

Quels sont les rôles de l'aide-soignant dans la prévention des escarres ?

Présenté par Rivière Elodie
En vue de l'obtention du diplôme d'aide-soignant

Remerciements

À l'issue de cette épreuve intégrée, je tenais à remercier toutes les personnes qui ont contribué au succès de mes stages et qui m'ont aidée lors de la rédaction de ce mémoire.

Un grand merci à Mr Vantomme, Mme Père ainsi qu'à tous les enseignants de la promotion sociale EAFC de Tournai pour leur soutien et encouragements. Ils ont su me guider dans la construction et la rédaction de mon travail académique.

J'adresse également mes sincères remerciements aux intervenants et toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont guidé mes réflexions et ont accepté de me rencontrer et de répondre à mes questions durant mes recherches.

J'aimerais exprimer ma gratitude à tous les chercheurs et spécialistes, trop nombreux pour les citer, qui ont pris le temps de discuter de mon sujet. Chacun de ces échanges m'a aidé à faire avancer mon analyse.

Merci à mes proches, notamment à mes parents et mes amis, pour leur présence tout au long de mes deux années d'études.

Enfin, un grand merci à mes collègues de ma promotion pour leur aide et pour leur bonne humeur.

Table des matières

Introduction	1
PARTIE CONTEXTUELLE	2
CHAPITRE 1 : OÙ PUIS-JE RENCONTRER DES PERSONNES SOUFFRANT D'ESCARRES ?	3
CHAPITRE 2 : LES DIFFERENTS ETABLISSEMENTS DE SOINS	4
1.La maison de repos	4
2.La maison de repos et de soins	4
3.Les hôpitaux	4
PARTIE CONCEPTUELLE	5
CHAPITRE 1 : LA PEAU	6
1.Définition	6
2.Composition	6
CHAPITRE 2 : UNE ESCARRE	8
1.Définition	8
2.Localisation	8
3.La classification des stades	8
4.L'échelle colorielle	9
5.Types de lésions	10
CHAPITRE 3 : FACTEURS A RISQUE	11
1.Les facteurs mécaniques	11
2.Les facteurs cliniques	11
3.Les facteurs externes	12
CHAPITRE 4 : MESURES PREVENTIVES	13
1.L'identification des personnes à risque	13
1.1.Les échelles de prévention	13
1.1.1.L'échelle de Norton	13
1.1.2.L'échelle de Braden	13
1.1.3.L'échelle de Waterlow	14
1.1.4.Les échelles de la douleur	14
2.Assurer l'équilibre nutritionnel	15
3.Maintenir l'hygiène corporelle	15
4.Assurer la continuité des soins	16
CHAPITRE 5 : TRAITEMENT	17
1.Plan de soins individuel	17
2.L'évaluation de la lésion	17
3.Processus de traitement	17
4.Le traitement de la douleur	18
5.Principe de nettoyage de la plaie	18
6.Le traitement de la rougeur et de la phlyctène	18
7.Le traitement local de l'escarre constituée	19
8.Le choix du pansement	20
9.Le traitement de l'escarre infectée	20
10.Le traitement chirurgical de l'escarre	20
11.Les soins post-opératoires	21
CHAPITRE 6 : CONSEQUENCES	22
1.La vie du patient	22
2.L'économie	22
PARTIE PRATIQUE	23

CHAPITRE 1 : RÔLE DE L AIDE-SOIGNANT	24
1.L'observation cutanée	24
2.La palpation cutanée	24
3.Diminution de la pression	24
4.La mise en place de matériel de prévention	25
CHAPITRE 2 : EDUCATION A LA SANTE	28
1.Le retour à domicile	28
2.L'éducation du patient et de son entourage	28
3.Les changements de position	28
4.L'éducation sur la nutrition	29
5.L'importance de l'hygiène corporelle	29
CHAPITRE 3 : L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE	30
1.L'aide-soignant(e)	30
2.L'infirmier(e)	30
3.Les kinésithérapeutes	30
4.Les diététiciens	30
5.Les médecins	31
Conclusion	32

Annexes

Bibliographie

Introduction

Au cours de ma formation d'aide-soignante à l'EAFIC de Tournai, j'ai été exposé à de nombreuses situations complexes auxquelles nous sommes confrontés et aux difficultés quotidiennes sans cesse croissantes, notamment en lien avec le manque de personnel. Lors de mon second stage en maison de repos et de soins, j'ai pu être auprès d'un patient pris en charge par un binôme aide-soignant/infirmier, où j'ai découvert une pathologie qui provoque des douleurs physiques, psychiques et sociales : les escarres.

Cette pathologie a attiré toute mon attention, et il a été important pour moi d'en connaître davantage au sujet de cette maladie.

Mon parcours a duré deux ans, durant lesquels j'ai pu observer différentes manières de travailler. Il y a eu des sujets hésitants, je vais donc passer à mes propres réflexions.

Quels sont les rôles de l'aide-soignant dans la prévention des escarres ?

Les questions à ce sujet commencent ici. Après plusieurs études bibliographiques, recherches internet et cours auxquels j'ai eu l'opportunité de participer, je développerai pour vous cet ouvrage en trois parties. Une partie contextuelle qui vous expliquera où l'on peut être amené de rencontrer cette pathologie, une partie conceptuelle pour permettre de développer différentes notions sur cette lésion, et une partie pratique où l'on retrouve des moyens de prévention pour éviter les escarres.

PARTIE CONTEXTUELLE

Durant ma formation, j'ai eu l'opportunité d'effectuer de nombreux stages dans différentes structures de soins. J'ai eu l'occasion d'observer que les escarres se retrouvent dans divers établissements médicaux tels que les hôpitaux, les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, mais également à domicile. Ils sont généralement causés par un alitement prolongé, ainsi que par d'autres facteurs que je vous développerai.

CHAPITRE 1 : OÙ PUIS-JE RENCONTRER DES PERSONNES SOUFFRANT D'ESCARRES ?

Les escarres constituent un problème majeur de santé publique dans tous les pays européens, tant sur le plan économique qu'humain. Dans les conditions hospitalières, deux à six patients sur trente souffrent principalement d'escarres tandis que dans les maisons de repos, cinq à vingt-cinq patients sur quatre-vingt en souffrent. D'après la même étude, environ quatre admissions à l'hôpital sur trente en Belgique y souffrent également. Malheureusement, les effectifs des maisons de repos et de soins n'ont pas fait l'objet d'une enquête nationale. En France, selon l'association « Prévention Éducation Recherche Soins Escarres », près de neuf pour cent des patients hospitalisés présente au moins une escarre, soit environ trois cent mille patients.

Le développement d'escarre est lié à un certain nombre de facteurs tels que l'état de santé d'une personne, un alitement prolongé, une longue hospitalisation, ainsi que des facteurs iatrogènes tels que les erreurs de médication et de nombreux d'autres facteurs que je vous ferai découvrir dans ma partie conceptuelle. Une escarre peut être d'origine iatrogène après la mise en place de certains dispositifs thérapeutiques, tels que les sondes urinaires ou fécales, les perfusions, les cathéters ou les bandages compressifs parfois trop serrés. L'erreur médicamenteuse par la prise régulière de corticoïdes fragilise également la peau et altère la circulation. La principale raison de l'apparition d'escarre est l'alitement prolongé, Cela peut être dû à une pathologie ou à une intervention nécessitant une longue hospitalisation et un alitement strict.

En conséquence, la personne reste complètement couchée toute la journée ou pendant de longues heures, provoquant une immobilité constante, ce qui engendre une pression sur les saillies osseuses, créant un manque d'oxygène dans les tissus cutanés et favorisant ainsi l'apparition d'une escarre

CHAPITRE 2 : Les différents établissements de soins

1. La maison de repos

C'est un lieu d'accueil pour les personnes âgées de plus de soixante ans qui y ont leur résidence permanente et qui peuvent bénéficier de services, d'aide au quotidien ou de traitement selon leur dépendance.

2. La maison de repos et de soins

C'est un lieu où sont accueillies les personnes de plus de soixante ans. Il s'agit de personnes fortement dépendantes qui ont besoin de soins spécifiques.

3. Les hôpitaux

L'hôpital est un lieu où les patients nécessitant des soins particuliers sont accueillis de jour comme de nuit. Il y a environ cent cinquante lits et au moins un service de médecine interne et de chirurgie. Il existe d'autres services comme la radiologie, la réadaptation, l'obstétrique, la pédiatrie, la gériatrie...

