des rôles et des responsabilités des membres de l'équipe pluridisciplinaire (CREST, 1998). Une continuité accrue des soins se produit lorsqu'une approche d'équipe est utilisée et que les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe sont définis (AHCPR, 1992; Consortium for Spinal Cord Medicine, 2000; RCN, 2000). De plus, l'adoption d'une approche de travail d'équipe nécessite que chaque membre de l'équipe assume la responsabilité de faciliter et d'améliorer la communication, tout en partageant la responsabilité des soins. Cette méthode nécessite que les professionnels de la santé et les patients comprennent et respectent les rôles de chacun dans la prestation des soins (RCN, 2000). L'explication détaillée de ces rôles peut être abordée dans une programmation d'enseignement visant divers publics.



Recommandations contextuelles

Recommandation 6.1

Les lignes directrices risquent davantage d'être efficaces si elles tiennent compte des situations locales et si elles sont diffusées dans le cadre d'un programme de formation et d'éducation continu.

(force de la preuve = C)

Recommandation 6.2

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires ne peuvent être mises en place avec succès que si les conditions suivantes sont réunies : une planification, des ressources, un soutien organisationnel et administratif adéquats, ainsi qu'une facilitation appropriée. À cet égard, la RNAO (par l'entremise d'un groupe d'étude composé d'infirmières et d'infirmiers, de chercheurs et d'administrateurs) a élaboré la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*, qui est fondée sur des preuves, des perspectives théoriques et un consensus existants. La trousse est recommandée en tant qu'un outil d'introduction à la mise en place de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de la RNAO qui porte sur l'évaluation des risques et la prévention des escarres de décubitus.

(force de la preuve = C)

Consulter l'annexe E pour obtenir une description de la Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique.

Recommandation 6.3

Les organismes ont besoin d'une politique en ce qui concerne les avis préalables qu'ils demandent ou qu'ils doivent fournir au moment de transférer des patients d'un établissement à un autre ou de les admettre dans un établissement dans les cas où des besoins particuliers (p. ex. : supports) doivent être satisfaits.

(force de la preuve = C)

Recommandation 6.4

Les organismes doivent s'assurer que des ressources sont disponibles pour les patients et le personnel, par exemple : des hydratants appropriés, des barrières, l'accès à l'équipement, des thérapeutes, etc.

(force de la preuve = C)



Évaluation et surveillance de la Ligne directrice

Recommandation 7.1

Il est important de réévaluer les risques de façon périodique. Les soins doivent être modifiés en fonction des facteurs de risque déterminés. La fréquence de la réévaluation dépend de l'état du patient et de la réglementation de l'établissement.

(force de la preuve = C)

Recommandation 7.2

Les interventions et les résultats doivent faire l'objet d'une surveillance et doivent être documentés grâce à des mesures comme celles utilisées dans les études comparées et les études parallèles.

(force de la preuve = C)

Recommandation 7.3

La vérification des stratégies pour la prévention des escarres de décubitus peut être centrée sur trois groupes différents : a) patient, b) agence et c) communauté.

(force de la preuve = C)

Discussion sur la preuve

La présence ou l'absence d'escarres de décubitus est souvent perçue comme un indicateur de la qualité des soins et ces statistiques sont souvent utilisées pour prendre des décisions réglementaires et financières (RCN, 2000). Les mesures de l'incidence et de la prévalence sont définies ci-dessous.

Prévalence des escarres de décubitus – Le nombre de cas à un moment précis dans le temps. Le taux inclut tous les nouveaux et anciens cas survenus pendant la période de prévalence déterminée, par exemple : 12 heures. La formule de prévalence est fondée sur une escarre par cas, bien que le stade d'escarre le plus élevé soit compté pour ceux qui ont plusieurs escarres. Les résultats sont exprimés en tant que pourcentage du nombre total de patients examinés. La prévalence est calculée en déterminant le nombre de personnes ayant une escarre de décubitus et en divisant ce nombre par la population totale à un moment précis dans le temps. Ce taux offre l'aperçu de la répartition des escarres de décubitus, bien que le taux soit influencé par des facteurs comme l'admission de nouveaux patients, le taux de guérison, l'efficacité du traitement, les pratiques en ce qui concerne la sortie, etc. (CREST, 1998; RCN, 2000).

Incidence des escarres de décubitus – Les nouveaux cas apparaissant pendant une période précise chez la population « à risque » identifiée dans le sondage sur la prévalence. Par exemple, un service de soins infirmiers en chirurgie qui a admis 100 patients pendant un mois et qui a signalé dix escarres aurait un taux d'incidence de 10 %. Le taux est généralement calculé par cas de nouvelle

occurrence (10) sur l'ensemble des cas (100) pendant une période donnée (1 mois). Une définition, à des fins d'amélioration de la qualité, pourrait tenir compte de toutes les nouvelles occurrences, même s'il s'agit d'une occurrence multiple pendant la même période pour une seule personne. Par exemple, si cinq des dix cas au service de chirurgie ont deux escarres pendant la période d'un mois, le taux d'incidence serait de 15 %. Il est important que la formule utilisée soit explicite. L'incidence mesure le nombre de patients qui développent des escarres de décubitus pendant leur traitement à l'hôpital ou dans la communauté (CREST, 1998; RCN, 2000).

Les taux de prévalence sont difficiles à comparer d'un établissement à l'autre et à l'intérieur d'un même établissement et il est difficile de les interpréter car ils sont influencés par l'incidence, les taux de guérison, les méthodes d'admission et de sortie et les règlements (RCN, 2000). Les taux d'incidence dressent un tableau de plus en plus précis de l'efficacité de l'évaluation du risque et des interventions préventives puisqu'ils permettent d'identifier ceux qui ont développé des escarres au fil du temps dans un établissement de soins particulier. Toutefois, les mesures de l'incidence doivent être considérées parallèlement au type et au nombre de patients à risque admis dans l'établissement (RCN, 2000).

