

Évaluation du risque et prévention des lésions de pression Date de modification : mars 2005

La RNAO s'est engagée à garantir que les éléments de preuve qui sous-tendent les recommandations de la ligne directrice sont les meilleurs éléments disponibles. La ligne directrice *Évaluation du risque et prévention des lésions de pression* a été récemment revue et modifiée pour tenir compte de l'état actuel des connaissances.

Les modifications apportées à la ligne directrice sont indiquées ci-dessous; elles sont suivies d'un résumé des recommandations telles qu'elles sont publiées dans la nouvelle version de la ligne directrice. Ce document est disponible sur le site Web de la RNAO (www.rnao.org/bestpractices) et sous la forme d'un encart dans les copies imprimées de la traduction française initiale de 2002.

Les modifications qui ont été apportées à la NOUVELLE version de la ligne directrice *Évaluation du risque et prévention des lésions de pression* comprennent, notamment, les éléments suivants :

1. Pour l'interprétation de la force des preuves pour chaque recommandation, les niveaux des preuves ont été modifiés au profit d'une taxonomie compatible avec les lignes directrices sur les pratiques exemplaires que la RNAO a publiées plus récemment. L'objectif est de fournir une méthode plus transparente de description des types d'éléments de preuve qui appuient telle ou telle recommandation.
2. L'ordre des recommandations a été modifié et, dans certains cas, des recommandations ont été fusionnées pour tenir compte, avec une plus grande fidélité, des méthodes d'évaluation et d'intervention que les infirmières adoptent, en pratique, pour prévenir les lésions de pression.
3. Les ajouts effectués dans les recommandations initiales comprennent notamment des recommandations sur :
 - ◆ Les interventions d'évaluation et de prévention peropératoires;
 - ◆ Les interventions nutritionnelles réalisées chez les patients âgés souffrant d'une maladie grave (suppléments alimentaires) dans le but de prévenir les lésions de pression;
 - ◆ Une attention accrue accordée à l'évaluation de la douleur.
4. Des aides à la mise en place ont été ajoutées :
 - ◆ Suggestions de stratégies pour appuyer les organismes dans le processus de mise en place;
 - ◆ Tableaux d'indicateurs de surveillance et d'évaluation : structure, processus, résultats;
 - ◆ Établissement de lacunes dans la recherche et implications futures;

- ◆ Ressources en annexe, qui peuvent servir d'exemples à l'appui de la mise en place des recommandations.

Résumé des recommandations

Recommandations relatives à la pratique professionnelle

RECOMMANDATION	NIVEAU DE LA PREUVE
Évaluation	
1.1 Une évaluation de la tête aux pieds doit être effectuée pour tous les patients au moment de l'admission et, par la suite, à tous les jours pour les patients qui présentent un risque de lésion de l'épiderme. Il importe d'accorder une attention particulière aux zones vulnérables, tout particulièrement aux protubérances osseuses.	IV
1.2 Le risque de présenter des escarres de décubitus est déterminé à la fois par le jugement clinique et par l'utilisation d'un instrument fiable de mesure du risque. Il est recommandé d'utiliser un outil dont la validité et la fiabilité ont été vérifiées, notamment l'instrument de mesure du risque d'escarre de Braden. Les interventions devraient être fondées sur les facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques, ainsi que sur les facteurs de risque établis par un outil d'évaluation du risque, par exemple les catégories de Braden : perception sensorielle, mobilité, activité, humidité, nutrition, friction et cisaillement. Les outils d'évaluation du risque sont utiles pour aider à articuler l'évaluation.	IV
1.3 Les patients qui sont alités ou qui sont confinés au fauteuil, ou encore ceux qui subissent une intervention chirurgicale, doivent être examinés dans toutes les positions, ainsi que lorsqu'ils sont soulevés, tournés et repositionnés, pour vérifier s'il y a pression, friction ou cisaillement.	IV
1.4a Toutes les escarres de décubitus sont identifiées et leur stade est établi selon les critères du National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). 1.4b Lorsque des escarres de décubitus sont identifiées, il est recommandé d'utiliser les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de la RNAO intitulées <i>Évaluation et traitement des lésions de pression de stades 1 à 4</i> .	IV
1.5 Toutes les données doivent être documentées au moment de l'évaluation et de la réévaluation.	IV
Planification	
2.1 Le plan de soins individualisé est fondé sur les données d'évaluation, les facteurs de risque identifiés et les objectifs du patient. Le plan est élaboré en collaboration avec le patient, les autres personnes importantes et les professionnels de la santé.	IV
2.2 L'infirmière a recours à son jugement clinique pour interpréter le risque dans le	