C'est un établissement privé ou public qui peut accueillir tous les patients. En ce qui concerne les escarres, les patients sont retrouvés principalement dans le service de gériatrie qui est un service qui prend en charge les personnes âgées à partir de septante ans.

Les mesures de prévention des ulcères sont doublement surveillées car c'est dans ce service qu'il y a le plus grand nombre de personnes à mobilité réduite nécessitant un alitement de longue durée.

PARTIE CONCEPTUELLE

CHAPITRE 1 : LA PEAU

Grâce à une flore permanente et un film hydrolipidique, la peau forme une barrière physique qui protège les tissus et les organes contre les agressions extérieures.

1. Définition

La peau est un organe dont le rôle est de recouvrir tout le corps pour le protéger. La flore cutanée vit à la surface de la peau et la protège contre les micro-organismes pathogènes. Elle est différente selon la zone du corps : aisselles, mains, cuir chevelu... La protection est également assurée par un mécanisme de cicatrisation qui va empêcher les micro-organismes de pénétrer dans le corps. La peau agit aussi comme une barrière protectrice contre les rayons nocifs du soleil. Elle produit de la vitamine D sous l'influence du soleil et est capable de réguler la température corporelle par le phénomène de sudation, permettant à la chaleur de s'échapper. De plus, il existe des structures nerveuses qui permettent la perception de la pression, de la température et de la douleur.

2. Composition

La peau se compose de septante pour cent d'eau, de vingt-cinq pour cent de protéines, de deux pourcents de lipides et de zéro virgule cinq pour cent de sels minéraux. Elle est dotée d'un microbiote qui la protège des agressions extérieures, notamment des bactéries, virus et parasites non-pathogènes que nous avons eu l'occasion de découvrir lors de nos différents cours d'hygiène. Ces micro-organismes vivent en harmonie et forment ensemble le microbiote de la peau, aussi appelé "flore résidente". Elle est également recouverte d'un film protecteur appelé "film hydrolipidique", indispensable à la santé de la peau. L'une de ces tâches principales consiste à maintenir un pH acide à la surface de la peau. Ce pH va empêcher la pénétration de micro-organismes nuisibles. Il retient également l'eau pour hydrater la peau et agit comme une barrière contre les agressions extérieures et apporte à l'épiderme élasticité, brillance et douceur. La peau est constituée de trois couches.

L'hypoderme qui forme la couche la plus profonde de la peau, est riche en tissu conjonctif vasculaire, qui contient une quantité plus ou moins importante de cellules graisseuses. On l'appelle aussi tissu sous-cutané ou graisse sous-cutanée.

Le derme est la couche intermédiaire de la peau, est un tissu conjonctif organique qui forme la base de la peau avec l'épiderme. Son épaisseur varie selon les régions du corps. On distingue : Le derme papillaire qui est la couche supérieure de la peau protégeant le corps du milieu extérieur à proximité de la jonction dermo-épidermique qui est la région tissulaire qui sépare le derme de l'épiderme. Le derme réticulaire situé entre le derme papillaire et l'hypoderme, et le derme profond qui est la couche la plus profonde du derme, située à la jonction de l'hypoderme.

La troisième couche de la peau est l'épiderme. C'est la couche la plus superficielle de la peau, car elle protège des agressions. Elle est formée par l'assemblage de cellules en quatre couches : la couche basale généralement constituée de cellules qui permettent à l'épithélium de se régénérer. La couche de Malpighi, le tissu épidermique formé de cellules sous la couche basale, qui est la couche la plus profonde du derme et la couche cornée qui est la dernière couche de l'épiderme et la plus superficielle. (Annexe 1)

Dès lors, d'après ses explications, on peut comprendre à quel point il est important de conserver une peau saine. Sachant qu'il s'agit de la première barrière de notre organisme contre l'invasion des bactéries pathogènes. En tant qu'aide-soignant, nous sommes les premières à observer l'apparence de la peau du patient afin de prévenir tout changement cutané.

CHAPITRE 2 : UNE ESCARRE

Nous venons de définir et de comprendre le rôle de la peau et ce qu'elle peut nous apporter. Dans le prochain chapitre, nous verrons ce qu'est une escarre et comment elle peut se développer rapidement si celle-ci n'est pas prise au sérieux. Après vous avoir donné une définition permettant de distinguer une peau saine d'une peau abîmée, nous aborderons les différentes étapes d'une escarre, ainsi que les différents types de plaies et leur localisation.

1. Définition

Le terme escarre provient du mot grec « *eskhara* » qui signifie « croûte » et se traduit également en anglais par " *pressure sore*" ce qui veut dire "plaie de pression".

Elle se définit par une blessure souvent découverte chez une personne affaiblie et immobile et qui peut se développer en quelques heures. D'après la définition établie par le *National Pressure Ulcer Advisory Panel* en association avec l'*European Pressure Ulcer Advisory Panel* : « Les escarres également appelées ulcères de pression sont des lésions ischémiques se traduisant par une insuffisance ou un arrêt de la circulation du sang dans un tissu localisé au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents situé en général sur une saillie osseuse ».

L'escarre est une pathologie grave mais évitable, à condition de mettre en œuvre des mesures adaptées au niveau de risque. Prévenir l'escarre, c'est agir tôt, dès l'apparition de rougeur irréversible.

2. Localisation

Les escarres se situent principalement dans les zones de pression, qui forment la compression des tissus mous entre la surface dure et la surface osseuse. Les endroits les plus courants sont le sacrum et le talon, représentant quatre-vingts pour cent des ulcères. D'autres se situent au niveau du grand trochanter lorsque la personne est en décubitus latéral, ou au niveau de l'os ischiatique en position assise. On le voit aussi au niveau de l'occiput, notamment chez les nouveau-nés, mais aussi sur les coudes et au-dessus des oreilles lors du port de lunettes à oxygène sur le long terme. (Annexe 2)

3. La classification des stades

De nombreuses classifications ont été faites pour évaluer la gravité d'une escarre, mais aussi pour exclure des lésions qui n'existent pas. Cela comprend la classification selon la *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, l'*Agency For Health Care Policy and Research*, l'*European Pressure Ulcer advisory Panel*. Prenons le classement E.P.U.A.P. qui les divise en quatre étapes.

Ils sont considérés comme quatre manifestations distinctes et non comme quatre étapes successives :

Le stade 1 représente un érythème permanent. La peau est saine et la rougeur ne blanchit pas à la pression. Cet érythème est généralement localisé au niveau des proéminences osseuses. Cela peut s'accompagner d'une décoloration de la peau, d'un gonflement, d'une chaleur ou d'un durcissement des tissus. L'érythème est la lésion dermatologique la plus fréquente. La peau est rouge ou rosée. Cette décoloration n'est pas visible chez les personnes ayant la peau foncée. La lésion peut être chaude ou froide, plus molle ou plus dure et plus sensible que la peau adjacente. Cette étape est le premier signe clinique des escarres. L'érythème se développe en complications graves, il doit donc être détecté et traité à temps, en contrôlant soigneusement les pressions du corps du patient.

Le stade 2 est un envahissement partiel d'une phlyctène ou d'une cloche ouverte ou fermée. Il s'agit d'un ulcère superficiel avec perte partielle de tissu du derme et/ou de l'épiderme. Il peut également apparaître sous la forme d'une cloque fermée ou ouverte remplie de séreuse claire ou sanglante. Cette lésion est douloureuse.

Au stade 3, la peau perd de la graisse sous-cutanée, de sorte que les dommages ou la nécrose de l'épiderme et du derme peuvent s'étendre dans le tissu sous-cutané, mais pas au-delà. La nécrose provoque une plaque noire et sèche avec une odeur désagréable. Il s'agit d'une escarre superficielle.

Le stade 4 représente une perte totale de tissu avec exposition des os, des tendons ou des muscles. Une nécrose et/ou un affaiblissement des muscles, des os ou des tissus sous-jacents peuvent survenir avec ou sans lésion de l'épiderme ou du derme. (Annexe 3)

Il existe d'autres méthodes de classification, telles que la classification des couleurs. Ce schéma de classification "noir-jaune-rouge" a été développé en 1983 par la Woundcare Consultant Society W.C.S. La couleur indique le stade de cicatrisation.

4. L'échelle colorielle

L'échelle de couleur de la plaie distingue les couleurs et les caractéristiques de la plaie. Cette échelle est une norme internationale qui permet d'harmoniser le diagnostic et le traitement des plaies sur la base d'une analyse visuelle des plaies.

Une plaie rosée est recouverte d'épithélium fin, l'aspect rouge nacré est différent de la plaie granuleuse, c'est une plaie épithélialisée.