Les évaluations et les vérifications doivent constituer une partie intégrante des activités d'appréciation de la qualité des lieux de travail (CREST, 1998; RCN, 2000). CREST (1998) propose que la vérification en ce qui concerne la prévention des escarres de décubitus soit divisée en deux volets :

a) Vérification – Patient (CREST, 1998)

- Une évaluation des risques a-t-elle été effectuée en ce qui concerne le patient?
- Ce patient est-il considéré comme étant à risque de développer une escarre de décubitus?
- Si ce patient est à risque de développer des escarres de décubitus, a-t-on mis sur pied un plan de soins soulignant les points suivants :
 - Des stratégies permettant de réduire les risques déterminés (type de surface de lit, fréquence des changements de position);
 - Participation de collègues d'autres disciplines.
- Si le patient a une escarre de décubitus, les éléments suivants ont-ils été documentés :
 - Un examen approfondi de la lésion (région, taille, profondeur, emplacement de la lésion, exsudat et contour de la lésion);
 - Les stratégies visant à réduire les facteurs de risque déterminés;
 - Le type de bandage à utiliser et la fréquence;

- Le type de surface à utiliser pour éliminer ou réduire la pression;
- La consultation des autres membres de l'équipe;
- L'efficacité du plan.

b) Vérification – Installation (CREST, 1998)

- Existe-t-il un protocole visant la prévention des escarres de décubitus?
- Existe-t-il un protocole sur le remplacement des matelas du service?
- Offre-t-on un encadrement concernant la location d'équipement permettant d'éliminer la pression?
- Est-ce que l'installation encourage l'utilisation d'un outil unique d'évaluation des risques?
- Offre-t-on un encadrement concernant l'utilisation de critères permettant d'établir les stades?
- Le personnel est-il au courant des règlements existants?

Le groupe d'élaboration, grâce à une méthode de concertation, a défini le besoin d'inclure une évaluation des soins fournis dans la communauté par les professionnels, la famille et les autres prestataires de soins de santé.

c) Vérification – Communauté

- Existe-t-il des dispositions visant à éduquer les patients, la famille et les professionnels de la santé?
- Existe-t-il des ressources adéquates en place pour aider les prestataires de soins de santé?



Guides de référence rapide

- Instrument de mesure du risque d'escarre de Braden
Voir l'annexe C
- Réduction et élimination de la pression
Voir l'annexe D
- RNAO – Évaluation des risques et prévention des escarres de décubitus :
Guide de référence rapide
Voir l'annexe F

Méthode de mise à jour et de révision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario propose de mettre à jour les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers comme suit :

1. Après la diffusion, chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers sera révisée par une équipe de spécialistes du domaine (équipe de révision) tous les trois ans suivant la dernière série de révisions.
2. Pendant la période de trois ans entre l'élaboration et la révision, le personnel affecté au Projet des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNAO effectuera une surveillance régulière des nouvelles études méthodiques et essais randomisés dans le domaine.
3. Selon les résultats de la surveillance, le personnel affecté au projet peut recommander d'avancer la date de la période de révision. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe original et d'autres spécialistes du domaine aideront à prendre la décision de réviser les lignes directrices avant l'échéance de trois ans.
4. Trois mois avant l'échéance de révision de trois ans, le personnel affecté au projet des lignes directrices sur les pratiques exemplaires commencera la planification du processus de révision comme suit :
 - a) Invitation de spécialistes du domaine à se joindre à l'équipe de révision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. L'équipe de révision sera formée de membres du groupe original, ainsi que d'autres spécialistes recommandés.
 - b) Compilation des commentaires reçus, des questions rencontrées pendant l'étape de diffusion, ainsi que d'autres commentaires et expériences provenant des sites de mise en place .
 - c) Compilation des nouvelles lignes directrices sur la pratique clinique dans le domaine, études méthodiques, méta-analyses, examens techniques et essais randomisés.
 - d) Établissement d'un plan de travail détaillé comportant des échéances pour les résultats.

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires révisées seront diffusées selon les structures et les processus établis.

Références bibliographiques

- Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). (1992). Pressure ulcers in adults : Prediction and prevention. Clinical Practice Guideline, n° 3. AHCPR Publication n° 92-0047. Rockville, MD : Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services.
- Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). (1994). Treatment of pressure ulcers. Clinical Practice Guideline, n° 15. AHCPR Publication n° 95-0652. Rockville MD : Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L.C., Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation : Applying stakeholder analysis to merger life cycle. Journal of Nursing Administration, 29(3), 11-20.
- Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., Homan V., (1987). The Braden Scale for predicting pressure sore risk. Nursing Research, 36(4), 205-210.
- Bergstrom, N. et Braden, B. J. (1992). A prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly. Journal of the American Geriatric Society, 40(8), 747-758.
- Bergstrom, N., Braden, B., Boynton, P. et Bruch, S. (1995). Using a research-based assessment scale in clinical practice. Nursing Clinics of North America, 30(3), 539-551.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J., et Marteau, T. (1999). Consensus development methods : Review of best practice in creating clinical guidelines. Journal of Health Services Research et Policy, 4(4), 236-248.
- Boyd, M. (1987). A guide to writing effective patient education materials. Nursing Management, 18(7), 56-57.
- Braden, B. J. (2001). Risk Assessment in Pressure Ulcer Prevention. In D. Krasner, G. Rodeheaver et R. G. Sibbald (Eds.), Chronic Wound Care : A Clinical Source Book for Healthcare Professionals (3^e éditeur, pp. 641-651). Wayne, PA : HMP Communications.
- Bryant, R.A. (1992). Acute and Chronic Wounds. Nursing Management. St. Louis : Mosby-Year Book Inc.
- Clarke, M. et Oxman, A. D. (éditeurs) (1999). Cochrane Reviewers' Handbook 4.0 (mise à jour : juillet 1999). In Review Manager (RevMan) (Computer Program). Version 4.0. Oxford, Royaume-Uni : The Cochrane Collaboraton.
- Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST). (1998). Guidelines for the Prevention and Management of Pressure Sores. Belfast, Irlande du Nord : CREST Secretariat.
- Cluzeau, F., Littlejohns, P., Grimshaw, J., Feder, G. et Moran, S. (1997). Appraisal Instrument for Clinical Guidelines. St. George's Hospital Medical School (éditeur). St. George's Hospital Medical School. [En ligne] Disponible à l'adresse : <http://sghms.ac.uk/phs/hceu/>.
- College of Nurses of Ontario (2000). Standards of Nursing Documentation. Toronto : College of Nurses of Ontario Publication Department.
- Consortium for Spinal Cord Medicine (2000). Pressure ulcer prevention and treatment following spinal cord injury : A clinical practice guideline for health-care professionals. United States Government : Paralyzed Veterans of America.
- Cuddigan, J. et Frantz, R. (1998). Pressure ulcer research : Pressure ulcer treatment. Advances in Wound Care, 11(6), 294-300.
- Cullum, N., Deeks, J. Fletcher, A., Sheldon, T. et Song, F. (1995). Preventing and treating pressure sores. Quality in Health Care, 4, 289-297.
- Cullum, N., Nelson, E., Nixon, J. (2001). Pressure sores. In : Clinical evidence : The international source of the best available evidence for effective health care. N° 5. BMJ Publishing Group, 1357-1364.
- Dyson, R. (1978). Bed sores – the injuries hospital staff inflict on patients. Nursing Mirror, 146(24), 30-32.
- Effective Health Care Bulletin. (1995). NHS Centre for Reviews and Dissemination. The prevention and treatment of pressure sores. Effective Health Care Bulletin, 2(1), 1-18.
- Ek, A., Gustovsson, G. et Lewis, D. (1983). The local skin blood flow in areas at risk for pressure sores treated with massage. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine, 17(2), 81-86.