contexte de l'ensemble du profil du patient, y compris les objectifs du patient.	IV
Interventions	
3.1 Pour les patients chez lesquels un risque de présenter des escarres de décubitus a été décelé, la pression doit être minimisée par l'utilisation immédiate d'un horaire de repositionnement.	IV
3.2 Utiliser des techniques appropriées pour positionner, transférer et tourner le patient. Consulter un ergothérapeute ou un physiothérapeute à propos des techniques et des dispositifs de transfert et de positionnement destinés à réduire la friction et le cisaillement et à optimiser l'autonomie du patient.	IV
3.3a Prendre en considération les répercussions de la douleur. Celle-ci peut diminuer la mobilité et l'activité. Les méthodes de maîtrise de la douleur comprennent notamment une médication efficace, le positionnement thérapeutique, les supports et d'autres interventions non pharmacologiques. Surveiller régulièrement le niveau de douleur à l'aide d'un outil valide pour l'évaluation de la douleur.	IV IV
3.3b Prendre en considération le risque de rupture de l'épiderme du patient associé à la perte de sensation protectrice ou de la capacité de percevoir la douleur et d'y réagir d'une manière efficace (par ex. : incidence des analgésiques, des sédatifs, des neuropathies, etc.).	IV
3.3c Prendre en considération les répercussions de la douleur sur l'irrigation des tissus locaux.	
3.4 Éviter les massages sur les protubérances osseuses.	IIb
3.5 Les patients présentant un risque de développer une escarre de décubitus ne doivent pas demeurer sur un matelas normal. Utiliser un matelas qui diminue les points d'appui, comme les matelas en mousse très dense.	Ia
3.6 Pour les patients qui présentent un risque élevé et qui subissent une intervention chirurgicale, l'utilisation peropératoire de surfaces de soulagement de la pression doit être envisagée.	Ib
3.7 Pour les personnes alitées: † Utiliser une méthode pluridisciplinaire de planification des soins. † Utiliser des dispositifs qui permettent au patient de se positionner, de se soulever et de se transférer d'une manière autonome (par ex. : trapèze, planche de glissement, gardienne). † Repositionner le patient au moins à 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 et sur les protubérances osseuses des pieds. † Un retournement de 30 degrés, d'un côté ou de l'autre, est recommandé pour éviter le positionnement directement sur le trochanter. † Maintenir la tête du lit le moins élevé possible en fonction de l'état médical et des restrictions, de façon à limiter l'effet de cisaillement. Une élévation de 30 degrés ou moins est recommandée. † Utiliser des dispositifs de soulèvement plutôt que de faire glisser le patient au	IV