L'ulcère rouge est composé de tissu rouge, bien vascularisé et d'aspect granuleux correspond au tissu granuleux, c'est un ulcère granuleux.

L'ulcère blanc est un ulcère recouvert de tissu blanc adhérent correspondant à du tissu conjonctif dévascularisé, c'est-à-dire un ulcère fibreux.

Une plaie jaune est recouverte d'un tissu jaunâtre plus ou moins adhérent, c'est-à-dire une plaie fibrineuse.

Une plaie noire correspond à un tissu nécrotique sec ou humide, c'est une plaie nécrotique tandis qu'une plaie verte est infectée due à un écoulement purulent malade et entouré d'un halo rouge brûlant, chaud et douloureux. La plaie a tendance à se dessécher, d'où une plaie sèche. (Annexe 4)

5. Types de lésions

Il existe différents types de lésions :

Les escarres accidentelles ou traumatiques résultant d'un trouble du mouvement provoqué par une chute. Le traumatisme peut être d'origine iatrogène, prenons pour exemple un bandage trop serré sur un tendon légèrement saillant de la jambe.

Les escarres neurologiques associées à certaines maladies chroniques qui affectent la mobilité et la sensibilité, en particulier la douleur. Cela s'applique à des maladies telles que la paraplégie et la tétraplégie. Elles peuvent également affecter les personnes atteintes de troubles cognitifs.

Les escarres multifactorielles, lorsque le patient souffre de maladies existantes et doit être hospitalisé un certain temps pour une réanimation ou des soins palliatifs. Cette lésion est présente le plus souvent en gériatrie, en raison de l'incapacité pour la personne de se déplacer, d'exprimer une gêne et présentant des signes de dénutrition, d'incontinence urinaire et/ou fécale.

Dans ce chapitre, nous avons pu introduire la théorie des dommages cutanés appelés « escarres », pour mieux comprendre la gravité de cette pathologie. Nous savons à présent qu'avec de simples activités quotidiennes, nous pouvons éviter de graves complications. Nous en sommes venus à comprendre que les ulcères de pression peuvent survenir à la suite de divers facteurs.

CHAPITRE 3 : FACTEURS A RISQUE

Comme indiqué dans le chapitre précédent, les escarres surviennent en fonction de certains facteurs, elles peuvent être mécaniques, cliniques ou externes.

1. Les facteurs mécaniques

La pression comprime les tissus entre un plan dur et un plan osseux, provoquant une réduction voir un arrêt de la circulation sanguine dans la peau et une hypoxie tissulaire¹. A long terme, elle provoque rapidement une nécrose tissulaire irréversible. Cette pression varie selon son intensité et dépend du poids et de la position du patient, ainsi que de la durée et de l'effet de cône, qui est la présence d'une lésion profonde, proche de l'os, puis cette lésion remonte à la surface.

Le cisaillement qui est le glissement des tissus les uns sur les autres, elle survient souvent chez les patients en position semi-assise ou en position instable. Le patient a tendance à glisser hors du fauteuil lorsque la peau adhère à la surface de contact. Les os et les tissus profonds suivent le mouvement du corps et provoquent ensuite un resserrement et une dilatation des vaisseaux sanguins, provoquant des lésions microcirculatoires et donc une ischémie tissulaire

Le frottement de la peau sur la surface. Par exemple, si le patient glisse sur le drap ou est surélevé de manière inappropriée dans son lit, cela peut créer un frottement désagréable. Cette force ne cause que des dommages superficiels, contrairement à la pression et au cisaillement, ou les dommages commencent en profondeur et remontent jusqu'à l'épiderme, c'est « l'effet cône ».

2. Les facteurs cliniques

Ces facteurs peuvent se manifester par une immobilité ou une mobilité réduite dû à une intervention chirurgicale, un plâtre, un coma, certaines pathologies comme l'hémiplégie, la paraplégie, la tétraplégie.... Egalement, si l'Indice de Masse Corporelle (I.M.C.) d'un patient est inférieur à seize, il souffre de malnutrition sévère. La peau est alors plus sensible aux blessures. Une mauvaise régénération des tissus ralentit la circulation. La déshydratation assèche la peau et lorsqu'elle se manifeste au niveau cellulaire, elle accélère le processus de destruction cellulaire.

¹ Taux anormalement bas d'oxygène dans les tissus

A leur âge, les personnes âgées ont une peau plus fine et moins vascularisée, ce qui augmente le risque de développer des escarres.

De plus, une perte de sensation peut se produire. La personne ne ressent plus de douleur ni d'inconfort. Cela survient lors d'atteintes neurologiques, mais encore les neuropathies² surtout chez les diabétiques, qui ressentent des engourdissements ou des paresthésies³ dans les membres, des pertes de connaissance, coma, démence..., des modifications au niveau des vaisseaux sanguins et du transport de l'oxygène insuffisance cardiaque, anémie, artérite, diabète, hypotension diastolique⁴... et l'humidification de la plaie causée par de l'incontinence urinaire et/ou fécale, de la fièvre ou transpiration excessive...

La cachexie est définie par une diminution de la masse grasse et de la masse maigre. L'obésité est quant à elle définie par une couche de graisse, qui est plus importante mais moins riche en vaisseaux. Ces deux facteurs ralentissent la récupération évoluant en un syndrome de glissement chez les personnes âgées ou à de la confusion...

L'iatrogénie médicamenteuse désignant l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments tels que les hypnotiques⁵, les vasoconstricteurs⁶, les antalgiques, les sédatifs et les corticoïdes peut être aussi à l'origine d'ulcère.

3. Les facteurs externes

Plâtre, perfusions, sonde nasale et urinaire, lunette d'oxygène sont tous des accessoires désagréables pouvant procurer diverses irritations à long terme.

Il existe également des matelas, fauteuil ou accessoires inadaptés au patient pouvant être la cause de la survenue de rougeurs, lésion, plaie saignante évoluant en escarre.

Ces différents facteurs de risque peuvent être évités par des mesures préventives quotidiennes.

² Trouble neurologique qui entraîne d'intenses douleurs chroniques dues à une lésion nerveuse.

³ Sensation de fourmillement que l'on peut ressentir dans les doigts, les orteils et les jambes

⁴ Pression artérielle anormalement basse de 60 mmHg de pression diastolique

⁵ Médicament qui provoque le sommeil

⁶ Médicament qui diminue le calibre des vaisseaux en provoquant la contraction de leurs fibres musculaires.

CHAPITRE 4 : MESURES PREVENTIVES

Dans ce chapitre, nous parlerons de différentes mesures préventives, ainsi que de différentes façons de prévenir ces dommages et de mesurer la douleur.

1. L'identification des personnes à risque

Une approche préventive par le soignant commence par l'identification des patients à risque, et ce immédiatement après leur entrée dans le service à l'aide d'une anamnèse et de différentes échelles d'évaluation.

1.1. Les échelles de prévention

1.1.1. L'échelle de Norton

L'échelle de Norton a été publiée en 1962 et se compose de cinq items :

La condition physique, la condition mentale, l'activité, la mobilité, l'incontinence urinaire et/ou fécale.

Chaque facteur est noté de un à quatre. "1" représente un patient en bonne santé et "4" un patient entièrement dépendant. En additionnant les points, on obtient des points de cinq à vingt. On considère qu'un patient en dessous ou égal à quatorze est un patient à risque de développer une escarre. Cette échelle est simple d'utilisation, mais présente tout de même quelques inconvénients. Elle ne tient pas compte de l'état nutritionnel du patient, des forces de frottement et de cisaillement.

Or, en 1987 et 1996 ; Norton a insisté sur le fait qu'en raison de l'évolution des facteurs de risque, le seuil devrait désormais être de quinze ou de seize au lieu de quatorze. Cela indique, d'une part, l'évolution de la pratique médicale, ce qui signifie une augmentation du risque de certains groupes de patients par exemple les patients atteints de rhumatisme. Et d'autre part, l'amélioration des lits d'hôpitaux visant à réduire le nombre de plaies (Annexe 5).

1.1.2. L'échelle de Braden

L'échelle de Braden a été publiée en 1985 et se compose de six items :

La perception sensorielle, l'humidité, la performance, la mobilité, la nutrition et la friction.

Les scores peuvent aller de six à vingt-trois. Un patient avec un score inférieur à dix-sept est considéré comme un patient à haut risque. Cette échelle est plus détaillée que celle de Norton, mais moins facile à utiliser. Contrairement à l'échelle de Norton, elle est inversée, ce qui signifie que plus le score est bas, plus le risque d'escarres est élevé. (Annexe 6)

1.1.3. L'échelle de Waterlow

L'échelle de Waterlow contient onze items :

Le poids corporel, l'aspect de la peau, le sexe ; l'âge, l'incontinence, la mobilité, l'appétit, la dénutrition tissulaire, le déficit neurologique, la prise médicamenteuse, la chirurgie ou un traumatisme.

