



service public fédéral
**SANTÉ PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

**Recommandation de bonne pratique en art infirmier :
« La prévention des escarres en soins à domicile ».**

Projet E-BN.

Subsidié :

Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé
(CIPQ-S).

Projet subsidié par le SPF santé publique

Direction générale des soins de santé primaires et gestion de crise :

AR 17 novembre 2009

MB 17 décembre 2009

Coordinateur du projet : PUTZEYS Dominique

Chargés de recherche :

CORDYN Sam, DE BUSSER Tinne,
HEIRSTRATE Luc, LAMBERT Véronique

Project Management Team (PMT):

Quinet M.: Service Public Fédéral (SPF) santé publique - Direction générale des soins de santé primaires et gestion de crise DG 2.

Meert C.: Service Public Fédéral (SPF) santé publique - Direction générale des soins de santé primaires et gestion de crise DG 2.

De Busser T.: MSc-RN, Wit-Gele Kruis Antwerpen (WGKA) et membre de la Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S).

Glorieux M.: Service Public Fédéral (SPF) santé publique - Direction générale des soins de santé primaires et gestion de crise DG 2.

Heirstrate L.: RN, Wit-Gele Kruis Antwerpen (WGKA) et membre de la Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S).

Cordyn S.: MSc-RN, Wit-Gele Kruis van Vlaanderen et membre de la Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S).

Labalue J.: RN, Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S).

Lambert V.: MSc-RN, Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S).

Putzeys D.: MSc-RN, Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S).

Teleman M.: Service Public Fédéral (SPF) santé publique - Direction générale des soins de santé primaires et gestion de crise DG 2.

Comité d'accompagnement de la CIPIQ-S:

Heirstrate L.: RN, Wit-Gele Kruis Antwerpen (WGKA) et membre de la Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S).

Labalue J.: RN, Coordinateur belge du projet (coordinateur cellule qualité et support projets au CHR Citadelle Liège –Belgique).

Leruth S.: Expert - Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S) (Clinique et maternité Sainte-Elisabeth – Namur).

Pechon S.: Expert - Président de la Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S) (Centre Hospitalier Luxembourgeois - Luxembourg).

Putzeys D.: MSc-RN, Coordinateur du projet pour la Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S) (CHR Citadelle Liège - Belgique).

Rae A.C.: RN, Expert - Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S) (Hôpitaux Universitaires de Genève - Suisse).

Van Loon H.: RN, Wit-Gele Kruis Antwerpen (WGKA) et membre de la Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPIQ-S).

Groupe d'experts:

Paquay L.: MSc-RN, coordinateur infirmier Wit-Gele Kruis van Vlaanderen.

Plancq G.: RN, Stomathérapeute, membre de l'Afiscep.

Toppets A.: MSc-RN, UZ Leuven.

Van de Vyver N.: MD, DOMUS MEDICA

Van Durme T.: MSc- RN, assistante de recherche à l'Institut de Recherche Santé et Société – Université Catholique de Louvain (UCL).

Dr Vanhalewyn M.: MD, SSMG

Pr Vanwijck R.: PhD-MD, chirurgie plastique, Cliniques Universitaires Saint-Luc.

Vanderwee K.: PhD, MSc- RN, Universiteit Gent.

Groupe de résonance:

Ausloos K. : RN, infirmière relais en soins de plaies, service qualité de soin et innovation Wit-Gele Kruis Vlaams-Brabant.

Braun E.: RN, infirmière indépendante relais en soins de plaies, Charleroi. Membre de l'Afiscep.

Claessen H.: RN, cadre soins de plaies et éducateur spécialisée en diabétologie, Wit-Gele Kruis Antwerpen (WGKA).

Coornaert E.: MSc – RN, cadre qualité, Wit-Gele Kruis Oost-Vlaanderen.

Delcroix L.: MSc – RN, infirmière indépendante, SISD de Montigny-Le-Tilleul, relais E-BN.

Dewilde A.: RN, infirmière indépendante relais en soins de plaies et E-BN, SISD Charleroi, CREPIC (Commission Régionale d'Ethique Pluraliste Infirmière Carolorégienne).

Fourez A.: RN, infirmière relais en soins de plaies, ASD Tournai.

Hernalsteen C.: RN, infirmière relais en soins de plaies, ASD Bruxelles.

Infosino C.: RN, CSD, La Louvière.

Lombard M.: RN, Cour sur Heure, relais E-BN.

Dr Moens D. : MD, Bruxelles

Mulders D.: RN, CPAS de Liège.

Tack I.: RN, coordinateur du domaine soins de plaies et diabète, Wit-Gele Kruis Limburg.

Dr Vanhalewyn E. : MD, Bruxelles

Dr Vanhalewyn M.: MD, Bruxelles, SSMG

Verduyck C.: RN, infirmière relais soins de plaie Grand Hôpital de Charleroi, spécialisation en stomathérapie, Membre de l'Afiscep.

Personnes de contact:

Labalue J.: RN, Chef de projet pour la Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPQ-S) - Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Boulevard du XIIème de Ligne 1, 4000 Liège.

Putzeys D.: MSc-RN, Coordinateur de projet - Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Boulevard du XIIème de Ligne 1, 4000 Liège.

Coordinateur du projet:

Putzeys D.: MSc-RN, Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Boulevard du XIIème de Ligne 1, 4000 Liège.

Chargés de recherche et rédaction de la recommandation:

Cordyn S.: MSc-RN, Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, Frontispiesstraat 8 bte 1.2, 1000 Bruxelles, et membre de la Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité – Santé (CIPQ-S).

De Busser T.: MSc-RN, Wit-Gele Kruis Antwerpen (WGKA), Nonnenstraat 12 bte 1, 2200 Herentals.

Heirstrate L.: RN, Wit-Gele Kruis Antwerpen (WGKA), Nonnenstraat 12 bte 1, 2200 Herentals.

Lambert V.: MSc-RN, Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Boulevard du XIIème de Ligne 1, 4000 Liège.

Conflits d'intérêt:

Les membres du groupe de recherche ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêt pouvant influencer la rédaction de cette recommandation de bonne pratique sur la prévention des escarres en soins à domicile.

Groupe cible:

Infirmier(e)s en soins à domicile, médecins généralistes, aides soignant (e)s ainsi que tous les intervenants des soins de 1^{ère} ligne au domicile (kinés, ergothérapeutes, diététicien(ne)s, pharmacien(ne)s, etc.

Diffusion:

Sous la responsabilité du Service Public Fédéral (SPF) Direction Générale des Soins de Santé primaires et Gestion de crises.

Mots clés :

Escarres, décubitus, prévention, soins à domicile, soins de santé, efficacité, qualité.

Validation CEBAM

31 août 2012

Index des abréviations:

AFISCEP : Association Francophone d'Infirmier(es) en Stomathérapie, Cicatrisation Et Plaies

CEBAM: Centre Belge pour l'Evidence Based-Medicine

CIPQ-S: Collaboration des Praticiens et Intervenants en Qualité-Santé

EPUAP: European Pressure Ulcer Advisory Panel

MNA-SF: Mini Nutritional Assessment – Short form / Mini évaluation nutritionnelle – version courte

MUST : Malnutrition Universal Screening Tool

NPUAP: National Pressure Ulcer Advisory Panel

PUCLAS: Pressure Ulcer CLASsification

RBP: Recommandation de Bonne Pratique

RCT: Randomized Controlled Trial / étude randomisée contrôlée

Table des matières

1 Résumé	8
2 Tableau récapitulatif des recommandations générales	17
3 Méthodologie de rédaction de la recommandation	20
3.1 Contexte de la thématique	20
3.2 La construction de la recommandation	20
3.2.1 Objectif	20
3.2.2 Les recommandations	20
3.2.3 La recherche de la littérature	21
3.3 Expertise de la RBP	25
3.3.1 Le comité d'accompagnement de la CIPIQ-S.....	25
3.3.2 Le groupe des experts.....	25
3.3.3 Le groupe de résonance.....	26
3.3.4 Le CEBAM.....	26
3.4 Révision et diffusion de la recommandation.....	26
3.5 Classification des recommandations.....	27
4 La recommandation « Prévention des escarres en soins à domicile »	30
4.1 Introduction	30
4.2 Questions de recherche	32
4.3 Définition	32
4.4 Epidémiologie	33
4.5 La classification des escarres : classification de l'NPUAP & EPUAP	34
4.6 La physiopathologie des escarres.....	37
4.6.1 L'étiologie des escarres.....	38
4.6.2 Localisation	39
4.7 La prévention des escarres en soins à domicile	41
4.7.1 Evaluation du risque	42
4.7.1.1 Les échelles de risque	46
4.7.1.2 Facteurs influençant le risque d'escarre	48
4.7.1.2.1 La mobilité et l'activité	48
4.7.1.2.2 L'humidité de la peau	50
4.7.1.2.3 L'état de la peau	53