<p>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 autre région.</p>	
<p>3.8 Pour les personnes confinées au fauteuil: † Utiliser une méthode pluridisciplinaire de planification des soins. † S'assurer que le patient transfère son poids toutes les quinze minutes, s'il en est capable. † 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 d'appareil ou de produit en forme de beigne qui concentre la pression sur une autre région. † 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, de la stabilité et du soutien des pieds, ainsi que de la diminution de la pression. † Consulter un ergothérapeute ou un physiothérapeute pour l'évaluation et l'adaptation de la position assise chez les patients ayant des besoins particuliers.</p>	<p>IV</p>
<p>3.9 Protéger et favoriser l'intégrité de la peau: † S'assurer qu'il y a une bonne hydratation par la consommation d'une quantité appropriée de liquides. † Personnaliser l'horaire des bains. † Éviter d'utiliser de l'eau chaude et utiliser un nettoyant qui n'irrite pas la peau et dont le pH est équilibré. † Minimiser la force et la friction subies par la peau lors du nettoyage. † Maintenir l'hydratation de la peau en appliquant des hydratants et des crèmes qui lubrifient, qui n'irritent pas la peau, dont le pH est équilibré et dont la teneur en alcool est faible. † Utiliser des pansements protecteurs (p. ex. : pellicules étanches, pellicules transparentes, hydrocolloïdes) ou des rembourrages protecteurs pour réduire le risque de blessure causée par la friction.</p>	<p>IV</p>
<p>3.10 Protéger la peau contre l'humidité excessive et l'incontinence: † Évaluer et prendre en charge l'humidité excessive liée aux fluides du corps (par ex. : urine, excréments, transpiration, exsudat de blessure, salive, etc.). † Nettoyer doucement la peau lorsque le patient se salit. Pendant les soins, éviter la friction en utilisant un nettoyant périnéal en aérosol ou un chiffon doux. † Minimiser l'exposition de la peau à l'humidité excessive. Lorsque l'humidité ne peut être contrôlée, utiliser des protège-draps, pansements ou culottes absorbants qui repoussent l'humidité de la peau. Remplacer les protège-draps et les draps lorsqu'ils sont humides. † Utiliser des agents topiques qui offrent une protection étanche contre l'humidité. † Lorsqu'une irritation de la peau persiste sur une surface humide, consulter le médecin en vue d'une évaluation et d'un traitement topique. † Mettre sur pied un programme de contrôle de l'incontinence fécale et urinaire.</p>	<p>IV</p>
<p>3.11 Une évaluation nutritionnelle avec des interventions appropriées doit être réalisée à l'admission dans tout nouveau milieu de soins de santé et au moment des changements de l'état du patient. Si l'on soupçonne une carence nutritionnelle: † Consulter un ou une diététiste professionnel. — Niveau IV † Rechercher des facteurs qui compromettent l'apport alimentaire d'une</p>	

<p>personne qui semble bien nourrie (particulièrement les protéines ou les calories) et offrir à cette personne un soutien en ce qui concerne son alimentation. — Niveau IV</p> <ul style="list-style-type: none"> ‡ Planifier et mettre en place un protocole de soutien ou de suppléments alimentaires pour les personnes souffrant de carences nutritionnelles. — Niveau IV ‡ Si l'apport alimentaire demeure inadéquat, envisager d'autres interventions nutritionnelles. — Niveau IV ‡ Les suppléments alimentaires doivent être envisagés pour les patients âgés souffrant d'une maladie grave. — Niveau Ib 	
<p>3.12 Mettre sur pied un protocole de réadaptation lorsque ceci est conforme aux objectifs globaux du plan de soins et lorsque la possibilité d'améliorer la mobilité et l'activité de la personne existe. Consulter l'équipe de soins au sujet du programme de réadaptation.</p>	IV
<p>Sortie ou transfert d'établissement</p>	
<p>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 ou à maison de soins de longue durée, à un hospice ou à un établissement de soins) lorsque de l'équipement permettant de diminuer ou d'éliminer les pressions doit être en place au moment du transfert (par ex: matelas d'élimination de la pression, fauteuil, équipement de transfert particulier). Le transfert dans un autre établissement peut nécessiter une visite des lieux, une réunion avec la famille ou le patient, ou encore une évaluation du financement des ressources allouées à la prévention du développement d'escarres de décubitus.</p>	IV
<p>4.2 Communiquer les points suivants aux patients en déplacement d'un établissement à un autre :</p> <ul style="list-style-type: none"> ‡ Les facteurs de risque décelés. ‡ 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 produits utilisés. ‡ Le type de pansement actuellement utilisé et la fréquence de changement. ‡ Tout effet indésirable survenu avec tel ou tel type de pansement. ‡ Un résumé des résultats de laboratoire pertinents. ‡ Le besoin d'un soutien nutritionnel continu. 	IV