- Ferguson, M., Cook, A., Rimmasch, H., Bender, S. et Voss, A. (2000). Pressure ulcer management : The importance of nutrition. Medsurg Nursing, 9(4), 163-175.
- Ferrell, B., Josephson, K., Norvid, P. et Alcorn, H. (2000). Pressure ulcers among patients admitted to home care. Journal of the American Geriatrics Society, 48(9), 1042-1047.
- Field, M.J. et Lohr, K.N. (éditeurs) (1990) Guidelines for clinical practice : Directions for a new program. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC
- Fisher, A., Denis, N., Harrison, B.B., McNamee, M., Friedberg, E., et Wells, G. (1996). Quality management in skin care : Understanding the problem of pressure ulcers. Canadian Journal of Quality in Health Care, 13(1), 4 – 11.
- Fleck, C.A. (2001). Support Surfaces : Criteria and Selection. In D.L. Krasner, G.T. Rodeheaver, et R.G. Sibbald (éditeurs), Chronic Wound Care : A Clinical Source Book for Healthcare Professionals (3^e édition, pp. 661-671). Wayne, PA : HMP Communications.
- Foster, C., Frisch, S., Denis, N., Forley, Y. et Jago, M. (1992). Prevalence of pressure ulcers in Canadian institutions. CAET Journal, 11(2), 23-31.
- Gage, M. (1994). The patient-driven interdisciplinary care plan. Journal of Nursing Administration, 24 (4), 234-243.
- Gould, D., James, T., Tarpey, A., Kelly, D., Pattison, D., et Fox, C. (2000). Intervention studies to reduce the prevalence and incidence of pressure sores : A literature review. Journal of Clinical Nursing, 9, 163-177.
- Harrison, M.B., Wells, G., Fisher, A. et Prince, M. (1996). Practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers : Evaluating the evidence. Journal of Applied Nursing Research, 9(1), 9 – 17.
- Holzappel, S. (1993). Support surfaces and their use in the prevention and treatment of pressure ulcers. Journal of ET Nursing, 20, 251-260.
- Jay R. (1995). Pressure and shear : Their effects on support surface choice. Ostomy/ Wound Management, 41(8), 36-45.
- Kemp, M. et Krouskop, T. (1994). Pressure Ulcers : Reducing incidence and severity by managing pressure. Journal of Gerontological Nursing, 20(9), 27-34.
- Maklebust, J., et Sieggreen, M. (1996). Pressure ulcers : Guidelines for prevention and nursing management (2^e édition) Springhouse, PA: Springhouse Corporation.
- Moody, B., Finale, J., Thompson, M., Vaillancourt, D., Symonds, G. et Bonasoro, C. (1988). Impact of staff education on pressure sore development in elderly hospitalized patients. Archives of Internal Medicine, 148(10), 2241-2243.
- Mulder, G. D., Fairchild, P. A. et Jeter, K. F. (1995). Support surfaces. In : Clinician's Pocket Guide to Chronic Wound repair (3^e édition.), chapitre 14, 81-96. Long Beach, CA : Wound Healing Institute Publications.
- National Health and Medical Research Centre (1998). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. [En ligne]. Disponible à l'adresse : www.ausinfo.gov.au/general/gen_hottobuy.htm
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). (1989). Pressure ulcers prevalence, cost and risk assessment : Consensus development conference statement. Decubitus, 2(2), 24-28.
- Ontario Public Health Association. (1996). Making a difference! - A workshop on the basics of policy change. Toronto : Gouvernement de l'Ontario.
- Royal College of Nursing. (2000). Pressure ulcer risk assessment and prevention. London : Royal College of Nursing.
- Weir, D. (2001). Pressure ulcers : Assessment, Classification and Management. In D. Krasner, G. Rodeheaver et R.G. Sibbald (Eds.), Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals (3^e édition., pages 619-627). Wayne, PA : HMP Communications.
- Wiechula, R. (1997). Best Practice : Evidence-based Practice Information Sheets for Health Professionals. Brochure.

Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (1987). Standards of Care. Patient with Dermal Wounds : Pressure Ulcers (révision : 1992) WOCN, Costa Mesa, CA.

Zielstorff, R. D., Barnett, G. O., Fitzmaurice, J. B., Estey, G., Hamilton, G., Vickery, A., Welebob, E. et Shahzad, C. (1996). A decision support system for prevention and treatment of pressure ulcers based on AHCPR guidelines. Proc. AMLA Annual Fall Symposium, 562-566.

Bibliographie

Ayello, A. E. (Octobre 1999). Predicting ulcer sore risk. Journal of Gerontological Nursing, 5(10), 7-9.

Bernath, V. et Hender, K. (Décembre 2000). Prevention of pressure ulcers. Centre of Clinical Effectiveness. (Monash University), [En ligne]. Disponible à l'adresse : http://www.med.monash.edu.au/public_health/cce/

Boettger, E.J. (1997). Effects of a pressure reduction mattress and staff education on the incidence of nosocomial pressure ulcers. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 24(1), 19-25.

Buss, C.I., Halfens, J. G. R., Abu-Saad, H.H., et Kok, G. (1999). Evidence-based nursing practice : Both state of the art in general and specific to pressure sores. Journal of Professional Nursing, 15(2), 73-83.

Clark, M. (2001). Developing guidelines for pressure ulcer prevention and management. Journal of Wound Care, 8(7), 357-359.

Cullum, N., Deeks, J., Sheldon T., Song, F., et Fletcher W. A. (1999). Beds, mattresses and cushions for pressure sore prevention and treatment. Journal of Tissue Viability, 9(4), 33-35.

Cullum, N., Deeks, J., Sheldon T., Song, F., et Fletcher A. (2001). Beds, mattresses and cushions for pressure sore prevention and treatment. Cochrane Database Systematic Review (3).