4.7.1.2.4 Les indicateurs nutritionnels	55
4.7.1.2.5 Les facteurs influençant l'irrigation sanguine et l'alimentation en oxygène.....	55
4.7.1.2.6 La perception sensorielle.....	55
4.7.1.2.7 La température corporelle	56
4.7.2 Gestion du risque	56
4.7.3 Les mesures efficaces et le matériel	58
4.7.3.1 Le changement de position.....	58
4.7.3.2 Le matériel et les mesures efficaces.....	64
4.7.3.2.1 Les matelas et les lits	65
4.7.3.2.2 La protection des talons	69
4.7.3.2.3 Les coussins.....	71
4.7.3.3 Les soins de la peau	74
4.7.3.4 La nutrition	75
4.7.4 Les mesures et le matériel inefficaces.....	79
4.8 La prévention des escarres comme intervention infirmière	80
4.8.1 Les connaissances des infirmier(e)s	80
4.8.2 L'engagement de l'entourage	81
4.8.3 L'éducation du patient et de ses proches	82
5 Bibliographie.....	85
6 Table des références.....	88
7 Annexes.....	96
Annexe 1 : Tableaux de preuves	96
Annexe 2 : Gradation des recommandations.....	109
Annexe 3 : L'échelle de Norton	124
Annexe 4 : L'échelle de Braden	125
Annexe 5: Arbre décisionnel « intervention alimentaire escarres ».....	126
Annexe 6: MNA-SF®	127
Annexe 7: MUST®.....	128
Annexe 8: Echelle de Katz	129
Annexe 9 : Termes Mesh.....	130
Annexe 10 : Evaluation du groupe de résonance	133

1 Résumé

Dans le cadre du subside octroyé par le SPF Santé publique (AR 17 novembre 2009 – MB 17 décembre 2009) et à l'initiative de Madame Laurette Onkelinx, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, l'ASBL de droit luxembourgeois CIPIQ-S a rédigé une recommandation de bonnes pratiques en art infirmier axée sur « **La prévention des escarres en soins à domicile** ».

L'élaboration de cette recommandation s'est basée sur la RBP belge intitulée « *Recommandation belge pour la prévention des escarres* » (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾, ainsi que sur la recommandation internationale de l'NPUAP et de l'EPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel & European Pressure Ulcer Advisory Panel 2009) ⁽²⁾ intitulée « *Prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical Practice Guideline* ». Cette recommandation sur la prévention a été complétée par une recherche de littérature supplémentaire dans le domaine des soins infirmiers à domicile.

Dans la recommandation belge, une escarre est décrite comme: « *une altération dégénérative des tissus, causée par une hypoxie résultant d'une vasoconstriction par déformation tissulaire. Cette déformation est causée par une combinaison de forces de pression et de cisaillement* » (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾ ¹¹⁸.

Depuis le milieu des années '90, des études de prévalence ont été menées à intervalles réguliers dans tous les secteurs de soins. En soins à domicile, la prévalence des escarres varie de 6,8% (Paquay et al. 2008) ⁽¹⁰⁾ à 12,7% (Vandenbroele 1994) ⁽³⁾. La prévalence peut varier en raison de plusieurs causes, dont les plus importantes sont les méthodes d'observation et de classification utilisées lors de la réalisation des études et/ou les différentes populations étudiées.

Etant donné la souffrance humaine et le coût social, tout doit être mis en œuvre pour éviter les lésions de décubitus. Même si toute escarre ne peut être évitée², l'incidence des escarres est une mesure de la qualité des soins infirmiers administrés parmi d'autres. Bien que les infirmiers en soins à domicile considèrent la prévention des escarres comme une de leurs missions les plus importantes, il apparaît cependant qu'ils ne reconnaissent pas toujours un patient à risque et/ou qu'ils appliquent des mesures non adéquates. Une idée fausse est véhiculée quand les soignants – même les professionnels – considèrent les escarres comme un

¹ Au travers de cette RBP, des références de littérature sont mentionnées. Pour la littérature analysée par la CIPIQ-S, les auteurs ainsi que la date de publication sont cités, accompagnés d'un chiffre entre parenthèses en bas, renvoyant à l'article dans la bibliographie. En cas de références vers d'autres articles ou études, un chiffre y a été ajouté, entre parenthèses et en haut. Ces chiffres renvoient vers un tableau des références qui est inclus dans la bibliographie. Il est ainsi possible de distinguer la littérature analysée par le groupe de recherche (bibliographie) des références citées dans cette littérature (tableau des références = ces articles n'ayant pas été lus ou consultés).

² Wound Ostomy and Continence Nurses Society. **Avoidable versus Unavoidable Pressure Ulcers**. Position Paper, 2009.

phénomène inhérent au vieillissement et à l'infirmité. A domicile, l'attention doit être plus grande suite aux soins fragmentés, aux problèmes de matériel et à l'ignorance du problème de la part du patient et des proches. Il existe en effet un danger que le patient considère comme situation confortable, une situation à risque de développement d'escarres.

Une définition claire et la détermination du risque d'escarres est la première étape de la démarche de la prévention des escarres. La détermination du risque d'escarre peut notamment être effectuée par l'utilisation d'une échelle validée (comme l'échelle de Norton ou de Braden) ou d'un algorithme décisionnel. A côté de ces échelles validées le jugement clinique de l'infirmier joue un rôle important dans l'identification des patients à risque d'escarre. Celui-ci permet à l'infirmier de rechercher les facteurs suspectés d'être à l'origine du développement de l'escarre, comme la mobilité réduite, l'état de la peau, les lésions de macération et l'incontinence. Une combinaison de ces différents paramètres permettra une détermination du risque plus correcte.

En ce qui concerne les mesures à prendre, il est nécessaire d'appliquer systématiquement le changement de position auprès de chaque patient à risque, aussi bien en position couchée qu'en position assise, en combinaison avec l'utilisation d'un système réduisant la pression en continu.

Il est recommandé d'appliquer un schéma de mobilisation alterné avec les talons libérés: position semi-fléchie à 30° - position latérale gauche à 30° - position semi-fléchie à 30° - position latérale droite à 30°. Il est préférable d'appliquer les différentes positions au moyen d'un lit d'hôpital, autour duquel il y a suffisamment d'espace.

Il est recommandé de limiter la durée en position assise au fauteuil. La position dans un fauteuil en légère inclinaison postérieure, les jambes sur une banquette (en fonction de la qualité de la circulation artérielle), le patient positionné sur un coussin à air ou en mousse viscoélastique est la position où la pression est la plus faible et par conséquent, où le risque d'escarres est le moindre.

Si l'application du changement de position est problématique, l'utilisation d'un matelas à air alterné est une alternative efficace.

Quelle que soit la position, la pression à hauteur des talons doit être évitée à l'aide d'un coussin libérant les talons.

La mobilisation alternée et l'utilisation de matériel réduisant la pression doivent toujours être combinées avec les soins de la peau. La peau doit être protégée contre l'humidité afin de prévenir les lésions de macération. Une hydratation soigneuse de la peau peut diminuer le risque de lésions cutanées.

L'utilisation de matériel non-recommandé et la mise en œuvre de mesures comme les peaux de mouton synthétiques, l'éosine, le massage de la peau et la friction avec

de la glace sont déconseillées car elles ne réduisent pas la pression ou le cisaillement et sont inadéquates pour prévenir les escarres.

Bien qu'une association entre les interventions nutritionnelles et le risque d'escarres ne soit pas démontrée, il est recommandé de déterminer l'état nutritionnel de chaque patient avec un instrument validé tel que l'échelle MNA-SF®, et de diriger chaque patient à risque de dénutrition et d'escarres vers un diététicien. Chaque patient à risque d'escarres et à risque de dénutrition doit prendre un minimum de 30-35 kcal par kg quotidiennement, 1.25 – 1.5 g protéines par kg par jour et 1ml de liquide par kcal par jour. L'administration de compléments riches en protéines en addition à l'alimentation quotidienne est recommandée pour les patients à risque.