Le nombre de points varie de cinq à vingt. Un patient ayant un score de quinze à dix-neuf est considéré comme un patient à haut risque. Cependant, cet outil n'est pas suffisant pour évaluer le risque d'apparition d'escarre. Cette échelle ne permet pas d'identifier les patients qui ne sont pas à risque. Chez ces derniers patients, des mesures préventives inutiles sont introduites qui augmentent la charge de travail du personnel soignant et les dépenses inutiles. Par conséquent, il est nécessaire de combiner cet outil avec ses connaissances et son jugement clinique, permettant de créer un plan de traitement adapté au patient en fonction de ses besoins réels. Cette évaluation doit être faite régulièrement, chaque fois que l'état général du patient change. Cette précaution doit être accompagnée d'autres constatations et actions. (Annexe 7)

1.1.4. Les échelles de la douleur

Les échelles d'évaluation de la douleur sont des outils qui aident à identifier, quantifier, définir ou décrire la douleur. L'auto-évaluation est faite par un patient, adulte ou enfant à partir de quatre ans, qui peut communiquer sur l'intensité ou les caractéristiques de la douleur. Il existe des échelles de douleurs différentes pour les enfants, les adultes, les personnes en situation d'handicap et les personnes âgées. Prenons par exemple l'échelle visuelle analogique qui mesure l'intensité de la douleur en position horizontale à l'aide d'une règle. Un côté avec le compteur de douleur au patient et l'autre côté à l'infirmière, avec un nombre de dix à zéro. L'échelle du visage mesurant l'intensité de la douleur dès l'âge de quatre ans selon le faciès. (Annexe 8). Mais aussi l'échelle verbale mesurant l'intensité de la douleur avec des adjectifs précis.

« Algoplus » évalue la douleur aiguë chez les personnes âgées présentant des troubles de la communication verbale. Dans le cas où une auto-évaluation fiable n'est pas possible, elle se compose de cinq items : les expressions faciales, les expressions oculaires, les plaintes, les positions du corps et le comportement général

Chaque élément marqué « oui » compte pour un point, la somme des points donne un score total sur cinq. Un score supérieur ou égal à deux confirme une douleur aiguë. (Annexe 9).

« Doloplus » évalue la douleur chez les patients présentant des troubles de la communication verbale, il s'agit d'une fiche d'observation avec dix items répartis en trois sous-groupes : cinq éléments somatiques, deux psychomoteurs et trois éléments psychosociaux. Chaque élément est noté de zéro à trois donnant un score total de zéro à trente. La douleur est clairement exprimée avec une valeur supérieure ou égale à cinq sur trente. (Annexe 10).

2. Assurer l'équilibre nutritionnel

L'objectif est de corriger la malnutrition. Pour ce faire, le nutritionniste doit tout d'abord réaliser un bilan nutritionnel. Cette évaluation comprend de :

Peser le patient et d'en déduire son I.M.C., s'il est inférieur à seize, le patient souffre de dénutrition sévère. S'il est entre vingt-cinq et trente, le patient souffre de surpoids. Si la personne a une I.M.C. de plus de quarante, alors le patient est en obésité morbide ou massive.

Il faut aussi vérifier si le patient a récemment perdu du poids et chercher quelle en est la cause. Cela peut être dû à une perte d'appétit, une dépression, une indigestion, une pathologie ou des possibles problèmes financiers.

Un nutritionniste utilise une échelle pour évaluer le risque de malnutrition. Cette échelle tient compte du degré de malnutrition et de la gravité de la maladie. Si le score total est supérieur à trois, le patient est à risque. Un plan nutritionnel doit donc être préparé. Il faut interroger le patient sur ses habitudes alimentaires, ses nombres de repas par jour, les aliments consommés, le mode de préparation...

3. Maintenir l'hygiène corporelle

La toilette du patient doit se faire quotidiennement. Les soins hygiéniques sont un moment important pour vérifier l'état de la peau et surtout les points de pression. Si le patient urine ou transpire beaucoup, cela nous incombe de vérifier régulièrement si le patient ne doit pas être changé. Le massage est à proscrire en prophylaxie⁷, surtout si la peau est délicate, à risque d'ulcération ou déjà rougie. Une forte friction cutanée peut endommager la peau en détruisant les tissus mous ou provoquer une réaction inflammatoire, ainsi que des douleurs. Si la peau est sèche, il faut l'hydrater avec des mouvements circulaires sans appuyer agressivement sur la peau.

⁷ Ensemble des mesures à prendre pour prévenir les maladies.

4. Assurer la continuité des soins

Toutes ces mesures préventives doivent être notifiées dans le dossier médical du patient pour assurer la continuité du traitement. Ces méthodes de prévention doivent être réévaluées régulièrement en fonction des progrès et de la réponse du patient. Le travail infirmier et soignant doivent être évalués systématiquement. À cet égard, les infections nosocomiales, les ulcères, les erreurs et les accidents doivent être enregistrés pour contrôler la qualité et l'efficacité du travail effectué. Dans le traitement des ulcères, le travail d'équipe est essentiel. Les médecins, les infirmières, les soignants, les kinésithérapeutes, les nutritionnistes, les membres de la famille doivent travailler ensemble pour obtenir un bon résultat.

CHAPITRE 5 : TRAITEMENT

1. Plan de soins individuel

Le début du traitement est convenu avec le patient pour adapter un plan individuel à ses besoins. La première étape consiste à évaluer les différents facteurs influant sur l'évaluation, la santé de la personne, les caractéristiques de l'escarre, les facteurs de risque de développement d'une nouvelle escarre, l'état nutritionnel, la mobilité, l'état psychologique et les souhaits de la personne.

2. L'évaluation de la lésion

Une fois le plan de traitement élaboré, nous évaluons les dégâts. Il prend en compte tous les facteurs mentionnés ci-dessus. Le rapport décrit la cause, l'emplacement, la date d'apparition, les dimensions, la profondeur, la présence de tissu nécrotique, l'apparence, l'odeur, la quantité de liquide, l'évolution, les signes d'infection, l'apparence de la peau autour de l'escarre, la douleur... et est joint au dossier de la personne. Les modifications apportées après chaque traitement de plaie sont consignées dans ce rapport. Cette transmission concerne tous les soignants. Il peut être utile de prendre une photo de la lésion une fois par semaine pour mieux évaluer le développement de l'escarre. Cela facilite la communication. Nous avons pu citer dans d'autres chapitres que la malnutrition ralentit le processus de cicatrisation de l'escarre. Lors de l'évaluation, une attention particulière est portée à l'état nutritionnel et aux habitudes alimentaires de la personne, de préférence par un nutritionniste. La taille et le poids, l'évolution du poids, la quantité d'aliments et de boissons consommés sont enregistrés dans le dossier du patient. Si nécessaire, un nutritionniste peut prescrire un régime adapté, par exemple avec des compléments.

3. Processus de traitement

L'objectif principal du traitement est d'empêcher l'expansion de la lésion existante et la formation de nouvelles lésions. C'est pourquoi nous utilisons des appareils qui réduisent la pression sur les lésions, comme mentionné dans le chapitre « matériel adapté ».

Un changement de position est également effectué avant les procédures, ce qui a également été abordé dans le chapitre sur la prévention des ulcères et le traitement de la douleur. Le traitement des escarres est à la fois local et général, selon la personne et la plaie. La condition de réussite du traitement est la prise en charge multidisciplinaire, la coopération des infirmières au protocole de traitement et la participation active du patient et de sa famille.

A chaque étape, les mesures préventives doivent être améliorées, y compris la correction des déséquilibres nutritionnels et de la déshydratation. Les massages et l'utilisation de glaçons et d'air chaud, les frictions, les agents desséchants par exemple les produits alcoolisés et les colorants recouvrant la plaie sont interdits.