Day, D., Hayes, K., McAree-Kennedy, A., et Dierecksen, R. (1997). Pressure ulcer prevention : Review of literature. Journal of the New York State Nurses Association, 28(2), 12-17.

Drake, C. (Septembre 1999). Internet resources for pressure ulcer prevention and treatment. AORN Journal, 70(3), 502-503

Erwin-Toth, P. et Stenger, B. (2001). Teaching Wound Care to Patients, Families, and Healthcare Providers. In D.L. Krasner, G.T. Rodeheaver, et R.G. Sibbald (éditeurs), Chronic Wound Care : A Clinical Source Book for Healthcare Professionals (3^e édition, pages 35-41). Wayne, PA : HMP Communications.

European Pressure Ulcer Advisory Panel (1994). Science of Surfaces. Symposium on the Evaluation of Support Surfaces, Paris, France.

European Pressure Ulcer Advisory Panel. (2001). Literature review : Recent reference section. European Pressure Ulcer Advisory Panel), 1-5. [En ligne]. Disponible à l'adresse : http://www.leahcim.demon.co.uk/euap/bull_3/literature.htm

Folkedahl, B., Frantz, R., et Goode, C. (1997). Research based protocol : Prevention of pressure ulcers. The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core.

Gerrish, K., Clayton, J., Nolan, Parker, K., et Morgan, L. (1999). Promoting evidence-based practice : Managing change in the assessment of pressure damage risk. Journal of Nursing Management, 7(6), 355-362.

Goodridge, D., Sloan, J., LeDoyan, Y., McKenzie, J., et Knight, W. (1998, Summer). Risk assessment scores, prevention strategies, and the incidence of pressure ulcers among the elderly in four Canadian health-care facilities. Canadian Journal of Nursing Research, 30(2), 23-44.

Krouskop, T., Randall, C., Davis, J., Garber, S., Williams, S. et Callaghan, R. (1994). Evaluating the long-term performance of a foam-core hospital replacement mattress. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 21(6), 241-246.

Maklebust, J. (1999). An update on horizontal patient support surfaces. Ostomy Wound Management, 45(1A, supplément), 70-77.

Maklebust, J. et Sieggreen, Y.M. (1998, February 18th). Choosing support surfaces for pressure ulcer prevention. Wound Care Communication Network at Springhouse Corporation (Educational Resources), 1-4. [En ligne]. Disponible à l'adresse : <http://www.woundcarenet.com/educat/ress1.htm>

McNees, P., Braden, B., Bergstrom, N., et Ovington, L. (1998). Beyond Risk assessment : Elements for pressure ulcer prevention. Ostomy/Wound Management, 44, (suppl.), 51S-58S.

National Decubitus Foundation (2000). Cost savings through bedsore avoidance. [En ligne]. Disponible à l'adresse : www.decubitus.org/cost/cost.html.

National Pressure Ulcer Advisory Board (1995). Pressure ulcer research : Etiology, assessment and early intervention. Pressure Ulcer Monograph. [En ligne]. Disponible à l'adresse : www.npuap.org/prevmon.htm.

Orlando, P. (1998). Pressure ulcer management in the geriatric patient. The Annals of Pharmacotherapy, 32, 1221-1227.

Psaty, M. B., Furberg, D.C., Pahor, M., Alderman, M., et Kuller, H. L. (2001, September). National guidelines, clinical trials, and quality of evidence. Archives of Internal Medicine, 160, 2577-2580.

Quaglioni, S., Grandi, M., Baiardi, P., Mazzoleni, M.C., Fassino, C., Franchi, G., et Melino, S. (2000). A computerized guideline for pressure ulcer prevention. International Journal of Medical Informatics, 58-59, 207-217

Richardson, G., Gardner, S., et Frantz, R. (1998). Nursing assessment : Impact on type and cost of interventions to prevent pressure ulcers. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, 25(6) 273-280.

Scott, E. M. (2000, Jan). The prevention of pressure ulcers in the operating department. Journal of Wound Care, 9(1), 18-21.

Shipperley, T. (1998). Guidelines for pressure sore prevention and management. Journal of Wound Care, 7(6), 309-311.

Thomson, J. S. et Brooks, R. G. (1999). The economics of preventing and treating pressure ulcers : A pilot study. Journal of Wound Care, 8(6), 312-316

van Rijswijk, L. et Braden, B. J. (1999). Pressure ulcer patient and wound assessment : An AHCP clinical practice guideline update. Ostomy/Wound Management, 45(1A, suppl.), 56S-67S.

Wagner, L. (Avril 1998). Mapping out care : Pressure ulcer prevention and treatment path. Provider, 34-42.

Xakellis, C. G., Frantz, R., et Lewis, A. (1995). Cost of pressure ulcer prevention in long-term care. Journal of American Geriatrics Society, 43(5), 496-501.

Young, T. (2000). Critical appraisal of pressure ulcer guidelines. Community Nurse, 5(12), 29-30.



Annexe A : Profil des parties prenantes – Révision externe

Consommateurs

Infirmières en
soins généraux

Infirmières et infirmiers -
Stomathérapie

Médecins

Gériatres

Ergothérapeutes

Physiothérapeutes

Diététistes

Administrateurs de
soins de santé

51

Annexe B : Matériel didactique recommandé

1. Ensembles de diapositives éducatives du *National Pressure Ulcer Advisory Panel*
 - Ensemble 1 – *Pressure Ulcer Basics* (22 diapositives pour 50 \$ US, y compris le transport et la manutention)
 - Ensemble 2 – *Incidence, Prevalence, and Risk Assessments* (25 diapositives pour 60 \$ US)
 - Ensemble 3 – *Strategies for Pressure Ulcer Prevention* (28 diapositives pour 60 \$ US)

Coordonnées : Bureau national du NPUAP, (703) 464-4849, poste 4070
2. Vidéo – *Prevention, Assessment & Treatment of Pressure Ulcers*
Medcom Trainer
PO Box 3225
Garden Grove, CA92642, USA
Télec. (714) 898-4852
3. The Medicine Group (1998). *An Approach to Pressure Ulcer Management : Interactive Education for Healthcare Professionals*. Cahier de travail avec trousse de conférence et diapositives. Disponible auprès de Smith & Nephew Inc.
4. Krasner, D., Margolis, D.J., Ordon, R.U., & Rodeheaver, G.T. (1998). *Prevention and Management of Pressure Ulcers*, n°6 de la série : *Treatment of Chronic Wounds by Curative Health Services*. 1-800-579-5959 ou site Web : <http://www.curative.com>