Une bonne (in)formation des infirmiers en soins à domicile quant à la prévention des escarres est une condition essentielle pour améliorer les pratiques. La sensibilisation et l'éducation du patient et de ses proches concernant les mesures préventives pour éviter les escarres est une mesure essentielle pour garantir la continuité et la cohérence de la prise en charge à cet égard.

Samenvatting

In het kader van de subsidie uitgevaardigd door de FOD Volksgezondheid (KB 17 november 2009 – BS 17 december 2009) en op initiatief van Mevrouw Laurette Onkelinx, Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, stelde de v.z.w. van Luxemburgs recht CIPIQ-S een aanbeveling voor goede verpleegkundige praktijkvoering op met betrekking tot « ***Decubituspreventie in de thuisverpleging*** ».

Deze richtlijn kwam tot stand op basis van de « *Belgische Richtlijn Decubituspreventie* » (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾³ en de internationale richtlijn van NPUAP en EPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel & European Pressure Ulcer Advisory Panel 2009) ⁽²⁾ « *Prevention and treatment of pressure ulcers : Clinical Practice Guideline* ». De preventierichtlijn werd vervolledigd met meer op de thuisverpleging gericht literatuuronderzoek.

In de Belgische richtlijn wordt decubitus omschreven als: «*een degeneratieve verandering van het weefsel veroorzaakt door een zuurstoftekort ten gevolge van vasoconstrictie door weefselvorming. Deze vervorming wordt veroorzaakt door een combinatie van druk- en schuifkrachten*» (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾¹¹⁸.

In België worden sedert midden jaren '90 op regelmatige tijdstippen prevalentiemetingen verricht in alle zorgsettings. In de thuisverpleging bedroeg de prevalentie van decubitus 6,8% (Paquay et al. 2008) ⁽¹⁰⁾ tot 12,7% (Vandenbroele 1994) ⁽³⁾. De prevalentie kan variëren als gevolg van meerdere oorzaken, voornamelijk vanwege verschillen tussen de gehanteerde observatie- en classificatiemethodes in de verschillende onderzoeken en/of onderzoekspopulaties.

Met het oog op het menselijk leed en de maatschappelijke kost dient dus alles in het werk gesteld te worden om decubitusletsels tegen te gaan. Niet alle doorligwonden zijn vermijdbaar⁴, maar toch is decubitusincidentie een maatstaf voor de kwaliteit van de geleverde verpleegkundige zorg. Alhoewel thuisverpleegkundigen decubituspreventie als een van hun belangrijkste opdrachten beschouwen, blijkt echter dat zij niet altijd een risicopatiënt herkennen en/of niet-adequate maatregelen toepassen. Een grote misvatting ontstaat wanneer hulpverleners – ook professionele – decubitus beschouwen als iets dat inherent is aan ouder worden en hulpbehoefendheid. Men dient in de thuiszorg ook extra alert te zijn voor de meer fragmentaire zorg, de materiële problemen en de onwetendheid van de mantelzorg.

³ In deze AGP worden literatuurreferenties vermeld. Bij de geanalyseerde literatuur door CIPIQ-S, worden de auteurs en publicatiejaar vermeld. Indien er gerefereerd wordt naar andere artikels of studies, is een cijfer toegevoegd. De tabel met deze referenties is toegevoegd in de bibliografie. Zo is het mogelijk om de geraadpleegde literatuur door de onderzoeksgroep te onderscheiden van de geciteerde referenties in deze AGP (deze artikels zijn niet gelezen of geconsulteerd geweest).

⁴ Wound Ostomy and Continence Nurses Society. ***Avoidable versus Unavoidable Pressure Ulcers***. Position Paper, 2009.

Het gevaar bestaat inderdaad dat, dat wat de patiënt als een comfortabele situatie beschouwt, toch een risicosituatie is voor het ontstaan van decubitus.

Het eenduidig definiëren en vaststellen van het risico op decubitus is een eerste belangrijke stap bij decubituspreventie. De risicobepaling gebeurt voornamelijk aan de hand van een gevalideerde meetschaal (zoals de Norton – en de Bradenschaal). Naast de gevalideerde meetschalen speelt de klinische blik van de verpleegkundige een belangrijke rol bij het herkennen van patiënten met een risico op decubitus. Deze laat de verpleegkundige immers toe om na te gaan in welke mate factoren zoals verminderde mobiliteit, de toestand van de huid, vochtletsels en incontinentie het ontstaan van decubitus in de hand werken. Een combinatie van de verschillende methoden zal dan ook een correctere risicobepaling toelaten.

Wat betreft de te nemen maatregelen, is het nodig om systematisch en correct wisselhouding toe te passen bij elke risicopatiënt, zowel in lig- als in zithouding, dit in combinatie met een continu drukreducerend systeem.

Het aanbevolen wisselhoudingschema - inclusief zwevende hielen - is: semi-fowler houding 30° - zijligging 30° links - semi-fowler houding 30° - zijligging 30° rechts. De verschillende posities worden best toegepast in een ziekenhuisbed waarrond voldoende ruimte aanwezig is.

De tijd die een patiënt al zittend doorbrengt wordt best zo kort mogelijk gehouden. De zithouding die gepaard gaat met de laagste druk en dus het geringste decubitusrisico is een licht achteroverzittende houding met de benen steunend op een bankje (rekening houdende met de kwaliteit van de arteriële circulatie). De patiënt wordt daarbij best op een luchtkussen of visco-elastisch kussen geplaatst.

Wanneer de toepassing van wisselhouding een probleem vormt, is een drukalternerende matras een doeltreffend alternatief.

In elke positie moet men steeds druk ter hoogte van de hielen vermijden door een kussen onder de kuit te plaatsen, zodat de hielen “zweven”.

In combinatie met wisselhouding en drukreducerende materialen is een goede huidverzorging nodig. De huid dient beschermd te worden tegen vocht en vochtletsels, en het risico op huidbeschadiging kan verminderd worden door de huid goed te hydrateren.

Het gebruik van niet-aanbevolen materialen en het toepassen van maatregelen zoals synthetische schapenvachten, eosine, huidmassage en ijsfrictie worden afgeraden omdat ze geen druk- of schuifkrachtreducerende eigenschappen hebben en decubitus niet kunnen voorkomen.

Ondanks het feit dat er geen verband is aangetoond tussen voedingsinterventies en het risico op decubitus, wordt het aanbevolen om de voedingstoestand van elke risicopatiënt na te gaan aan de hand van een gevalideerd instrument zoals de MNA-

SF® en elke patiënt met een risico op ondervoeding en decubitus te verwijzen naar een diëtist. Elke patiënt met een risico op ondervoeding en decubitus dient dagelijks een minimum van 30-35 kcal per kg lichaamsgewicht op te nemen, waarbij 1.25 - 1.5 g per kg lichaamsgewicht per dag eiwitten en 1ml vocht per kcal per dag. Het toedienen van eiwitrijke voedingssupplementen bovenop de dagelijkse voeding wordt aanbevolen voor risicopatiënten. Een goede training en informatie van verpleegkundige zijn essentieel om de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren.

Niet alleen dienen thuisverpleegkundigen goed op de hoogte te zijn van deze maatregelen ter preventie van decubitus, dit is tevens een essentiële voorwaarde om de praktische toepassing ervan te verbeteren. De sensibilisatie en educatie van de patiënt en zijn mantelzorg over maatregelen ter preventie van decubitus is essentieel om de continuïteit en coherentie van zorg op dit vlak te garanderen.

Summary

Under the amount granted by the Federal Service of Public Health (RD November 17th 2009 – BS December 17th 2009) and on the initiative of the Minister of Public Health, Mrs. Laurette Onkelinx, the Luxembourg non-profit organisation CIPIQ-S has drafted a nursing guideline on « **Pressure Ulcer Prevention in Home Care** ».

This guideline is based on the Belgian guideline called « *Belgian Guideline on Pressure Ulcer Prevention* ». (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾⁵ and the international guideline of NPUAP and EPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel & European Pressure Ulcer Advisory Panel 2009) ⁽²⁾ called « *Prevention and treatment of pressure ulcers: Clinical Practice Guideline* », completed with a literature research on home care.