Recommandations sur le plan éducationnel

RECOMMANDATION	NIVEAU DE LA PREUVE
5.1 Les programmes d'enseignement visant la prévention des escarres de décubitus doivent être structurés, organisés et complets et ils doivent être mis à jour à intervalles réguliers pour intégrer les nouveaux éléments de preuve et les nouvelles technologies. Ces programmes doivent s'adresser aux prestataires de soins de santé de tous les niveaux, y compris les patients, les familles et les soignants.	III
5.2 Les programmes d'enseignement doivent être fondés sur les principes de l'apprentissage des adultes, sur le niveau des renseignements communiqués et sur le mode de prestation de l'enseignement. Les programmes doivent être dotés de mécanismes (tels que des normes d'appréciation de la qualité et des vérifications) afin d'évaluer leur efficacité de prévention des escarres de décubitus. Le programme doit comporter des renseignements sur les points suivants : <ul style="list-style-type: none"> ‡ Causes et facteurs de risque prédisposant au développement des escarres de décubitus. ‡ Utilisation d'outils d'évaluation du risque, comme l'instrument de mesure du risque d'escarre de Braden. Des catégories permettant de définir les risques doivent également être utilisées pour déceler les risques spécifiques et garantir l'efficacité de 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 personnalisé 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. ‡ Rôles et responsabilités des membres de l'équipe vis-à-vis de l'évaluation et de la prévention des escarres de décubitus. 	III

Recommandations contextuelles

RECOMMANDATION	NIVEAU DE LA PREUVE
6.1 En cas de besoins particuliers (par ex.: surfaces), les organismes ont besoin d'une politique sur la communication d'un avertissement préalable et sur l'exigence d'un tel avertissement lors du transfert ou de l'admission de patients entre différents lieux de soins.	IV
6.2 Les lignes directrices sont davantage susceptibles d'être efficaces lorsqu'elles tiennent compte des situations locales et qu'elles sont diffusées dans le cadre d'un programme continu de formation et d'enseignement.	IV
6.3 Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires ne peuvent être mises en place avec succès que lorsque les conditions suivantes sont réunies : une planification, des ressources, un soutien organisationnel et un soutien administratif	IV

<p>adéquats, ainsi qu'une facilitation appropriée. Les organismes peuvent décider d'élaborer un plan de mise en place qui comprend les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ‡ Une évaluation de l'état de préparation de l'organisme et des obstacles à la formation. ‡ Une participation de tous les membres (que ce soit dans des fonctions d'accompagnement direct ou indirect) qui contribueront au processus de mise en place. ‡ L'affectation d'une personne qualifiée afin que celle-ci fournisse un soutien nécessaire au processus de formation et de mise en place. ‡ La présence de possibilités continuelles de dialogue et de formation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires. ‡ Des occasions de réfléchir sur l'expérience individuelle et celle de l'organisme dans le cadre de la mise en place des lignes directrices. <p>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 <i>Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique</i>, qui est fondée sur les preuves, les perspectives théoriques et le consensus qui sont disponibles actuellement. On recommande d'utiliser la <i>Trousse</i> comme guide pour 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.</p>	
<p>6.4 Les organismes doivent s'assurer que des ressources sont disponibles pour les patients et le personnel. Ces ressources comprennent notamment (sans toutefois s'y limiter) : des hydratants appropriés, des barrières cutanées, un accès à l'équipement (surfaces thérapeutiques) et des conseillers appropriés (ergothérapeutes, physiothérapeutes, stomathérapeutes, spécialistes en blessures, etc.).</p>	IV
<p>6.5 Les interventions et les résultats doivent faire l'objet d'une surveillance et être documentés par des études transversales, des études de cohortes, des sondages et des vérifications spécialisées.</p>	IV

Interprétation des preuves

Niveau des preuves

Ia	Preuve issue d'une méta-analyse ou d'un examen méthodique d'essais à répartition aléatoire.
Ib	Preuve issue d'au moins un essai à répartition aléatoire.
IIa	Preuve issue d'au moins une étude bien conçue, sans essai à répartition aléatoire.
IIb	Preuve issue d'au moins un autre type d'étude quasi-expérimentale bien conçue, sans essai à répartition aléatoire.
III	Preuve issue d'études descriptives non expérimentales bien conçues, notamment des études comparatives, des études de corrélation et des études de cas.
IV	Preuve issue de rapports de comités d'experts ou d'opinions d'experts et/ou de l'expérience clinique d'autorités reconnues.