Annexe C : Outil de mesure du risque d'escarre de Braden

<p>Perception Sensorielle Capable de répondre de manière adaptée à l'inconfort provoqué par la pression</p>	<p>1. Patient complètement limité : Aucune réaction (plainte, action) à la douleur en raison d'une diminution de la conscience ou des effets de sédatifs, ou incapacité à sentir la douleur sur toute la surface du corps.</p>	<p>2. Patient très limité : Répond seulement à la douleur. Ne peut communiquer son inconfort excepté par des plaintes ou de l'agitation, ou souffre d'une altération de la sensibilité qui limite la capacité à sentir la douleur ou l'inconfort sur la moitié du corps.</p>
<p>Humidité Degré d'humidité auquel est exposée la peau</p>	<p>1. Patient constamment mouillé : La peau est presque continuellement en contact avec la transpiration, l'urine, etc. L'humidité de la peau est observée à chaque fois que le patient est tourné ou mobilisé.</p>	<p>2. Humide : La peau est souvent mais pas toujours humide. La literie doit être changée au moins une fois par changement d'équipe.</p>
<p>Activité Degré d'activité physique</p>	<p>1. Alité : Confiné au lit.</p>	<p>2. Au fauteuil Capacité de marcher très limitée ou inexistante. Ne peut supporter son propre poids et/ou doit être aidé au fauteuil ou fauteuil roulant.</p>
<p>Mobilité Capable de changer et à contrôler la position du corps</p>	<p>1. Patient complètement immobile : Ne peut effectuer aucun changement de position du corps ou de ses extrémités sans aide.</p>	<p>2. Patient très limité : Effectue occasionnellement de légers changements de position du corps et de ses extrémités mais est incapable d'effectuer de manière autonome des changements de position fréquents et importants.</p>
<p>Nutrition Habitudes alimentaires</p>	<p>1. Très pauvre : Ne mange jamais un repas complet. Mange rarement plus du tiers de chaque aliment proposé. Mange deux rations de protéines ou moins par jour (viande ou produits laitiers). Boit peu. Ne prend pas de suppléments alimentaires liquides ou est à jeun et/ou est hydraté par voie intraveineuse depuis plus de cinq jours.</p>	<p>2. Probablement inadéquate : Mange rarement un repas complet et mange en général seulement la moitié de chaque aliment proposé. Prend seulement trois rations de viande ou de produits laitiers par jour. Peut prendre occasionnellement un supplément diététique ou reçoit moins que la quantité optimale requise par un régime liquide ou par sonde.</p>
<p>Friction et cisaillement</p>	<p>1. Problème : Requiert une assistance modérée à complète pour se mobiliser. Impossibilité de se relever complètement dans le lit sans glisser sur les draps. Glisse fréquemment dans le lit ou le fauteuil, nécessite de fréquents repositionnements avec un maximum d'aide. La spasticité, les contractures ou l'agitation provoquent presque constamment des frictions.</p>	<p>2. Problème potentiel : Se mobilise difficilement ou requiert un minimum d'aide pour le faire. Durant le transfert, la peau glisse contre les draps, la chaise, les contentions ou autres appareillages. Garde la plupart du temps une position relativement bonne au fauteuil ou au lit mais glisse occasionnellement vers le bas.</p>

(Reproduit avec la permission de B. Braden, mai 2000)

<p>3. Patient légèrement diminué : Répond aux commandes verbales mais ne peut pas toujours communiquer son inconfort ou son besoin d'être tourné, ou a une sensibilité diminuée qui limite sa capacité de sentir la douleur ou l'inconfort à l'un des deux membres inférieurs ou aux deux.</p>	<p>4. Aucune diminution : Répond aux commandes verbales. N'a aucun déficit sensoriel qui limite sa capacité à sentir et à exprimer sa douleur et son inconfort.</p>	
<p>3. Humidité occasionnelle : La peau est occasionnellement humide, un changement de la literie est nécessaire une fois par jour.</p>	<p>4. Rarement humide : La peau est généralement sèche; la literie est changée selon les habitudes de l'équipe.</p>	
<p>3. Marche occasionnellement : Marche occasionnellement durant la journée mais sur de petites distances avec ou sans aide. Passe la grande majorité du temps au lit ou au fauteuil.</p>	<p>4. Marche fréquemment : Marche en dehors de sa chambre au moins deux fois par jour et dans sa chambre au moins toutes les deux heures durant la journée.</p>	
<p>3. Patient légèrement limité : Effectue seul de fréquents changements de position du corps et de ses extrémités.</p>	<p>4. Aucune limitation : Effectue des changements de position majeurs et fréquents sans aide.</p>	
<p>3. Adéquate : Mange plus de la moitié des repas. Mange quatre rations de protéines (viande, produits laitiers) par jour. Refuse occasionnellement un repas mais prend un supplément alimentaire s'il est proposé OU est alimenté par sonde ou nutrition parentérale adaptée à ses besoins nutritionnels.</p>	<p>4. Excellente : Mange la totalité de chaque repas. Ne refuse jamais un repas. Prend habituellement au moins quatre rations de viande ou de produits laitiers par jour. Mange occasionnellement entre les repas. Ne requiert aucun supplément alimentaire.</p>	
<p>3. Aucun problème apparent : Se mobilise seul au lit et au fauteuil et a suffisamment de force musculaire pour se soulever complètement durant le transfert. Garde en tout temps une bonne position au lit et au fauteuil.</p>	<p>NOTA : Les patients dont le score total est de 16 ou moins sont considérés comme étant à risque de développer des escarres de décubitus. (15 ou 16 = risque faible; 13 ou 14 = risque modéré; 12 ou moins = risque élevé.)</p>	
<p>Score total</p>		

Annexe D : Élimination et réduction de la pression

Pression (interface) : La force par unité de surface qui agit perpendiculairement entre le corps et la surface du support. Elle est influencée par la dureté de la surface du support, la composition du tissu corporel et la géométrie du corps en appui (AHCPR, 1994).

Élimination de la pression : Diminution constante de la pression d'interface entre la surface du corps et la surface d'appui, en deçà de la pression capillaire de fermeture (AHCPR, 1994; Mulder, Jeter & Fairchild, 1991).

54

Signes :

1. Pour éviter la décomposition de la peau chez les personnes qui ne peuvent pas être tournées.
2. Pour prévenir une dégradation plus grande de la peau.
3. Pour favoriser la guérison chez le patient qui souffre déjà d'une décomposition de la peau à plusieurs endroits (Bryant, 1992).