In the Belgian Guideline, a pressure ulcer is described as: « *a degenerative tissue alteration provoked by oxygen deficiency as a result of vasoconstriction by tissue deformation. This deformation is caused by a combination of forces of pressure and shearing* » (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾¹¹⁸.

Since the mid nineties, measurements of prevalence are carried out regularly in all Belgian care settings. In Home Care pressure ulcer prevalence is 6,8% (Paquay et al. 2008) ⁽¹⁰⁾ up to 12,7% (Vandenbroele 1994) ⁽³⁾. However these measurements of prevalence may vary due to multiple causes, the most important one being the use of various observation and classification methods in several studies and /or study populations.

In view of human suffering and social costs, all efforts must be made to avoid pressure ulcers. Even if some of the lesions are unavoidable⁶, pressure ulcer incidence is a nursing care quality criterion. Even though home care nurses feel very responsible for pressure ulcer prevention, it seems to be that not all risk patients are identified and/or that inadequate measures are being applied. Caregivers – even professionals – can develop a wrong idea considering pressure ulcers as a phenomenon connected with old age and infirmity. In home care, more attention is needed because of the fragmented care, equipment issues and the pressure ulcer problem being ignored by the patient and his relatives. The patient's view on his own comfort could actually be the origin of pressure ulcer problems.

A clear definition and risk assessment are the first important steps in pressure ulcer prevention. The risk assessment mostly is carried out using a validated measuring scale (Norton – Braden scale). As well as these validated scales, also the nurse's

⁵ In this RGP, literature references are mentioned. For the literature analyzed by CIPIQ-S, the authors and the date of publication are cited. For references to other articles or studies, a number was added. This reference table is included in the bibliography. So it is possible to distinguish the literature reviewed by the research group of the references cited in the literature (this items have not been read or consulted).

⁶ Wound Ostomy and Continence Nurses Society. **Avoidable versus Unavoidable Pressure Ulcers**. Position Paper, 2009.

clinical judgement matters to identify patients at risk. This indeed allows the nurse to examine to what extent factors such as reduced mobility, skin condition, maceration wounds and incontinence are at the origin of pressure ulcers. A combination of these various methods will allow a better risk assessment.

Regarding measures to take, repositioning should always be applied in all at-risk individuals, for both bedridden and seated patients, combined with the continuous use of pressure reducing systems.

It is recommended to apply an alternate repositioning schedule along with elevated heels: semi-Fowler position 30° - lateral position 30° to the left - semi-Fowler position 30° - lateral position 30° to the right. These positions preferably are applied using a hospital bed with a sufficient amount of space around it.

The amount of time a patient is seated in a chair must be limited. If the patient is positioned on a chair with a slight posterior inclination, his legs on a bench (depending on the quality of the arterial circulation) and seated on an air-filled or viscoelastic foam cushion the least pressure will be provoked and consequently, also carry the lowest pressure ulcer risk.

When repositioning is difficult, the use of an alternating-pressure air mattress is an efficient alternative.

Whatever the position, pressure at the level of the heels must be avoided by placing a cushion underneath the calves, with floating heels.

Repositioning and the use of pressure reducing systems must be combined with skin care at all times. The skin must be protected against moisture and maceration wounds. Skin hydration can reduce cutaneous injury risk.

The use of non-recommended systems and the application of measures, such as synthetic sheepskin pads, eosine, massage or ice frictions, lacking any pressure- or shear-reducing properties and their use being inadequate to prevent pressure ulcers, are discouraged.

Despite the fact that no correlation link has been found between nutritional interventions and pressure ulcer risk, it is recommended to assess the nutritional state of each patient at risk with a user instrument like the MNA-SF®, and to refer each individual with nutritional risk and pressure ulcer risk to a registered dietitian. Each patient with nutritional risk and pressure ulcer risk must be offered a minimum of 30-35 kcal per kg per day, 1.25 – 1.5 g proteins per kg per day and 1ml of fluid intake per kcal per day. The administration of protein supplements added to daily meals is recommended for patients at risk.

Not only must home care nurses be trained in pressure ulcer prevention measures, this is also an essential step to improve practice. The sensibilisation and education of

the patient and his relatives on pressure ulcer prevention strategies are an essential measure to guaranty continuity and coherence of care.

2 Tableau récapitulatif des recommandations générales

1. Evaluation du risque

1. Utiliser une méthode de dépistage validée pour l'identification des patients à risque d'escarres (GRADE 1C) ;

1.1 Facteurs influençant le risque d'escarre

2. Réaliser une approche structurée d'évaluation du risque d'escarre affinée par le jugement clinique de l'infirmier(e), éclairé par la connaissance des facteurs de risque (GRADE 1C) ;
3. Considérer l'impact des facteurs suivants sur le risque individuel de développement d'escarre : les indicateurs nutritionnels (alimentation, poids), les facteurs influençant l'irrigation sanguine et l'alimentation en oxygène (diabète, instabilité cardiovasculaire, etc.), l'humidité de la peau liée à l'incontinence et l'âge avancé (GRADE 1B) ;
4. Considérer l'impact potentiel des facteurs suivants sur le risque individuel de développement d'escarre : les forces de friction et de cisaillement, la perception sensorielle (neuropathie), l'état de santé général (altéré) et la température corporelle (GRADE 1C) ;
5. Considérer tous les patients alités et/ou contraints de rester au fauteuil comme des patients à risque (GRADE 1B) ;
6. Considérer chaque patient présentant un score de 3 ou 4 sur l'échelle de Katz pour l'item « transferts et déplacements » comme patient à risque (opinion d'experts) ;
7. Considérer la présence de plaie de macération sur une zone à risque d'escarres comme un facteur influençant le risque (opinion d'experts) ;
8. Réaliser une inspection complète de la peau fait partie de l'évaluation du risque d'escarres (GRADE 1C) ;
9. Appliquer systématiquement une inspection de la peau chez tous les patients à risque (GRADE 1B) ;

2. Les mesures efficaces et le matériel

2.1 Le changement de position

10. Appliquer le changement de position auprès de chaque patient à risque (GRADE 1A) ;
11. Appliquer le changement de position toutes les 4h, en combinaison avec un matelas réduisant la pression pour les patients à risque (GRADE 1A) ;
12. Appliquer un schéma de mobilisation alternée avec les talons libérés: position semi-fléchie à 30 °- position latérale gauche 30° - position semi-fléchie à 30°- position latérale droite 30° (GRADE 1C) ;
13. Il est préférable d'appliquer la prévention des escarres au moyen d'un lit d'hôpital (opinion d'experts) ;

2.2 Les mesures et le matériel adéquats

2.2.1 Le matériel adéquat

14. Choisir le matériel adapté (matelas, lits et coussins) au patient et à son environnement (opinion d'experts) ;
15. Fournir à chaque patient à risque un système à réduction de pression et l'utiliser continuellement (GRADE 1B) ;
16. Préférer un matelas d'air à pression alternée et les matelas à basse pression (GRADE 1B) ;

2.2.2 La protection des talons

17. Pour chaque patient à risque, libérer les talons à l'aide d'un coussin à placer sous les mollets (GRADE 1B) ;

2.2.3 Les coussins

18. Limiter la durée de la position assise chez le patient, plus particulièrement si la pression n'est pas diminuée (GRADE 1B) ;
19. Positionner les patients à risque en position assise de manière stable sur un coussin de redistribution de pression (GRADE 1B) ;

2.2.4 Les soins de la peau

20. Hydrater la peau sèche du patient à risque pour diminuer le risque de lésions de la peau (GRADE 1B) ;

21. Protéger la peau de l'humidité (opinion d'experts) et des lésions dues à l'incontinence (GRADE 1C) ;

2.2.5 La nutrition

22. Dépister et évaluer l'état nutritionnel de tout individu à risque d'escarres (opinion d'experts) ;

23. Déterminer l'état nutritionnel pour chaque patient à risque de dénutrition à l'aide d'une échelle validée (GRADE 1C) ;

24. Diriger chaque patient à risque de dénutrition vers un diététicien en vue d'une prise en charge adaptée (GRADE 1C) ;

2.3 Les mesures et le matériel inadéquats

25. N'utiliser que du matériel adéquat et n'appliquer que des mesures adéquates pour la prévention des escarres (opinion d'experts) ;

3 La prévention des escarres comme intervention infirmière

3.1 Les connaissances des infirmier(e)s

26. Afin de favoriser l'implémentation des mesures de prévention des escarres, il est recommandé que les infirmier(e)s en soins à domicile suivent des formations traitant des mesures adéquates dans le domaine de la prévention des escarres (GRADE 1C) ;

3.2 L'engagement de l'entourage

27. Eduquer le patient et son entourage sur la stratégie de prévention (opinion d'experts) ;

3.3 L'éducation du patient et de ses proches

28. L'éducation du patient et ses proches sur la problématique des escarres via une brochure-patient augmente la probabilité de l'application des mesures préventives adéquates (GRADE 1C).