4. Le traitement de la douleur

Les douleurs causées par une escarre peuvent être spontanées ou non, soudaines et inattendues, limitées au traitement, au changement de position ou aux mobilisations. La douleur n'est pas liée à la taille de l'escarre. Il est recommandé d'évaluer régulièrement la douleur afin que le traitement soit meilleur. L'analyse de la douleur comprend l'évaluation de ses causes, telles que le soin des plaies ou la mobilisation, l'évaluation de l'intensité de la douleur basée sur l'auto-évaluation du patient, complétée par l'observation clinique pendant le traitement. Chez les patients incapables de communiquer, l'observation clinique et l'utilisation d'une échelle telle que l'échelle Doloplus, ainsi que le comportement et l'état psychologique du patient sont recommandés. Il est recommandé d'utiliser des analgésiques. L'effet et les effets secondaires du traitement analgésique doivent être régulièrement évalués jusqu'à l'obtention d'une analgésie efficace. Seul le soulagement de la douleur détermine la dose efficace. L'utilisation de supports de prévention et de traitement réduit le phénomène douloureux. D'autres mesures supplémentaires peuvent réduire la douleur, telles qu'une assise confortable, le nettoyage de la plaie, le choix d'un pansement qui permet un intervalle entre les traitements et la préférence du patient lorsque le traitement est effectué. Le niveau d'anxiété du patient augmente l'expérience de la douleur, nécessitant une sédation du patient.

5. Principe de nettoyage de la plaie

Le sérum physiologique ou chlorure de sodium à zéro virgule neuf pour cent est le produit de référence pour le contrôle des escarres à tous les stades. Il existe un procédé pour limiter voire supprimer l'utilisation des antiseptiques car ils sont peu bénéfiques. Il faut dire que leur utilisation est contre-indiquée avec certains pansements. Il ne faut pas sécher la plaie.

6. Le traitement de la rougeur et de la phlyctène

Au cours de ces deux étapes, la réduction des dommages est rapide grâce à des méthodes préventives ou à un traitement approprié. Les mesures mises en place ont pour objectif de supprimer la cause, de stabiliser les dégâts et de favoriser la cicatrisation.

Dans la phase de rougissement, nous recherchons et supprimons les points d'appuis avec un support approprié. Si nécessaire, nous protégeons la peau de l'urine avec une membrane semi-perméable ou un pansement hydrocolloïde transparent, qui a la capacité d'absorber les liquides. Nous supprimons les facteurs d'influence. Nous repositionnons régulièrement les patients. Au stade de la phlyctène, on l'ouvre puis on la recouvre d'un pansement hydrocolloïde pour retenir l'humidité et favoriser la cicatrisation.

7. Le traitement local de l'escarre constituée

L'élimination des tissus nécrotiques, le contrôle de l'exsudat et l'infection sont des étapes importantes pour favoriser le bourgeonnement et l'épidermisation spontanée ou en préparation à la chirurgie. Dans le traitement local de la douleur, il faut respecter la flore cutanée qui colonise les plaies et contribue au nettoyage, qui consiste à éliminer les fibres, les odeurs, les sécrétions, les petits corps étrangers de la plaie et la formation des bourgeons. Les étapes du traitement sont l'application de principes d'hygiène pour gérer les pansements et prévenir la contamination croisée. Un débridement ⁸précoce, répété et soigneux doit être fait sans traumatiser la plaie et sans causer de douleur au patient. Après cela, les produits et les pansements sont sélectionnés en fonction du stade de la blessure et de l'état du patient. La cicatrisation dépend de la gestion de l'humidité de la plaie, la détersion s'oriente principalement sur la détersion ⁹mécanique et l'utilisation de pansements qui, lorsqu'ils sont utilisés correctement, créent un environnement favorable à la cicatrisation. Lorsque le pansement est appliqué, il élimine tout tissu nécrotique. La détersion naturelle se fait par la flore cutanée et c'est un long processus qui dure environ trois semaines. Cela implique la formation de pus sans être un signe d'infection. Cette explication est souvent incomplète. A ce stade, il faut évacuer les débris nécrotiques par action mécanique répétée d'une compresse et de chlorure de sodium à zéro virgule neuf pour cent et le protéger par un pansement couvrant. Le nettoyage avec des agents qui accélèrent l'élimination des tissus nécrotiques est encore peu utilisé. Dans la nécrose aiguë, la détersion mécanique est indispensable. Celle-ci se fait au chevet du patient dès sa composition avec des pinces et des ciseaux à bout rond. La coupe est faite du centre vers l'extérieur, elle ne doit pas provoquer de douleur ni de saignement. Après cela, un pansement humide est appliqué.

⁸ L'action d'enlever des matière nécrotique, tissus dévitalisés, croûtes, tissus infectés, hyperkératose, pus, hématomes, corps étrangers, débris, fragments d'os ou de tout autre type de charge microbienne d'une blessure pour favoriser la cicatrisation de la plaie.

⁹ La détersion permet de faciliter la cicatrisation, qui serait sans elle très lente ou impossible. Elle consiste à retirer les dépôts fibreux, le pus, les sécrétions, les petits corps étrangers inclus dans une plaie cutanée.

Attention, les compresses humides laissées à sécher ne sont pas recommandées, car elles sont très douloureuses.

8. Le choix du pansement

La plaie doit être recouverte de manière à respecter le bourgeonnement et à favoriser la formation d'épiderme en évitant une infection secondaire. Actuellement, il n'existe pas de connexion idéale. Le choix du pansement doit être adapté à l'état de la plaie. Cependant, l'évolution de la plaie, une bonne connaissance des indications d'utilisation et l'utilisation des produits en équipe permettent d'optimiser la récupération de la peau. Il est recommandé de se familiariser avec les produits disponibles, de définir leur destination en fonction de l'usage recherché et de privilégier les produits de substitution. Les pansements doivent être changés en fonction de l'évolution de la plaie et des pansements choisis jusqu'à ce que des zones nécrotiques ou fibreuses soient présents. Les pansements doivent être espacés pendant la cicatrisation.

9. Le traitement de l'escarre infectée

Les infections se développent à partir de la contamination et de la colonisation par des micro-organismes. Le danger de ceci est qu'elle se propage aux os avec risque d'une septicémie. L'utilité des antibiotiques et des antiseptiques en l'absence de diagnostic d'infection de l'escarre n'a pas été prouvée. Le traitement topique implique un nettoyage quotidien voire même biquotidien. L'antibiothérapie doit être intégrée dans la stratégie médico-chirurgicale dès qu'une escarre est confirmée.

10. Le traitement chirurgical de l'escarre

Le traitement chirurgical est associé à l'éducation du patient et à la prévention des récurrences. Son indication repose sur une analyse de l'escarre, de l'état du patient, de la pathologie et de l'environnement. Ainsi, la principale indication de la chirurgie est les escarres involontaires, suivies des ulcères neurologiques. Le recours à la chirurgie est incontestable lorsqu'il existe une nécrose tissulaire importante pour prévenir l'infection ou lorsque des vaisseaux sanguins, des nerfs, des articulations ou des tendons sont à risque. L'opération évite les dysfonctionnements graves. Si l'os est exposé, le débridement est chirurgical car l'ostéite survient très souvent dans les plaies chroniques. Le recours à un avis chirurgical sans chirurgie immédiate devient nécessaire si la plaie se détériore sous l'effet du traitement.

Le traitement chirurgical des escarres doit permettre une élimination adéquate des tissus nécrotiques, reconstituer la perte de matière, respecter la peau et les muscles environnants, et en même temps obtenir une couverture optimale de la plaie. L'excision chirurgicale élimine la nécrose des tissus qui empêche le bourgeonnement et est une source d'infection. Seuls les tissus sains doivent rester. Le pansement est pratiqué simultanément ou après la chirurgie. Son but est d'accélérer le processus de guérison et le retour au fonctionnement du patient.

11. Les soins post-opératoires

Ils sont basés sur une surveillance attentive de l'état local de la peau, de l'apparence de la plaie et des sutures. Il est primordial d'observer et de surveiller la mise en place de matériel de décharge pendant un à deux mois après la chirurgie, l'équilibre nutritionnel et les mesures préventives.

Nous pouvons voir que le traitement des ulcères n'est pas facile. De même que le choix des différentes méthodes de traitement.

CHAPITRE 6 : CONSEQUENCES

Les escarres entraînent des conséquences graves pour les patients entraînant des frais médicaux élevés.

1. La vie du patient

Les escarres provoquent des souffrances physiques et morales, des gênes douloureuses, une limitation des activités entraînant une dépendance et donc une diminution de la liberté. Une escarre amène un changement de l'estime de soi et la communication avec les autres est altéré. Le traitement lié à l'escarre est toujours lourd et humiliant pour le patient. Ces dommages doivent être considérés comme une maladie qui peut être prévenue, traitée et soignée comme toute autre maladie grave. L'importance d'une image positive et le maintien de la dignité du patient devraient être la priorité de l'aide-soignant pour éviter aux patients de tomber dans la dépression.