Réduction de la pression : diminution de la pression d'interface entre la surface du corps et la surface d'appui, sans maintenir de façon constante la pression en deçà de la pression capillaire de fermeture (AHCPR, 1994; Mulder et al., 1991).

Il y a sept exigences de base que doit satisfaire une surface de soutien afin de prévenir la pression et le cisaillement. La surface doit :

1. Épouser les protubérances osseuses sans résistance,
2. Ne pas conserver sa forme,
3. Permettre l'immersion du patient
4. Éviter l'effet d'écrasement,
5. Diminuer le cisaillement causé par le mouvement du patient,
6. Prévenir la macération de la peau,
7. Offrir un confort au patient (Jay, 1995).

Pour déterminer si le patient est toujours soutenu par le matelas et ne repose pas directement sur la surface sous-jacente, le soignant doit placer sa main (la paume vers le haut) sous le matelas d'appoint, en-dessous de la partie du corps à risque de développer une escarre. Si le soignant peut sentir que le support a moins d'un pouce d'épais à cet endroit, le patient n'est plus soutenu par le matelas. L'effet d'écrasement doit être vérifié sous diverses régions anatomiques et pour les positionnements divers du patient.

Supports statiques

Ces surfaces de support demeurent immobiles, sauf en réponse à un mouvement du corps, et cherchent à redistribuer le poids du corps en transférant le poids ou la charge supplémentaire de zones à protubérances osseuses vers des zones subissant une faible pression (Holzapfel, 1993).

Lorsque l'on sélectionne un support statique de mousse, il faut tenir compte des caractéristiques suivantes de la mousse : sa rigidité, sa densité et son épaisseur. Le facteur d'indentation (FI) constitue une mesure de la rigidité. Des valeurs typiques pour des matelas d'appoint de mousse seraient une FI de 25 % (30 livres), une densité de 1,3 livre par pied cube et une épaisseur de 3 à 4 pouces (Kemp & Krouskop, 1994).

Il faut utiliser un support statique si le patient peut prendre plusieurs positions sans s'appuyer sur une escarre de décubitus et sans effet d'écrasement (*force de la preuve = B*) (AHCPR, 1994, p. 39).

Les matelas d'appoint sont des dispositifs que l'on place sur la surface des matelas d'hôpitaux. La plupart des matelas d'appoint offrent une diminution de la pression. Les matelas d'appoint peuvent être statiques (mousse, gel, eau, air, à faible perte d'air) ou dynamiques (air alternant).

Supports dynamiques

Il faut utiliser un support dynamique si le patient ne peut pas adopter une variété de positions sans s'appuyer sur une escarre, si le patient compresse entièrement la surface de support statique ou si l'escarre ne semble pas guérir (*force de la preuve = B*) (AHCPR, 1994, p. 39).

Les supports dynamiques comportent des pièces mobiles et sont attachés à une source d'alimentation. Ces dispositifs compensent le mouvement corporel nul ou limité en transférant le poids ou la charge des zones de protubérances osseuses vers des zones qui subissent une pression moins élevée.

Si un patient a une escarre de décubitus importante de stade 3 ou 4 sur plusieurs surfaces de rotation, un lit à faible perte d'air ou un lit d'air fluidisé pourrait être indiqué (*force de la preuve = C*) (AHCPR, 1994).

Lorsqu'une humidité excessive sur la peau intacte constitue une source possible de macération et de détérioration de la peau, un support qui offre une circulation d'air pourrait s'avérer important pour assécher la peau et prévenir les escarres de décubitus (*force de la preuve = C*) (AHCPR, 1994). La peau humide est plus susceptible de s'irriter et de développer des cloques.

Consulter *Treatment of Pressure Ulcers* (AHCPR, 1994, pages 36 et 38) pour obtenir des graphiques utiles sur les critères de sélection d'une surface.

Annexe E : Description de la Trousse sur la marche à suivre

Trousse sur la marche à suivre :

Mise en place des lignes directrices sur la pratique clinique

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires ne peuvent être mises en place avec succès que si les conditions suivantes sont réunies : une planification, des ressources, un soutien organisationnel et administratif adéquats, ainsi qu'une facilitation appropriée. À cet égard, la RNAO, par l'entremise d'un groupe d'infirmières et d'infirmiers, de chercheurs et d'administrateurs, a élaboré « une *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices sur la pratique clinique* » basée sur des preuves disponibles, des perspectives théoriques et un consensus. La trousse est recommandée pour servir de point de repère à la mise en place de toute ligne directrice sur la pratique clinique dans un organisme de soins de santé.

La trousse offre des directives étape par étape aux personnes et aux groupes participant à la planification, à la coordination et à la facilitation de la mise en place des lignes directrices. Plus particulièrement, la trousse aborde les étapes essentielles suivantes :

1. Définition de lignes directrices sur la pratique clinique bien élaborées et axées sur les preuves.
2. Identification, évaluation et engagement de parties intéressées.
3. Évaluation du niveau de préparation du lieu de travail à la mise en place des lignes directrices.
4. Définition et planification de stratégies de mise en place fondées sur des preuves.
5. Évaluation de la planification et de la mise en place.
6. Déterminer et assurer les ressources nécessaires à la mise en place.

Il s'agit d'une entreprise complexe que de mettre en place des lignes directrices en pratique, entreprise qui donne lieu à des modifications de la pratique et à une influence clinique positive. La trousse constitue une ressource essentielle dans la gestion de ce processus.

Annexe F: Guide de référence rapide

RNAO – Évaluation du risque et prévention des escarres de décubitus

Le guide de référence rapide suivant a été formaté de façon à créer un livret. Si vous désirez reproduire ce guide et le distribuer, vous devrez photocopier (recto-verso) et plier les pages pour créer un livret.

Janvier 2002

Lignes directrices sur les pratiques
exemplaires en soins infirmiers

Pour communiquer avec nous

Association des infirmières et
infirmiers autorisés de l'Ontario

Projet des Lignes directrices sur les pratiques
exemplaires en soins infirmiers

111, rue Richmond Ouest, bureau 1100

Toronto (Ontario)

M5H 2G4

Association des infirmières et
infirmiers autorisés de l'Ontario

Siège social

438, avenue University, bureau 1600

Toronto (Ontario)

M5G 2K8

Elaboré par :

Fran Macleod, inf. aut., M.Sc.Inf. – Chef d'équipe

Patti Barton, inf. aut., JSP, E.T.

Karen Campbell, inf. aut., M.Sc.Inf.

Margaret Harrison, inf. aut., Ph.D.

Kelly Kay, inf. aux. aut.