3 Méthodologie de rédaction de la recommandation

3.1 Contexte de la thématique

Les escarres constituent une problématique majeure de santé publique. Plusieurs études ont été consacrées au sujet, mettant l'accent sur la prévention et/ou le traitement. Cependant, il n'existe que peu d'études abordant le problème en soins à domicile. La prise en charge des escarres dans les soins à domicile nécessite une priorisation des actions différente de celle du milieu hospitalier et des structures de soins de type MRS (Maison de Repos et de Soins), en raison notamment de la discontinuité des soins, de la structure particulière des lieux de réalisations des soins et de la disponibilité du matériel.

En 2009, le Cabinet du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a chargé la CIPIQ-S de réviser et d'adapter une recommandation belge élaborée sur demande du SPF Santé publique (Defloor et al., *Recommandation belge pour la prévention des escarres*, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Bruxelles, 2004) ⁽¹⁾ au contexte des soins à domicile, dans le cadre du subside accordé pour l'implémentation de l'E-BN dans les soins infirmiers à domicile.

3.2 La construction de la recommandation

3.2.1 Objectif

Cette publication a pour objectif de mettre à disposition des infirmier(e)s en soins à domicile les recommandations evidence-based les plus récentes sur la prévention des escarres.

3.2.2 Les recommandations

Pour l'élaboration de cette recommandation, deux recommandations de bonne pratique (RBP) ont été utilisées comme base de travail. La première recommandation est « *La recommandation belge pour la prévention des escarres* » (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾. A la demande du SPF Santé Publique, la mission de la CIPIQ-S consistait à adapter cette recommandation belge au contexte particulier des soins à domicile.

La seconde recommandation utilisée est la recommandation de l'NPUAP/EPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel / European Pressure Ulcer Advisory Panel 2009) ⁽²⁾. Celle-ci a été retenue étant donné sa publication très récente et sa reconnaissance internationale dans le domaine de la prévention et du traitement des escarres. Par la méthode de consultation manuelle des références, une troisième RBP (CBO 2002) ⁽¹⁰⁾ a été ajoutée pour les domaines plus spécifiques aux soins à domicile. Cette recommandation a été consultée mais a été peu utilisée étant donné son caractère peu récent par rapport aux autres sources utilisées. Ces trois RBP constituent la base de la littérature scientifique nécessaire à l'élaboration de cette nouvelle RBP destinée aux soins à domicile.

- Defloor et al. *Recommandation belge pour la prévention des escarres*. SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, Bruxelles, 2004. ⁽¹⁾
- National Pressure Ulcer Advisory Panel & European Pressure Ulcer Advisory Panel. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline*, 2009. NPUAP. ⁽²⁾
- CBO. *Decubitus: tweede herziening*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, 2002. ⁽¹⁰⁾

Les recommandations ont été analysées et comparées à l'aide de l'outil GRADE (décrit chap. 2.5).

3.2.3 La recherche de la littérature

Une recherche systématique de la littérature scientifique et professionnelle a été réalisée pour compléter les trois RBP retenues. Une première recherche a été effectuée dans le domaine de la prévention des escarres, sans précision du contexte des soins à domicile (dates inclusives de janvier 2008 à août 2011). L'équipe de recherche a choisi de limiter les recherches aux publications postérieures à 2008 étant donné la disponibilité et l'utilisation de la recommandation de l'NPUAP/EPUAP (publiée en 2009, mais dont les recherches ont été clôturées en janvier 2008), considérée comme « gold standard » au niveau international.

Les bases de données explorées étaient :

- a) Medline;
- b) COCHRANE : Cochrane DSR;
- c) Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL).

Sur le plan linguistique, nous nous sommes limités à la littérature en anglais, néerlandais et français. D'autres filtres de recherche n'ont pas été utilisés. Les termes Mesh utilisés sont repris en annexe 9.

Cette première recherche a permis de trouver 16 publications. En se basant sur le titre, 5 publications ont été considérées comme potentiellement intéressantes. Après la lecture des abstracts, ces publications ne répondaient pas aux questions de recherche et n'ont donc pas été retenues.

Une deuxième recherche systématique dans la littérature scientifique spécifique à la prévention des escarres en soins à domicile a également été réalisée (dates inclusives de janvier 2000 à août 2011). La limite a été fixée en 2000, étant donné le peu de publications récentes disponibles sur ce sujet.

Les bases de données explorées étaient :

- a) Medline;
- b) COCHRANE : Cochrane DSR;
- c) Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL).

Sur le plan linguistique, nous nous sommes limités à la littérature en anglais, néerlandais et français. Il n'y a pas eu d'autres filtres de recherche.

Les termes Mesh utilisés sont repris en annexe 9.

Cette recherche a donné 49 publications. Sur base du titre, 6 publications ont été considérées comme potentiellement intéressantes. Après la lecture des abstracts, 3 publications ont été retenues en raison de l'information spécifique pour le domicile.

- Bergquist S. *The quality of pressure ulcer prediction and prevention in home health care*. Applied Nursing Research, 18, 148-154, 2005 ⁽⁶⁾
- Bergstrom N. (2000). Pressure ulcers among home care patients: whose responsibility are they? Journal of the American Geriatrics Society, 48 (9), 2000(8)
- Paquay L., Wouters R., Defloor T., Buntinx F., Debaillie R., & Geys L. Adherence to pressure ulcer prevention guidelines in home care: a survey of current practice. Journal of Clinical Nursing, 17, 627-636, 2008 (35)

Pendant la phase de rédaction, deux articles supplémentaires ont été sélectionnés par la consultation manuelle des références, étant donné qu'ils répondaient aux critères. Deux articles (review) ont également été publiés et retenus durant la phase de rédaction.

- Beeckman D., Schoonhoven L., Fletcher J., Furtado K., Heyman H., Paquay L., et al. *Pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis: effectiveness of the pressure ulcer classification education tool on classification by nurses*. Qual Saf Health Care, 2010 (doc 10.1136/QSHC.2008.028415), published online. ⁽⁵⁾
- Reddy M., Gill S. Rochon P. *Preventing Pressure Ulcers: A Systematic Review*. JAMA, 296, 8, 2006. ⁽³⁹⁾
- McInnes E., Jammali-Basi A., Bell-Syer SEM, Dumville JC, Cullum N., *Support surfaces for pressure ulcer prevention* (review), Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011. ⁽²⁶⁾
- Moore ZEH, Cowman S., *Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers* (Review), Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010. ⁽²⁷⁾

Une recherche de la littérature professionnelle relative aux soins à domicile a également été réalisée (dates inclusives de janvier 2000 à août 2011). Cette recherche a donné 6 articles utiles à notre recommandation:

- Paquay L., & De Cort P. *Preventie van decubitus*. Minerva , 6 (10), 162-163, 2007. ⁽³²⁾
- Paquay L., Wouters R., Defloor T., Buntinx F., Debaillie R., & Geys L. *De kwaliteit van decubituspreventie in de thuisverpleging*. Brussel: Federatie Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, 2004. ⁽³⁶⁾
- Paquay L., Verstraete S., Renild W., Vanderwee K., Defloor T., Buntinx F., et al. *Implementatie van een instructieve patiëntenfolder voor de preventie van doorligwonden in de thuisverpleging*. Brussel: federatie wit-Gele Kruis van Vlaanderen, 2007 ⁽³⁴⁾
- Verstraete S., & Paquay L. *Jaarlijkse decubitusregistratie Wit-Gele Kruis van Vlaanderen*. Brussel: Federatie Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, 2008 ⁽⁴⁵⁾
- WOCN society board of directors. *Avoidable versus unavoidable pressure ulcers*. Wound ostomy and continence nurses society, 2009 ⁽⁴⁶⁾
- Bergquist-Beringer S. , Makosky Daley C., *Adapting pressure ulcer prevention for use inhome health care*, J Wound Ostomy Continence Nur.;38(2):154-154, 2011.⁽⁷⁾