2. L'économie

Le traitement médical des escarres est difficile, long et très coûteux. Le non-respect des bonnes pratiques de prévention entraîne des coûts supplémentaires importants tels que la durée du séjour, l'augmentation de la morbidité ainsi que des frais médicaux. Les ressources humaines et matérielles pour le traitement des escarres nécessitent des stratégies où économie et prévention doivent aller de pair. Le matériel de prévention ou de traitement tels que les différents types de matelas, les coussins anti-escarre, les boudins pour surélevés les jambes, les protections pour les talons, les crèmes, les pansements, les médicaments sont tous des moyens pour prévenir ou guérir une escarre mais qui s'avèrent malgré tout très cher. C'est pour cela qu'il est important de prendre soin du matériel et d'éviter au maximum le gaspillage.

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE 1 : RÔLE DE L AIDE-SOIGNANT

Dans ce chapitre, nous discuterons des rôles importants de l'aide-soignant pour prévenir ce risque d'escarre. Nous nous aiderons de la législation mentionnée dans l'Arrêté Royal de 2006 : Mise en place des mesures de prévention des escarres conformément au plan de traitement.

1. L'observation cutanée

Elle doit être stricte et quotidienne, afin que les signes de rougeur ou d'échauffement de la peau puissent être détectés. Cette surveillance doit se faire lors des soins d'hygiène ou lors du changement de position du patient. La fréquence de surveillance se fait en fonction du score obtenu et de l'état général du patient. Un patient avec un score inférieur à dix sur l'échelle de Norton aura des points de pression contrôlés plus fréquemment et plus régulièrement qu'un patient avec un score de quatorze. La fréquence des contrôles est déterminée selon le protocole de traitement conçu par l'équipe soignante. Toute personne intervenant sur le patient, vérifie au plus vite les points d'appui (infirmier, aide-soignant kinésithérapeutes, médecin...). Le patient peut également participer au suivi des repères s'il en est physiquement et intellectuellement capable. Dès le premier signe avant-coureur d'une escarre, il est alors nécessaire d'appliquer des mesures préventives pour réduire la pression.

2. La palpation cutanée

Une palpation légère peut détecter une induration ou une chaleur, en particulier dans la peau la plus pigmentée. Le massage et le frottement des zones à risque sont interdits, car ils réduisent la microcirculation moyenne et ont un effet traumatisant sur la peau des zones à risque. Si possible, le patient doit être formé à l'auto-examen de la peau à divers points de pression et à palper la dureté ou la chaleur.

3. Diminution de la pression

Il est nécessaire de réduire l'intensité de la pression en utilisant diverses méthodes. Premièrement, il est recommandé de mobiliser le patient aussi souvent que possible. Ainsi que de changer sa position toutes les deux heures. Pour un patient assis dans un fauteuil, les changements sont effectués toutes les heures si le matériel n'est pas disponible et toutes les deux heures si le coussin anti-escarre est en place.

Bien entendu, la pathologie, l'âge, les habitudes de vie du patient doivent être pris en compte. Un patient âgé peut ne pas rester dans le fauteuil aussi longtemps que, par exemple, un jeune adulte ou un patient nouvellement opéré. Différentes positions peuvent réduire la pression à différents points d'appui :

Au lit : Lorsque le patient est en décubitus dorsal, il est possible de le placer alternativement sur le côté à un angle de trente degrés par rapport au plan du lit. Après cela, il est installé correctement en plaçant un oreiller entre les jambes, derrière le dos, derrière le siège et sous la tête. Ainsi la pression est mieux répartie. Cette position doit être évitée chez les patients souffrant d'insuffisance respiratoire ou cardiaque ou porteurs d'une sonde nasogastrique. Cependant, il n'est pas recommandé de positionner le patient latéralement à nonante degrés en raison de la présence d'un ulcère de pression au niveau du trochanter. Si vous souhaitez l'asseoir dans son lit, l'angle du dossier du lit ne doit pas dépasser trente degrés. De plus, les jambes doivent être surélevées afin que le patient ne glisse pas dans son lit, provoquant des forces de cisaillement. La position couchée est assez inconfortable voire impossible pour les personnes âgées.

Si le patient doit rester en décubitus dorsal strict, les talons doivent alors être protégés pour éviter que des escarres ne s'y développent. Un coussin d'air suffisamment épais peut être utilisé. Dans ce cas, il faut veiller à ce qu'aucune autre partie du corps soit sujette à un point de pression.

Au fauteuil : Les jambes doivent être soutenues, elles ne peuvent pas rester suspendues en l'air. De plus, les cuisses doivent reposer uniformément sur la chaise, sinon les os du bassin supporteront le poids de tout le corps. Pour éviter cela, vous pouvez incliner la chaise du patient vers l'arrière et placer un support sous ses pieds, en plaçant les talons dans le vide. Si la chaise ne peut pas être inclinée, placez les cuisses sur la chaise et les pieds sur le sol. Le corps doit être très symétrique pour que tout le poids soit uniformément réparti.

4. La mise en place de matériel de prévention

Il existe de nombreux supports pour prévenir les escarres. Le choix du matériel se fait selon plusieurs critères, par exemple : niveau de risque d'ulcères, degré d'ulcères, type de patient, degré obtenu sur la base d'un score.

Tout support doit être utilisé correctement pour une meilleure efficacité. Pour cela, vous pouvez retrouver les tableaux correspondant au choix de matelas dans les prestations.

	Score de Norton	Stade de l'escarre (au lit)
Nimbus	5-6	3-4
Auto-Logic	7-8	2-3
Alpha xcell	9- 11	1 -
Visco Elastique	12-14	0

Les supports statiques non électrifiés dont le but est d'augmenter la surface d'appui du patient sur le matelas et ainsi réduire la pression. Ces matelas sont recommandés lorsque le patient présente un risque d'ulcères (score Norton 11-14 Le tableau ci-dessous présente les différents types de matelas statiques :

Matelas viscoélastique « Mousse à mémoire de forme »	C'est un matelas en mousse qui épouse les contours du corps et prend la forme du patient sous son poids.
Matelas à eau	Composé de trois compartiments qui sont remplis d'eau. Il permet de diminuer la pression et avoir une meilleure répartition du poids du corps mais il n'est pas très confortable pour le patient. Il est assez bruyant à chaque mouvement du patient. De plus il n'est pas très stable et le patient peut avoir du mal à changer de position.
Matelas en mousse « à plots » ou matelas « gaufrier »	Composé en général de 3 compartiments avec au-dessus des plots (« cube » en mousse) protégé d'une housse. Il diminue les pressions au niveau des points d'appui et à effet de massage. A long terme, le matelas peut se déformer et si le patient est incontinent, il peut laisser des traces.
Matelas à air	Constitué d'une ou plusieurs parties remplies d'air

Il existe différents types de matelas dynamiques :

Ceux qui contiennent de l'air sont équipés d'un système de remplissage qui permet de vider les cellules alternativement à un moment donné. Le corps du patient réagit et le matelas se dégonfle en continu, permettant à la pression de varier à différents points d'appui.

Ceux à air continu se remplissent où se vide d'air selon les mouvements du patient.

Par conséquent, s'il y a une forte pression dans une zone du matelas, celui-ci se dégonflera et le corps s'enfoncera alors dans le matelas. Cela réduit alors la pression sur le corps. Ce type de matelas est recommandé pour les patients ayant un score de Norton inférieur à dix, ou ayant déjà eu des escarres. Il existe également des bottes ou des coussinets compensés pour soulager la pression sur le talon.

Pour les patients au fauteuil, on peut utiliser indifféremment de la mousse, de l'eau, du gel, de l'air. Il existe également des plaques de protection qui se placent au niveau des points d'appui. Ils permettent une meilleure répartition des pressions et protègent la peau en limitant les frottements cutanés sur la surface d'appui.

CHAPITRE 2 : EDUCATION A LA SANTE

Dans ce chapitre nous évoquerons un possible retour à domicile grâce à l'éducation du patient et de son entourage.

1. Le retour à domicile

La situation d'un patient rentrant à domicile avec une escarre non fermée ou susceptible d'en développer d'autres justifie un traitement extensif et spécialement adapté avec l'application d'une prise en charge pluridisciplinaire. Il faut que les précautions et les techniques utilisées par l'équipe soignante soient les mêmes pour l'entourage du patient pour son retour à domicile. Les objectifs sont les mêmes, bien que les outils et l'environnement puissent différer, il est important que les soins prodigués correspondent à chaque patient. Dès qu'il est possible de retourner à la maison, un plan de traitement doit être élaboré qui répond aux objectifs et est compatible avec la suite des événements. Ce plan devrait être formalisé comme un document de suivi pour créer un suivi optimal. Ce document doit contenir toutes les informations nécessaires pour assurer la continuité des soins. Il doit être construit en collaboration avec l'infirmier et le patient de manière à ce que le patient et son entourage soient fortement impliqués. Une évaluation régulière permet de se rendre compte de l'évolution positive ou négative de la pathologie.

