

Version du document	Nature de la modification	Date
1	Création	18 février 2014

	REDACTION	APPROBATION	APPROBATION
Nom	Claude METENIER	Adeline CHABRAT	Dominique BERNIER
Fonction	Responsable Qualité	Infirmière coordinatrice départementale	Délégué
Visa			

## 1 - OBJET

Le présent protocole a pour objet de définir comment les aides-soignants doivent effectuer les soins de prévention d'escarres aux patients afin de maintenir l'intégrité cutanée.

## 2 - RESPONSABILITES

Les infirmiers coordinateurs sont responsables de l'application de ce protocole par les aides-soignants.

## 3 - DESTINATAIRES

Le personnel d'intervention du SSIAD

## 4 – EVALUATION DES RISQUES D'ESCARRES

Les aides soignants doivent évaluer les risques d'escarres en fonction de l'état du patient et de son environnement.

Les facteurs favorisants sont :

- l'affaiblissement général
- les troubles de la sensibilité
- l'hyperthermie
- la réduction de la mobilité
- la modification des tissus et de la masse musculaire
- la malnutrition
- la déshydratation
- les maladies chroniques
- les pathologies aigües
- l'incontinence

- la mauvaise hygiène
- certains traitements et matériels
- l'obésité
- la perte de poids
- la fonte musculaire
- l'âge
- l'état psychologique
- les plâtres
- les sondes urinaires
- les sondes gastriques
- l'alimentation

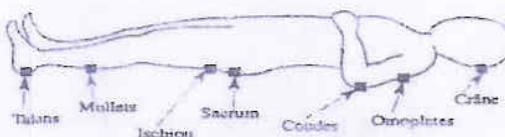
## 5 – STADE D'EVOLUTION DE L'ESCARRE

- stade 0 : absence de rougeur (peau intacte)
- stade 1 : érythème cutané (tache rouge) ne disparaissant pas après levée de la pression
- stade 2 : érythème persistant, phlyctène (ampoule sèruse ou hématique)
- stade 3 : nécrose, atteinte du tissu sous cutané (plaie noire sèche puis suintante)
- stade 4 : ulcération (décollement de la plaque noire, nécrose ouverte, visualisation de l'os).

## 6 – LOCALISATION DES ESCARRES

### LA LOCALISATION DES ESCARRES

Décubitus dorsal



Décubitus latéral



Décubitus ventral



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

## 7 – MODALITES DE REALISATION

### Principes

- prévenir la personne du soin
- respecter la pudeur et l'intimité de la personne
- veiller à assurer la sécurité du patient
- ne pas interrompre le soin sans motif grave.

## 8 – TECHNIQUE POUR LA REALISATION DE LA PREVENTION D'ESCARRES

### ➤ Premier acte de prévention

- ✓ assurer une bonne hygiène corporelle
  - toilette complète quotidienne en prenant la précaution de bien rincer et bien sécher
  - toilette intime à chaque change
  - change fréquent pour éviter la macération
- ✓ examiner quotidiennement ou bi quotidiennement la peau lors de la toilette avec une attention particulière pour les zones à risque

### ➤ Action de l'aide soignante uniquement au stade 0

En fonction des facteurs de risques, différentes actions sont à mettre en place :

#### ✓ Effleurage

L'effleurage est un soin de confort et relationnel. Il se fait par mouvement circulaire avec les doigts et la paume de la main sans appuyer pendant 10 à 15 secondes. Il ne se fait que sur une peau propre et saine

- se laver les mains
  - faire un soin d'hygiène avec un savon doux
  - effleurer doucement avec la main nue et/ou avec une crème hydratante (crème non médicamenteuse) ou une huile le plus neutre possible pour faciliter le glissement sur la peau
  - faire ainsi sur toutes les zones à risque (points d'appui)
  - ne pas masser
  - se laver les mains
  - noter sur le diagramme soins
  - signaler les éventuels problèmes à l'infirmier coordinateur
- ✓ Adaptation de l'environnement et éducation du patient et de son entourage
    - lors des soins éviter que le patient ait froid (couvrir et éviter les courants d'air) car le froid entraîne une vasoconstriction
    - éviter les plis des draps et des vêtements
    - enlever les miettes et autres déchets du lit et du fauteuil
    - vérifier que les vêtements, chaussures, bas soient de bonne taille et adaptés au handicap du patient
    - vérifier le matériel utilisé
      - pour les incontinents les protections doivent être changées dès que nécessaire
      - le lit : le matelas doit être adapté et en bon état (matelas à pression alternée, matelas à mémoire de forme,.....). Il peut être recouvert d'une protection plastique, d'un drap et d'une alèse jetable si nécessaire
      - le fauteuil : il peut-être nécessaire d'utiliser un coussin anti escarre (coussin air à cellules pneumatiques, coussin mousse à mémoire de forme, coussin gel,.....)

- ✓ Surveillance de l'alimentation, de l'hydratation, de l'état général du patient (poids, douleur, ...)
- ✓ Positionnement des différentes tubulures : si sonde urinaire, passer la sonde sur la cuisse, si perfusion passer la tubulure sur le membre
- ✓ A proscrire :
  - les massages trophiques avec pétrissage et décollement des plans cutanés
  - les glaçons et le sèche cheveux
  - l'alcool, les colorants, les antiseptiques.

## **9 – CONDUITE A TENIR LORS DES MANIPULATIONS**

- ✓ éviter de « tirer » le patient avec ses vêtements
- ✓ réaliser les transferts sans force de frottement ou de cisaillement
- ✓ ne pas laisser le patient en position assise au lit ou mettre un coussin au bout du lit pour le caler et éviter qu'il glisse (mettre le pied à angle droit)
- ✓ utiliser, dans la mesure du possible, la potence pour les rehaussements.
- ✓ utiliser le soulève malade, le drap de glisse

## **10 – MOBILISATION**

- Faire des levers dès que possible
- Faire marcher le plus précocement possible
- Mettre en place des supports, matériels aidant à la prévention
  - ✓ coussin anti escarres (fauteuils), attelles en mousse
  - ✓ matelas anti escarres adaptés
  - ✓ arceau pour éviter le poids des couvertures et l'équinisme
  - ✓ mettre des coussins entre les jambes pour éviter les points de compression.

## **11 – INSTALLATION AU FAUTEUIL**

- ✓ mettre les reposes pieds
- ✓ vérifier la position des pieds : position ni trop haute ni trop basse ; genoux et chevilles à angle droit
- ✓ la cuisse doit reposer à plat sur le fauteuil
- ✓ le corps doit être symétrique : répartir le poids sur les 2 ischions
- ✓ un appui des bras sur les accoudoirs ou sur une table soulage la pression au niveau de l'assise et de l'appui dorsal
- ✓ maintenir la position pour éviter tout cisaillement par glissement.

## **12 – CONSEILS A DONNER AU PATIENT ET A LA FAMILLE**

- ✓ prévoir des changements de position dans la journée et dans la nuit (toutes les 4 heures)
- ✓ veiller à une bonne alimentation ainsi qu'un apport hypercalorique et hyper protidique
- ✓ assurer un bon apport liquide : donner à boire à chaque passage (1L à 1,5L par jour). Penser à l'eau gélifiée en cas de troubleS de la déglutition
- ✓ effectuer des changes fréquents pour éviter la macération et maintenir l'hygiène cutanée
- ✓ protéger le matériel pouvant présenter des risques
- ✓ être vigilant avec les sondes, les tubulures des perfusions, les plâtres, les barrières.