En ce qui concerne le chapitre sur les soins liés à la nutrition, les recommandations internationales ont été complétées par une recherche de la littérature et de la littérature professionnelle focalisée sur des échelles applicables dans le secteur des soins à domicile (dates inclusives de janvier 2000 à août 2011). Cette recherche a encore donné 7 articles utiles à notre recommandation:

- National Pressure Ulcer Advisory Panel & European Pressure Ulcer Advisory Panel. *Recommandations Nutritionnelles dans la prévention et le traitement des escarres*, 2003. ⁽²⁹⁾
- Plan National Nutrition de Santé Belgique (PNNS-B), 2005. https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/PAGE/INTERNET_PG/HOME PAGE_MENU/MIJNGEZONDHEID1_MENU/PRODUCTSDECONSOMMATION1_MENU/ALIMENTATION1_MENU/ALIMENTATION1_DOCS/WETENSCHAPP ELIJKE%20TEKST%20NVGP.PDF ⁽³⁷⁾
- Wouters R., Paquay L., Defloor T., Buntinx F., Debaillie R., Geys L. *Voedingszorg bij patiënten met (risico op) decubitus: Studie op basis van de resultaten van de registratie naar prevalentie van decubitus in de thuisverpleging in Vlaanderen*, 2004. ⁽⁴⁷⁾
- Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA) review of the literature—What does it tell us ?* The Journal of Nutrition, Health & Aging, 2006. ⁽¹⁷⁾
- Kaiser M., Bauer J., Ramsch C., Uter W., Guigoz Y., Cederholm T., Thomas D., Anthony P., Charlton K., Maggio M., Tsai A., Grathwohl D., Vellas B., Sieber C. *Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA®-SF): A practical Tool for identification of nutritional status*. The Journal of Nutrition, Health & Aging, 2009. ⁽¹⁹⁾
- Langer G., Knerr A., Kuss O., Behrens J., Schlömer G., *Nutritional interventions for preventing and traeting pressure ulcers* (Review), Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008. ⁽²⁴⁾
- Kondrup J., Allison SP., Elia M.; et al., *ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002*, Clinical Nutrition 22(4) : 415-421, 2003. ⁽²¹⁾

Tableau 1: Construction de la recommandation

Construction de la RBP:

1. RBP publiées (4)	2. Recherche de la littérature	
	2.a Bases de données (11)	2.b Littérature professionnelle (7)
<ul style="list-style-type: none"> - Defloor et al. 2004 (1) - National Pressure Ulcer Advisory Panel & European Pressure Ulcer Advisory, 2009 (2) - CBO 2002 (10) - National Pressure Ulcer Advisory Panel & European Pressure Ulcer Advisory Panel 2003 (29). 	<ul style="list-style-type: none"> - Bergquist 2005 (6) - Bergstrom 2000 (8) - Paquay, Wouters, Defloor, Buntinx, Debaillie, & Geys 2008 (35) - Guigoz 2006 (17) - Kaiser, Bauer, Ramsch, Uter, Guigoz, Cederholm, Thomas, Anthony, Charlton, Maggio, Tsai, Grathwohl, Vellas, & Sieber 2009 (19) - Reddy, Gill, Rochon 2006 (39) - Beeckman, Schoonhoven, Fletcher, Furtado, Heyman, Paquay, De Bacquer, Defloor 2010 (5) - McInnes, Jammali-Basi, Bell-Syer, Dumville, Cullum 2011 (26) - Moore, Cowman 2010 (27) - Bergquist, Makosy 2011 (7) - Kondrup, Allison, Elia et al. 2003 (21) 	<ul style="list-style-type: none"> - Paquay & De Cort 2007 (32) - Paquay, Wouters, Defloor, Buntinx, Debaillie, & Geys 2004 (36) - Paquay, Verstraete, Wouters, Vaderwee, Defloor, Buntinx et al. 2007 (34) - Verstraete & Paquay 2008 (45) - Wouters, Paquay, Defloor, Buntinx, Debaillie, & Geys 2004 (47) - WOCN society board of directors 2009 (46) - Plan National Nutrition de Santé Belgique (PNNS-B) 2005 (37)

(Tableaux de preuves: voir annexe 1)

Suite à la validation par les experts de la première version de la RBP (mai 2011), des recherches complémentaires ont été menées concernant le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge (prévention et traitement) des escarres en soins à domicile.

Les bases de données explorées étaient :

a) Medline;

- b) COCHRANE : Cochrane DSR;
- c) Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL).

Sur le plan linguistique, nous nous sommes limités à la littérature en anglais, néerlandais et français. Il n'y a pas eu d'autres filtres de recherche. Dates inclusives de la recherche : janvier 1997 – juin 2011. La période couverte ici est beaucoup plus large étant donné le peu de publications disponibles sur le sujet.

Les termes Mesh utilisés sont repris en annexe 9.

Cette recherche a donné 2 articles utiles à cette recommandation :

- Kimara S., Pacala Jt. *Pressure ulcers in adults : family physicians knowledge, attitude, practice preferences and awareness of AHCPR guidelines*, journal of Family Practice, 44 (4) : 361-8, 1997. ⁽²⁰⁾
- Dailey M. *Interdisciplinary collaboration : essential for improved wound care outcomes and wound prevention in home care*, Home health care management and practice, 17(3): 213-21, April 2005. ⁽¹²⁾

Dans le texte, deux types de recommandations sont formulés : des recommandations « générales » et des recommandations « spécifiques ». Les recommandations « générales » sont mises en évidence dans un encadrement gris et sont synthétisées au début de cette RBP. Ces recommandations constituent la ligne directrice à suivre de manière générale dans la prévention des escarres. Les recommandations « spécifiques » sont plus précises et découlent de la recommandation générale. Elles ne sont donc applicables que dans certaines circonstances particulières.

3.3 Expertise de la RBP

3.3.1 Le comité d'accompagnement de la CIPIQ-S

Le comité d'accompagnement de la CIPIQ-S est constitué d'experts dans le domaine de la qualité et de la gestion de projet (cfr Comité d'accompagnement de la CIPIQ-S p.2-3). Il a pour mission d'accompagner le travail des chargés de recherche et de valider leurs productions avant diffusion aux autres groupes.

3.3.2 Le groupe des experts

La version martyre de la RBP est expertisée en ce qui concerne la méthodologie de recherche et le contenu au cours du mois de mars 2011. Cette validation est réalisée par un groupe d'experts composé d'infirmier(e)s spécialisé(e)s ainsi que de médecins spécialistes et généralistes (4 francophones et 4 néerlandophones), ayant une expertise dans le domaine de la prévention, des escarres et de la méthodologie de recherche. Une réunion de consensus les réunissant a eu lieu en août 2011.

3.3.3 Le groupe de résonance

Le groupe de résonance a pour rôle d'analyser la RBP sous l'angle de son applicabilité sur le terrain.

Il est constitué des infirmier(e)s relais formé(e)s à l'E-BN en 2007, 2008 et 2009 ou ayant une expertise dans le domaine concerné et de médecins généralistes, notamment des associations Domus Médica et SSMG.

Le recrutement des relais a été réalisé au travers de notre réseau (auprès d'infirmiers indépendants) et auprès des directions des associations de salariés.

L'évaluation de la recommandation a été, entre autres, réalisée sur base de la Grille d'évaluation AGREE II. Une synthèse de cette évaluation par le groupe de résonance figure en annexe 10. De manière générale, le groupe de résonance évalue cette recommandation sur « *La prévention des escarres en soins à domicile* » comme un outil de bonne qualité reposant sur une méthodologie solide. Elle est bien documentée (preuves probantes, photos, etc.). Moyennant quelques adaptations/précisions au niveau du texte, cette RBP est à recommander à tous les prestataires du domicile.

Une information sur la RBP serait également utile en complément de sa diffusion afin d'informer les prestataires de soins sur l'évolution des moyens mis à leur disposition.

Suite à aux remarques formulées par le groupe de résonance, la RBP a été retravaillée dans le souci d'améliorer la clarté et la visibilité des informations importantes.

Les représentants de patients à domicile ainsi que les aidants informels n'ont pas été consultés pour la réalisation de cette recommandation, destinée aux infirmier(e)s et médecins généralistes. Ils seront cependant consultés et invités à participer à l'élaboration des outils (brochures et posters), synthétisant les recommandations énoncées.