2. L'éducation du patient et de son entourage

Concernant la prise en charge du patient, la participation de celui-ci ainsi que de sa famille est utile d'un point de vue préventive afin de favoriser l'autonomie du patient, auquel cas l'éducation du patient et de son entourage doit être assurée, compte tenu naturellement du niveau de son traitement. Il est donc nécessaire d'expliquer au patient les bénéfices des changements de position régulière, de la surveillance de l'état de sa peau, notamment au niveau des zones à risque, et d'une participation active au maintien de son équilibre nutritionnel.

3. Les changements de position

Comme mentionné dans le chapitre "Soulagement de la pression", le changement de position est essentiel pour prévenir les escarres. Si les capacités physiques et cognitives du patient sont intactes, il est important de l'entraîner à une mobilisation afin qu'il soit conscient qu'il est essentiel de changer de position toutes les deux heures pour lui éviter un appui prolongé. Différents stades de la douleur lui sont expliqués afin qu'il puisse par lui-même remarquer les premiers signes.

Lorsque les capacités physiques et cognitives du patient sont restreintes, le personnel soignant a le devoir de se rendre régulièrement au chevet du patient pour le déplacer ainsi qu'informer la famille de l'avancée de l'escarre afin qu'elle puisse effectuer un suivi. Si le patient est à domicile, il est bon de programmer la visite d'un soignant plusieurs fois dans la journée.

4. L'éducation sur la nutrition

Escarre, dénutrition et déshydratation sont souvent associées, en particulier chez les patients âgés, multipathologiques et dépendants. Après une évaluation nutritionnelle, le patient malnutri est sensibilisé à l'importance d'une bonne hygiène alimentaire et dans la prévention ou le traitement des ulcères. Après cela, il est recommandé au patient de consommer des compléments alimentaires à base de protéines à raison de 30 à 40 kcal/kg/jour en plus d'un apport en vitamine C. Pour cela, il faut prendre en compte les préférences gustatives du patient. La déshydratation affecte également le développement des escarres et il est donc conseillé au patient de boire 1,5 à 2 litres d'eau par jour. Si le patient ne peut pas être correctement réhydraté, une perfusion peut être administrée selon les prescriptions du médecin. Cependant, il ne s'agit pas seulement de malnutrition, mais aussi d'obésité, qui, en raison de l'excès de poids, traumatise également les points d'appui du corps.

5. L'importance de l'hygiène corporelle

Il faut éviter la macération, si le patient n'est plus apte pour les actes de la vie quotidienne. L'aide-soignant joue un rôle important dans l'hygiène du patient. Il doit effectuer la toilette du patient et s'assurer que la peau est bien sèche au moment de l'essuyage. Le fait de rester humide est l'un des nombreux facteurs qui influent sur l'apparition des escarres. Si un patient reste trop longtemps dans une protection souillée, cela favorise les ulcères ou retarde la cicatrisation. Si le patient est indépendant, il est important de lui expliquer ce qu'est une bonne hygiène personnelle, en lui expliquant les facteurs de risque. Il est également important de demander au patient de masser la peau par effleurage, notamment sur les points de pression.

CHAPITRE 3 : L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

1. L'aide-soignant(e)

La tâche de l'aide-soignant est principalement un travail de prévention et d'éducation des patients. Comme mentionné dans les arrêtés royaux : son rôle est d'observer et de se rendre compte des changements survenus chez le patient sur le plan physique, psychologique et social. L'aide-soignant doit également mettre en place des mesures d'encadrement pour la prévention des ulcères selon le plan de traitement. Sa prise en charge repose donc sur la surveillance de la peau lors des soins hygiéniques et sur l'importance d'avertir l'équipe dès les premières apparitions de rougeurs. Selon la délégation de l'infirmière, elle doit mettre en place des moyens de prévention et assurer l'éducation des patients.

1. L'infirmier(e)

Dans le cas des escarres, le rôle de l'infirmière est la prévention et le traitement. Comme mentionné ci-dessus, l'infirmière travaille en prévention de la même manière qu'un aide-soignant, mais assume la responsabilité du traitement des escarres avec des actes spécifiques. L'infirmière prend en charge les antécédents médicaux du patient avec différentes notes présentes dans le dossier et prépare un protocole de soin pour la prévention ou le traitement des escarres selon l'ordonnance du médecin.

2. Les kinésithérapeutes

La kinésithérapie quotidienne est extrêmement nécessaire dans la prévention des ulcères, elle permet aux patients de retrouver une mobilité au lit et ainsi de lutter contre les rétractions musculaires. Ils entament un protocole de lever du patient, de la mise au fauteuil, de rééducation en vue d'une reprise d'autonomie et de la marche lorsque cela est possible. Il est important d'encourager les patients à se repositionner.

3. Les diététiciens

Les diététiciens jouent également un rôle dans le traitement des escarres. Sur la base des informations reçues de l'infirmière, ils préparent un plan nutritionnel pour le patient atteint d'ulcère, car la malnutrition joue un rôle dans le développement des ulcères. Ils calculent les besoins nutritionnels et l'apport du patient pour déterminer si le patient a besoin d'enrichir ses repas et peut augmenter son apport avec des suppléments oraux. De plus, grâce aux suggestions des infirmières et des soignants, ils contrôlent les repas afin que le patient s'alimente correctement.

4. Les médecins

Les médecins jouent également un rôle dans la prévention des escarres en rendant visite aux patients. Lors de sa visite, la douleur du patient est investiguée et, en collaboration avec l'équipe soignante, il est possible d'établir un diagnostic de prévention ou de traitement. En fonction de l'état de la peau du patient, il ordonne des actes et des traitements qu'il délègue à l'équipe soignante.

Conclusion

Nous voici dans la dernière partie de mon épreuve intégrée sur le thème des escarres. Avec ce travail, nous avons voulu souligner l'importance des mesures de précaution dans le cas de ces dommages, mais surtout dans les activités que l'aide-soignant doit pratiquer pour lutter contre les ulcères.

Dans la partie conceptuelle, nous avons pu comprendre la complexité de cette pathologie et l'importance d'un travail pluridisciplinaire tant dans la détection de la lésion que dans sa prise en charge. On voit aussi l'importance des transmissions faites par chaque prestataire pour une continuité de soins optimale.

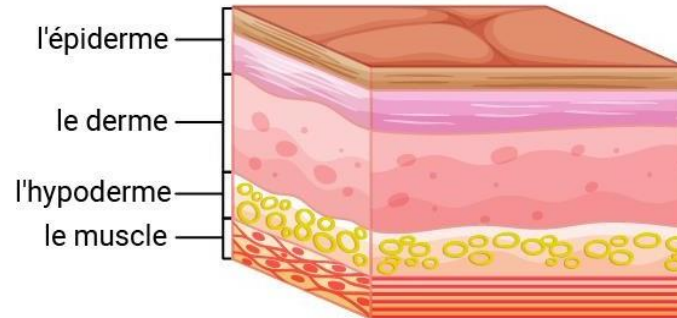
Dans la partie pratique, nous révélons l'importance du travail d'équipe dans les soins, en expliquant les différents rôles de chacun et, surtout mettre l'accent sur les nombreuses choses que nous, soignants, pouvons mettre en place pour prévenir les ulcères.

Ce travail m'a permis de me pousser dans mes réflexions et questionnements, face à cette lésion qui pouvant toucher une personne à plusieurs niveaux, mais surtout l'importance de la réflexion de chacune de nos démarches en évitant d'effectuer les choses mécaniquement car cela peut nous entraîner dans une routine qui nous rendrait moins attentifs, et nous savons qu'en tant que soignants, la vigilance est importante.