Terri Labate, inf. aut., CRRN, GNC(c)

Susan Mills-Zorzes, inf. aut., B.Sc.Inf., CWOON

Nancy Parslow, inf. aut., ET

Évaluation du risque et prévention
des lésions de pression

Guide de référence rapide



Intention et champ d'activité

La présente Ligne directrice a pour objet d'aider les

infirmières à déceler le risque de développement d'escarres de décubitus chez les adultes. Cette LDPE offre également une orientation aux infirmières pour définir les interventions précoces pour la prévention et pour le traitement des escarres de décubitus de stade 1. Cete ligne directrice s'applique à tous les domaines de la pratique clinique, y compris les soins actifs, les soins communautaires et les soins de longue durée.

Cette ligne directrice est axée sur trois domaines de la prévention des escarres de décubitus : (1) les recommandations de fond, y compris l'évaluation, la planification et les interventions, (2) les recommandations relatives à la formation et (3) les recommandations contextuelles, y compris l'évaluation.

Seules les recommandations de fond sont incluses dans ce livret. Le document complet est disponible sur le site Web de la RNAO, à l'adresse suivante : www.rnao.org.

Dans le texte de cette Ligne directrice, le terme « escarre de décubitus » est utilisé comme synonyme de « lésion de pression »

Processus d'élaboration

Le **groupe d'élaboration** a procédé à l'analyse critique de cinq lignes directrices existantes sur la prévention des escarres de décubitus. Ensuite, le groupe a sélectionné les deux lignes directrices suivantes afin de les adapter et de les modifier :

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). (1992). Pressure ulcers in adults : Prediction and prevention. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, MD.

Clinical Resource Efficiency and Support Team (CREST). (1998). Guidelines for the Prevention and Management of Pressure Sores. Belfast, Irlande du Nord : CREST Secretariat.



Recommandations de fond

Tous les soins sont prodigués en collaboration avec le patient et la personne qui lui est la plus proche.

Lorsqu'un risque de développement d'escarre de décubitus est décelé chez une personne, il est important de consulter les membres de l'équipe concernée aux fins de prévention. Les professionnels qui peuvent être consultés sont les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les diététistes, les médecins et un médecin spécialisé en soin des plaies.

3

1. Évaluation

- Effectuer un examen de la peau, de la tête aux pieds, pour tous les patients au moment de l'admission, lors du transfert des patients et à chaque fois que l'on note des changements dans l'état de santé. Il importe de porter une attention particulière aux protubérances osseuses.

- On recommande de procéder à l'évaluation du risque qu'a un patient de développer une escarre de décubitus à l'aide de l'instrument de mesure du risque d'escarre de Braden. Les interventions devraient être fondées sur les catégories établies par Braden (perception sensorielle, mobilité, activité, humidité, nutrition, friction et cisaillement) plutôt que sur une note globale. Dans certains cas particuliers où l'on dispose d'outils d'évaluation du risque adaptés à la population et où ces outils ont fait l'objet de tests pour évaluer leur fiabilité et leur validité, il est possible d'utiliser ces outils pour l'évaluation.

- Déceler toutes les escarres de décubitus et en établir le stade en utilisant la classification du National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP).

10

Support de réduction de pression : Une surface offrant une pression moins importante qu'un matelas ou un fauteuil d'hôpital standard, sans toutefois permettre de réduire constamment cette pression à un niveau moindre que la pression aboutissant à la fermeture des capillaires (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 1987).

Support d'élimination de pression : Une surface qui permet une diminution constante de la pression de façon à éviter la fermeture des capillaires. (WOCNS, 1987).



- Les patients qui sont alités ou qui sont confinés au fauteuil doivent être examinés dans toutes les positions, ainsi que lorsqu'on les soulève, les tourne et les repositionne, pour vérifier s'il y a pression, friction et cisaillement.

- Toutes les données doivent être documentées au moment de l'évaluation et de la réévaluation.

2. Planification

- L'évaluation permet d'orienter le plan de soins individualisé en fonction des facteurs de risque déterminés en collaboration avec le patient, ses proches et les professionnels de la santé.
- L'infirmière a recours à son jugement clinique pour interpréter le risque (l'âge, la gravité de la maladie, la comorbidité, la médication, le bien-être psychosocial, le support, la posture, les vêtements) et les objectifs du patient.

3. Intervention

- Pour les patients à risque, minimiser la pression par l'utilisation immédiate d'équipement permettant d'éliminer ou de réduire la pression ou en établissant un horaire de repositionnement.
- Les patients qui risquent de développer une escarre de décubitus ne doivent jamais recevoir de soins sur un matelas standard. La solution à retenir, dans un tel cas, est d'utiliser un matelas qui diminue les points d'appui, comme les matelas en mousse très dense.

Définition des termes :

Escarre de décubitus : Toute lésion causée par une pression non soulagée qui entraîne des dommages aux tissus sous-jacents. Les escarres de décubitus se produisent généralement au niveau d'une protuberance osseuse et sont classées par stades en fonction du degré de dommage observé au niveau des tissus.

- **Stade 1 :** Érythème non palissant de la peau intacte, lésion annonçant une ulcération cutanée. Chez les personnes de peau plus pigmentée, la décoloration de la peau, la chaleur, l'œdème, l'induration ou la dureté peuvent également être des signes.
 - **Stade 2 :** Perte de peau d'épaisseur partielle touchant l'épiderme, le derme ou les deux. L'ulcère est généralement superficiel et est observé cliniquement comme une abrasion, une phlyctène ou une ulcération superficielle.
 - **Stade 3 :** Perte de peau d'épaisseur complète avec dommages ou nécrose du tissu sous-cutané pouvant ou non atteindre l'aponévrose sous-jacente, sans toutefois la pénétrer. L'ulcère est observé cliniquement comme une lésion profonde pouvant affecter ou non les tissus sous-jacents.
 - **Stade 4 :** Perte de peau complète accompagnée d'une destruction importante, d'une nécrose des tissus ou de dommages aux muscles, aux os ou aux articulations, par exemple : tendons, capsules articulaires. L'affaiblissement et les voies sinuales peuvent également être associés aux escarres de stade 4.
- Nota :** Lorsqu'une escarre, des tissus nécrotiques ou des tissus noirs décolorés sont observés, il est impossible d'établir le stade tant que l'escarre ou le tissu nécrotique ne s'est pas détaché ou que la blessure n'a pas été débridée.