3.3.4 Le CEBAM

Le CEBAM a pour mission de valider le contenu et la méthode d'élaboration de la recommandation. Cette évaluation est réalisée après la validation du groupe des experts et du groupe de résonance. L'équipe de recherche apportera ensuite les modifications nécessaires à la recommandation, s'il y a lieu.

3.4 Révision et diffusion de la recommandation

Les preuves scientifiques des recommandations évoluant progressivement, elles ne sont validées que pour une période courte. La révision de cette recommandation est

recommandée pour 2015. Une recherche et une analyse complète de la littérature scientifique publiée de septembre 2011 jusqu'en 2015 sera réalisée selon une méthodologie similaire à la présente recherche. Le texte de cette RBP ainsi que les recommandations formulées seront ensuite actualisés, sur base des dernières preuves scientifiques publiées.

L'élaboration des outils de diffusion de cette recommandation sera réalisée dans une seconde phase. Celle-ci se fera en collaboration avec les personnes relais du terrain afin de répondre au mieux à leurs attentes et de permettre une applicabilité optimale de cette recommandation. La diffusion de la RBP et ses outils sera effectuée sur base d'une stratégie de communication proposée par la CIPIQ-S et validée par le service communication du SPF santé Publique. Elle consiste en la publication de la recommandation sur les sites web de la CIPIQ-S, du SPF et du CEBAM ainsi que la diffusion, auprès du public cible, d'une brochure et d'un poster synthétisant la RBP. Le public cible étant constitué par les infirmier(ère)s en soins à domicile et les associations scientifiques des médecins généralistes en Belgique.

3.5 Classification des recommandations

Le système de classification GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*) (Van Royen 2002) ⁽⁴²⁾ a été utilisé pour attribuer le niveau de preuve et le degré de recommandation des messages clés, véhiculés dans la littérature scientifique utilisée. Les chercheurs ont participé à des réunions organisées par Domus Médica, afin de mieux maîtriser la méthodologie et l'utilisation du système de classification GRADE.

Ce type de classification établit une distinction entre le niveau de preuve et le degré de recommandation. En fonction de divers éléments tels que le type ou le design de l'étude (RCT, essai clinique, étude de cohorte, étude d'observation), la qualité méthodologique, la cohérence et le caractère direct de preuve de l'étude, un niveau de preuve (level of evidence) est attribué à la recherche scientifique. Ce niveau de preuve représente la validité/l'exactitude de la recommandation sur base de la qualité des preuves. Le degré de recommandation indique quant à lui la mesure avec laquelle le respect de la recommandation aura des effets plus bénéfiques que néfastes ⁽⁴²⁾.

Les **niveaux de preuves** sont au nombre de trois (A, B, C), le niveau A représentant le plus haut niveau de preuve. **Le degré de la recommandation** (1= fortement recommandé et 2 = non recommandé) représente la mesure selon laquelle il y a plus d'avantages que d'inconvénients à suivre cette recommandation. Le système de classification GRADE s'appuie donc sur une association entre les niveaux de

preuves et le degré de recommandation pour donner une combinaison chiffre-lettre et mieux répondre aux besoins du terrain.

Par exemple :

« Réaliser le changement de position pour diminuer la durée et l'ampleur de la pression sur les zones à risque » GRADE 1A (NPUAP & EPUAP 2009)

A = Plus haut niveau de preuve (cette recommandation repose sur plusieurs RCT aboutissant aux mêmes conclusions)

1 = Fortement recommandé. Les avantages prédominent nettement sur les inconvénients lors de l'application de cette recommandation dans la plupart des cas.

« Surélever les talons de sorte qu'aucune pression ne s'exerce à hauteur des tendons d'Achille, et ce dans une position avec les genoux légèrement fléchis » GRADE 1C (NPUAP & EPUAP 2009)

C = Faible niveau de preuve (recommandation basée sur des preuves indirectes résultant d'une étude d'observation)

1 = Fortement recommandé. Les avantages prédominent nettement sur les inconvénients lors de l'application de cette recommandation dans la plupart des cas.

Les deux tableaux suivants reprennent les critères d'attribution des niveaux de preuves et les degrés de recommandation.

Tableau 2 : Critères d'attribution des niveaux de preuve (Van Royen 2002) ⁽⁴²⁾

Type d'étude:

• RCT sans restrictions en double aveugle ou preuves très convaincantes d'études d'observation (car étude d'intervention impossible en raison du risque vital pour le patient) = **HAUT (A)** (une recherche plus approfondie ne changera probablement pas la confiance dans l'estimation de l'effet);

- RCT avec restrictions ou preuves solides d'études d'observation = **MOYEN (B)** (une recherche plus approfondie devrait influencer de manière importante l'estimation de l'effet) ;

- études d'observation / études de cas et RCT avec restrictions majeures = **FAIBLE (C)** (une recherche plus approfondie influencera très probablement de manière importante la confiance dans l'estimation de l'effet, qui est incertaine).

Facteurs qui influencent à la baisse la qualité méthodologique des études:

- limitations de la qualité d'étude (pertinence clinique, reproductibilité des résultats, méthode de recherche et analyse statistique),
- incohérence des résultats,
- caractère indirect de preuve (population, intervention et critères indirects),
- données imprécises ou non exhaustives (larges intervalles de confiance),
- risque de biais de publication.

Facteurs qui influencent à la hausse la qualité méthodologique des études :

- ampleur de l'effet ou preuve solide d'association (preuve directe, $RR > 2$ ou $RR < 0,5$) sans risque de facteurs confondants, ou très forte preuve d'association (preuve directe, $RR > 5$ ou $RR < 0,2$, validité non menacée);
- tous les facteurs confondants possibles auraient induit une diminution de l'effet;
- preuve d'une relation (*gradient*) dose-réponse.

Tableau 3 : Degrés de recommandation (Van Royen 2002) ⁽⁴²⁾

Degrés de recommandation		Avantages versus inconvénients et risques	Qualité méthodologique des études	Implications
1 A	Forte recommandation, haut degré de preuve	Nette prédominance des avantages sur les inconvénients/risques	RCT sans restrictions ou preuves très convaincantes d'études d'observation	Forte recommandation, peut s'appliquer à la plupart des patients et dans la plupart des cas
1 B	Forte recommandation, degré moyen de preuve	Nette prédominance des avantages sur les inconvénients/risques.	RCT avec restrictions ou preuves solides d'études d'observation	Forte recommandation, peut s'appliquer à la plupart des patients et dans la plupart des cas

1 C	Forte recommandation, degré faible ou très faible de preuve	Nette prédominance des avantages sur les inconvénients/risques	Etudes d'observation ou études de cas	Forte recommandation, mais cela peut changer moyennant preuves disponibles de degré plus élevé.
2 A	Faible recommandation, haut degré de preuve	Equilibre entre avantages et inconvénients/risques	RCT sans restrictions ou preuves très convaincantes d'études d'observation	Faible recommandation, la meilleure action peut différer en fonction des circonstances, des patients ou des valeurs sociales
2 B	Faible recommandation, degré moyen de preuve	Equilibre entre avantages et inconvénients/risques	RCT avec restrictions ou preuves solides d'études d'observation	Faible recommandation, la meilleure action peut différer en fonction des circonstances, des patients ou des valeurs sociales
2 C	Faible recommandation, degré faible ou très faible de preuve	Incertitude quant aux avantages et inconvénients – équilibre possible entre les deux.	Etudes d'observation ou études de cas ou RCT avec restrictions majeures	Très faible recommandation, des alternatives peuvent tout autant se justifier.

Un quatrième niveau de preuve (non repris dans la classification GRADE) intitulé « **Opinion d'experts** » est utilisé dans cette recommandation. Il s'agit de recommandations issues de la littérature émises par des experts de terrain, qui peuvent s'avérer très utiles pour la pratique sur le terrain. Ce niveau de preuve, accordé sur base d'un consensus, est faible et vient se positionner après le niveau C.

Grâce au système de classification GRADE, les niveaux de preuve des sources scientifiques peuvent être déterminés dans le cadre de l'élaboration de cette recommandation de bonnes pratiques.

Les niveaux de preuve des recommandations présentées sont cependant susceptibles d'évoluer à l'avenir, suite à l'évolution dans le domaine de la recherche.