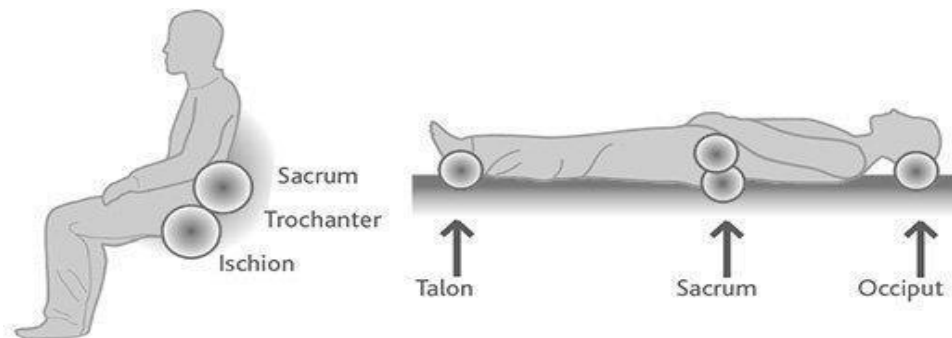
Annexes

Annexe 1 : Les trois couches de la peau : épiderme, derme, hypoderme

Les 3 couches de la peau

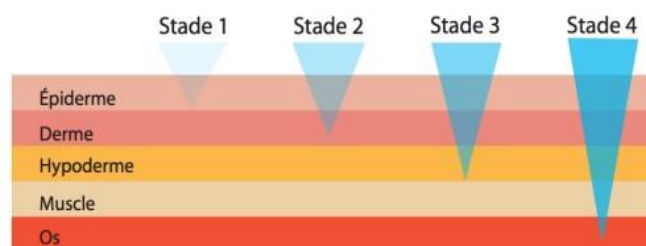


Annexe 2 : Les différents points de pression

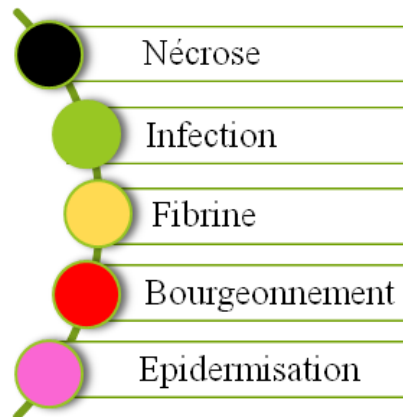


Annexe 3 : Les quatre stades d'une escarre

STADE	LOCALISATION	ÉTAT CUTANÉ	DESCRIPTION	
1	Épiderme	Érythème	Rougeur persistante malgré la suppression de la compression	
2	Derme	Phlyctène fermée/ouverte	Phlyctène avec ou sans abrasion de l'épiderme et du derme	
3	Tissus mous	Escarre superficielle	Atteinte du tissu sous-cutané	
4	Muscles, tendons jusqu'à l'os	Escarre profonde	Ulcération tendino-musculaire voire osseuse	



Annexe 4 : l'échelle de colorielle



Annexe 5 : l'échelle de Norton

- Échelle de Norton

ÉCHELLE DE NORTON				
A État nutritionnel	B État mental	C Activité	D Mobilité	E Incontinence
4 : Très bon	4 : Alertes	4 : Ambulant	4 : Complète	4 : Aucune
3 : Bon	3 : Apathique	3 : Marche avec aide	3 : Partielle	3 : Occasionnelle
2 : Pauvre	2 : Confus	2 : Fauteuil	2 : Très limitée	2 : Fréquente : urinaire
1 : Médiocre	1 : Stuporeux	1 : Alité	1 : Aucune	1 : Urinaire et fécale
Total : .../20 points				

Annexe 6 : l'échelle de Braden

Echelle de Braden

Échelle d'évaluation de BRADEN*					
Perception sensorielle <small>Capacité à répondre de manière adaptée à l'inconfort lié à la pression</small>		Mobilité <small>Capacité à changer et à contrôler les positions du corps</small>		Activité <small>Degré d'activité physique</small>	
Complètement limitée	1	Complètement immobile	1	Alité	1
Très limitée	2	Très limitée	2	Confiné au fauteuil	2
Légèrement diminuée	3	Légèrement limitée	3	Marche occasionnellement	3
Aucune atteinte	4	Aucune limitation	4	Marche fréquemment	4
Nutrition <small>Alimentation habituelle</small>		Humidité <small>Degré d'humidité auquel la peau est exposée</small>		Friction et cisaillement <small>Capacité à maintenir une bonne position au lit/au fauteuil</small>	
Très pauvre	1	Constamment humide	1	Problème présent	1
Probablement insuffisante	2	Très humide	2	Problème potentiel	2
Correcte	3	Occasionnellement humide	3	Pas de problème apparent	3
Excellente	4	Rarement humide	4		
Score total :					

Annexe 7 : l'échelle de Waterlow

Echelle de WATERLOW

Masse corporelle*	Aspect visuel de la peau	Sexe et âge
0 moyenne 1 Au-dessus de la moyenne 2 Obèse 3 En-dessous de la moyenne	0 Saine 1 Fine / grêle 1 Sèche / Déshydratée 1 Oedateuse 2 Décolorée 3 Irritation cutanée	1 Masculin 2 Féminin 1 14 à 59 2 50 à 64 3 65 à 74 4 75 à 80 5 81 et +
Incontinence	Mobilité	Appétit
0 Totale / Sonde 1 Occasionnellement 2 Incontinence fécale, sonde 3 Incontinence double	0 Complète 1 Agité 2 Apathique 3 Restreinte 4 Immobile / Traction 5 Patient mis au fauteuil	0 Moyen 1 Faible 2 Alimentation par sonde gastrique uniquement 3 A jeun, anorexique
Malnutrition des tissus	Déficience neurologique	Médicament
8 Cachexie terminale 5 Déficience cardiaque 5 Insuffisance vasculaire périphérique 2 Anémie 1 Tabagisme	4-6 Diabète, Sclérose en plaque, AVC, Déficit sensoriel, Paraplégies	4 Cytotoxiques, Corticoïdes à haute dose, Anti-inflammatoire
		Chirurgie / Traumatisme
		5 Orthopédie, Partie inférieure, Colonne 5 Intervention de + de 2 heures

> 10 : risque > 15 : haut risque > 20 : très haut risque
*Poids par rapport à la taille


<http://www.escarre.fr/>

5

Annexe 8 : l'échelle de la douleur



Annexe 9 : l'échelle Algoplus



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....						
Heureh.....h.....h.....h.....h.....h.....						
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aïe », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5	<input type="checkbox"/> /5
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe					

Annexe 10 : l'échelle doloplus

NOM :	PRENOM :	SERVICE :
--------------	-----------------	------------------

RETENTISSEMENT SOMATIQUE				
1. Plaintes somatiques	Pas de plainte	0	0	0
	Plaintes uniquement à la sollicitation.....	1	1	1
	Plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2
	Plaintes spontanées continues.....	3	3	3
2. Positions antalgiques au repos	Pas de position antalgique	0	0	0
	Le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle.....	1	1	1
	Position antalgique permanente et efficace.....	2	2	2
	Position antalgique permanente inefficace	3	3	3
3. Protection de zones douloureuses	Pas de protection	0	0	0
	Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1
	Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins.....	2	2	2
	Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3
4. Mimique	Mimique habituelle	0	0	0
	Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation.....	1	1	1
	Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2
	Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide).....	3	3	3
5. Sommeil	Sommeil habituel	0	0	0
	Difficultés d'endormissement.....	1	1	1
	Réveils fréquents (agitation motrice).....	2	2	2
	Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3

Bibliographie

Livre : TFE du Condorcet pour le bachelier en soins infirmiers année 2013-2014 :
Delvaminck Margaux

Livre : TFE du Condorcet pour le bachelier infirmier responsable des soins généraux
année 2020-2021 : Dieudonné Pauline

<http://www.prevention-escarre.fr> 20/01/23

<https://www.infectiologie.com> 05/02/2023

<https://www.soins-infirmiers.com> 05/02/2023

www.google.be/echelle de douleur 05/02/2023

<https://www.urps-infirmiere-paca.fr/wp-content/uploads/2015/12/dossier> le 13/02/2023

<https://www.universante.org/> le 13/02/2023

Couche cornée de la peau - Recherche (bing.com) le 14/02/2023

Couche granuleuse - Recherche (bing.com) le 14/02/2023

Couche basale de la peau - Recherche (bing.com) le 14/02/2023

Escarres : traitement · Info santé (infosante.be) le 14/02/2023

Prise en charge nutritionnelle et prévention des escarres - ScienceDirect le 13/04/2023

Éducation nutritionnelle pour les escarres - Recherche (bing.com) le 13/04/2023

Lien entre escarre, alimentation et hydratation - Infirmiers.com - communauté infirmière :
concours infirmier, cours ifsi, tfe, actu, formations, protocoles. Le 13/04/2023

Structures et rôles de la pe//u - Qu'est-ce que le film hydrolipidique ? - Fiches santé et
conseils médicaux (lefigaro.fr) Le 08/05/2023