4. Sortie/transfert d'établissement

- Prévenir suffisamment à l'avance du transfert d'un client d'un établissement à un autre (p. ex. : de l'hôpital à la maison/ maison de retraite/hospice/soins en établissement) lorsque l'équipement permettant de diminuer les pressions doit être installé au moment du transfert, par exemple : des matelas réduisant la pression, l'équipement de transfert particulier, des fauteuils. Le transfert dans un autre établissement peut nécessiter une visite des lieux, une réunion avec la famille et/ou le patient ou une évaluation concernant le financement des ressources allouées à la prévention du développement d'escarres de décubitus.
- Informer les patients que l'on déplace d'un établissement à un autre des points suivants :
 - Les facteurs de risque déterminés.
 - Les détails concernant les points de pression et l'état de la peau avant la sortie.
 - Le type de lit ou de matelas dont a besoin le patient.
 - Le type de fauteuil dont a besoin le patient.
 - Les détails concernant les escarres guéries.
 - Le stade et la taille des escarres existantes, ainsi que les régions où elles se trouvent.
 - L'historique des escarres, les traitements antérieurs et les pansements (génériques) utilisés.
 - Le type de pansement actuellement utilisé et la fréquence de changement.
 - Toute allergie au type de pansement.
 - Le besoin d'un soutien nutritionnel continu.
- Recommander l'utilisation des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers 2002 de la RNAO intitulée Évaluation du risque et prévention des escarres de décubitus.

8

■ Pour les personnes alitées :

- Utiliser des dispositifs permettant une autonomie pour le positionnement, le soulèvement et le transfert (p. ex. : trapèze, planche de glissement, gardienne).
- Repositionner au moins toutes les deux heures, ou plus fréquemment si le risque est élevé.
- Utiliser des oreillers ou des coussins de mousse pour éviter le contact avec les protubérances osseuses. Utiliser des dispositifs qui éliminent toute pression sur les talons.
- Éviter une position directement sur le trochanter. Un angle de 30 degrés, d'un côté ou de l'autre, est recommandée.
- Maintenir la tête du lit le moins élevé possible en fonction de l'état pathologique et des restrictions, de façon à limiter l'effet de cisaillement. Une élévation maximum de 30 degrés est recommandée.
- Utiliser des dispositifs de soulèvement pour déplacer le patient plutôt que de le faire glisser au moment de le changer d'endroit ou de position.
- Ne pas utiliser d'appareil ou de produit en forme de beigne qui concentre la pression sur une nouvelle région.
- Utiliser un plan de soins écrit.
- **Pour les personnes confinées au fauteuil :**
 - S'assurer, si possible, que le patient transfère son poids toutes les quinze minutes.
 - Repositionner le patient au moins toutes les heures s'il n'est pas en mesure de transférer son poids lui-même.
 - Utiliser des dispositifs permettant de diminuer la pression sur les surfaces d'appui.
 - Ne pas utiliser de dispositif ou de produit en forme de beigne qui concentre la pression sur d'autres régions.

5

- Au moment de positionner le patient dans un fauteuil ou une chaise roulante, tenir compte de la posture, de la distribution du poids, de l'équilibre et de la stabilité, ainsi que de la diminution de la pression.
- Recourir à l'ergothérapie/physiothérapie pour l'évaluation et l'adaptation de la position assise chez les patients ayant des besoins particuliers.
- Utiliser des techniques de positionnement, de transfert et de rotation adéquates. Consulter un ergothérapeute ou un physiothérapeute en ce qui concerne les techniques et les appareils de transfert afin de diminuer la friction et le cisaillement et d'accroître l'indépendance du patient lorsque son état de santé change.
- Éviter le massage sur des régions où il y a des protubérances osseuses.
- Prendre en considération les répercussions de la douleur sur la mobilité et l'activité. Les méthodes de maîtrise de la douleur comprennent, par exemple : une médication efficace, le positionnement thérapeutique, les supports et autres options permettant d'atténuer la douleur. Surveiller régulièrement le niveau de douleur. Considérer d'autres méthodes thérapeutiques (neurostimulateur transcutané).
- Adapter l'horaire des bains aux besoins et aux préférences du patient. Éviter d'utiliser l'eau chaude et opter pour un nettoyant doux pour minimiser l'irritation et l'assèchement de la peau. Éviter d'appliquer force et friction sur la peau.
- Minimiser l'exposition de la peau à l'humidité excessive. Évaluer et traiter l'incontinence urinaire. Lorsque l'humidité ne peut être contrôlée, utiliser une culotte ou un protège-drap absorbants et placer sur la peau une surface séchant rapidement.
- Utiliser des crèmes et des hydratants lubrifiants, des pansements protecteurs (p. ex., un film transparent, un hydrocolloïde) ou un rembourrage protecteur pour réduire le risque de blessure causée par la friction.
- S'il y a humidité excessive ou incontinence :

- Nettoyer doucement la peau lorsque le patient se salit.
- Minimiser l'exposition de la peau à l'humidité excessive.
- Évaluer et traiter l'incontinence urinaire. Lorsque l'humidité ne peut être contrôlée, utiliser une culotte ou un protège-drap absorbants et placer sur la peau une surface séchant rapidement.
- Il est également possible d'utiliser des agents topiques qui bloquent l'humidité.
- Si l'irritation cutanée persiste dans une région humide, consulter le médecin pour qu'il évalue la situation et prescrive un traitement topique.
- Pour contrôler l'incontinence, consulter une infirmière ou un infirmier spécialisé, ainsi que la ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de la RNAO (2002) intitulée Favoriser la continence par le déclenchement de la miction.
- **Si l'on soupçonne une carence nutritionnelle :**
 - Consulter un ou une diététiste professionnel.
 - Rechercher des facteurs qui compromettent l'apport alimentaire d'une personne qui semble bien nourrie (particulièrement les protéines ou les calories) et offrir un soutien à cette personne en ce qui concerne son alimentation.
 - Planifier et mettre en place un protocole de soutien ou de suppléments alimentaires pour les personnes souffrant de carences nutritionnelles. Si l'apport alimentaire demeure inadéquat, envisager, si cela correspond aux objectifs globaux du plan de soins, des interventions nutritionnelles plus efficaces comme l'alimentation entérale ou parentérale.
 - Mettre sur pied un protocole de réadaptation si cela est conforme aux objectifs globaux du plan de soins et si la possibilité d'améliorer la mobilité et l'activité de la personne existe. Consulter l'équipe de soins au sujet du programme de réadaptation.

Janvier 2002

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

Évaluation du risque et prévention des lésions de pression



***La traduction française de ce document
a été réalisée grâce au soutien de Santé Canada.***