4 La recommandation « Prévention des escarres en soins à domicile »

4.1 Introduction

Les escarres constituent une problématique fréquente de santé publique, particulièrement en soins à domicile. En effet, les infirmier(ère)s en soins à domicile

mentionnent être souvent confronté(e)s à la problématique des escarres dans leur pratique quotidienne (Verstraete & Paquay 2008)⁽⁴⁵⁾. Les chiffres de prévalence se situent entre 8 et 35%⁷. Ces chiffres sont variables et difficiles à comparer notamment suite aux différentes méthodes d'observation et de classification utilisées pour ces études et à la définition de la population étudiée. L'admission réduite en milieu hospitalier et le glissement des soins de deuxième et troisième ligne vers les soins de première ligne ont pour conséquence une augmentation de la prévalence des patients avec risque d'escarres en soins à domicile. Cette situation devrait encore augmenter à l'avenir (Defloor et al. 2004)⁽¹⁾. La prévention des escarres a donc une grande importance, malgré le manque de taux de prévalence précis et ajustés aux soins à domicile.

En soins à domicile, la prévention des escarres est plus difficile à mettre en œuvre à cause des limites de temps, de moyens et d'environnement. Quotidiennement, les infirmier(ères)s ne sont présent(e)s chez les patients que pour une durée limitée. La prévention des escarres exige donc beaucoup d'implication de la part des aidants informels. Cela entraîne une charge supplémentaire conséquente pour les membres de la famille, souvent âgés eux-mêmes, et les proches, rendant ces soins plus difficiles à administrer à domicile (Paquay et al. 2007, Defloor et al. 2004)^{(34) (1)}.

Pour la prévention des escarres, du matériel supplémentaire, comme un matelas réduisant la pression ou un lit adapté (type lit d'hôpital) est à prévoir et à financer par le patient. En raison de leur coût, certains types de matériel ou d'appareil utiles sont insuffisamment, tardivement, voire pas mis en place chez tous les patients. Cependant, ils sont importants voir nécessaires pour la prévention des escarres. Leur utilisation pourrait diminuer la douleur et éviter des inconvénients et des coûts supplémentaires pour le patient et sa famille pour, finalement, permettre de réaliser une économie pour la société (Defloor et al. 2004)⁽¹⁾. Malgré toutes ces difficultés organisationnelles, un matelas réduisant la pression, un lit adapté, une chaise appropriée, un lève-personne, etc. sont des matériaux efficaces généralement disponibles librement pour les patients à domicile⁸.

La recherche a montré que la mise en œuvre des recommandations evidence-based contribue à prévention des escarres. Les infirmier(e)s en soins à domicile devraient donc être au courant de ces recommandations evidence-based afin d'être capables d'informer le patient et ses proches et de les impliquer au maximum dans l'application des mesures de prévention des escarres (Baier et al. 2003, Bates-Jensen et al. 2003, Saliba et al. 2003, Wipke-Tevis et al. 2004 in Paquay et al. 2007)⁽³⁴⁾. Cette directive doit permettre aux acteurs du secteur des soins à domicile d'être en mesure d'appliquer les règles de prévention des escarres mais également

⁷ Voir point 4: épidémiologie

⁸ Le patient peut être référé vers sa mutualité ou vers un magasin spécialisé

de pouvoir dispenser des conseils à l'entourage du patient quotidiennement (WOCN society board of directors 2009, Paquay et al. 2007, 2008) ^{(46) (34) (35)}.

Cette recommandation a pour objectif de conseiller les professionnels du domicile (infirmier(e)s, aides-soignant(e)s, médecins, etc.) dans la mise en œuvre des mesures de prévention des escarres, tant chez les personnes âgées que chez les patients plus jeunes, immobilisés par exemple suite à un accident de roulage, une pathologie neurologique ou neuromusculaire etc.

Cette recommandation n'aborde pas la problématique spécifique de la gestion de la douleur et de la prévention des escarres dans le cadre des soins palliatifs en soins à domicile, qui devrait faire l'objet de deux recommandations de bonne pratique à part entière. En effet, la situation des patients en fin de vie requiert une approche différente de la gestion de la douleur, du confort physique et psychologique du patient, entraînant par conséquent une adaptation des mesures de prévention des escarres.

Dans un souci de transparence, les coûts liés à l'achat du matériel de prévention (matelas, coussins, etc.) n'ont pas été évalués par l'équipe de recherche dans cette RBP. De plus, la qualité et les coûts de ces produits sont en constante évolution, ce qui nécessite une étude très régulière des produits proposés sur le marché.

4.2 Questions de recherche

Pour les chercheurs, il est important de pouvoir donner des réponses pertinentes et fondées sur des données probantes à la problématique de la prévention des escarres dans la pratique quotidienne des soins à domicile. L'objectif étant d'identifier les patients à risque et les interventions adéquates.

Sur base des RBP consultées et des recherches complémentaires effectuées, les questions de recherche suivantes ont été posées :

- Comment identifier les patients à risque d'escarre en soins à domicile ?
- Comment appliquer une démarche de prévention des escarres ?
- Quels sont les rôles de l'infirmier(ère) en soins à domicile dans la prévention des escarres ?
- Quelles sont, pour les soins à domicile, les mesures efficaces pour la prévention des escarres ?

La recommandation sera accompagnée d'outils de diffusion (une brochure, un poster,...) et sera disponible sur le site web de la CIPIQ-S, du SPF et du CEBAM.

4.3 Définition

Une escarre est une lésion cutanée, et/ou une lésion des tissus sous-jacents, localisée le plus souvent à hauteur des structures osseuses, faisant suite à une compression, parfois en combinaison avec des forces de frottement/cisaillement (NPUAP & EPUAP 2009) ⁽²⁾.

Dans la recommandation belge, une escarre est décrite comme : « *une altération dégénérative des tissus, causée par une hypoxie résultant d'une vasoconstriction par déformation tissulaire. Cette déformation est causée par une combinaison de forces de pression et de cisaillement* » (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾.

Les termes suivants : « escarre », « ulcère de pression », « lésion de décubitus » etc. sont souvent rencontrés dans la littérature et sont considérés comme synonymes. Ces termes proviennent généralement de traductions d'autres langues en français (anglais, néerlandais, etc.) mais désignent des lésions de même type et d'origine identique.

Le terme « escarre » est normalement utilisé pour désigner une plaie de catégorie III et IV (cfr Classification de l'NPUAP & EPUAP). Cependant, ce terme sera employé dans cette recommandation de manière générale pour désigner toute lésion due à une compression, parfois combinée à des forces de frottement/cisaillement.

4.4 Epidémiologie

Pour l'examen de l'occurrence des escarres, on peut étudier la prévalence⁹ et l'incidence¹⁰ de celles-ci. La mesure de la prévalence est une des méthodologies les plus utilisées pour la compréhension de l'importance de la problématique des escarres. La prévalence des escarres est définie comme le nombre de patients qui présentent une escarre à un certain moment. Il s'agit donc d'une mesure réalisée à un instant précis (Vanderwee 2006) ⁽⁴⁴⁾.

Les chiffres de prévalence internationale varient de 10,1% à 23,3% en soins aigus et de 2,3% à 33,4% en soins chroniques (Vanderwee 2006) ⁽⁴⁴⁾.

En Belgique, le Ministère Fédéral de la Santé et de l'Environnement a chargé le Groupe Belge d'Assurance Qualité sur la Prévention des escarres chargé d'effectuer, de 1995 à 2000, une mesure de prévalence avec pour objectif de dresser la carte de la problématique des escarres.

En 1995, la prévalence globale des escarres dans les institutions belges était estimée à 13,6% et en 2000, à 10,7% (11,4% dans les maisons de repos) (Le Groupe Belge d'Assurance Qualité sur la Prévention des escarres 2000) ⁽²⁵⁾.

⁹ Prévalence : Nombre de personnes souffrant d'une affection déterminée dans une population, à un moment donné.

¹⁰ Incidence : Nombre de nouveaux cas apparus au sein d'une population pendant une période donnée.

En 2006, Vanderwee et al. ont rapporté une prévalence des escarres dans les instituts de santé en Belgique de 8,0 à 34,9% selon la classe d'âge (0-59 ans: 8,0% • 60-69 ans: 11,7% • 70-79 ans: 31,1% • 80-89 ans: 34,9% • ≥90 ans: 14,9%). L'étude de Defloor et al. (2008) réalisée dans les hôpitaux belges auprès de 19886 patients, a révélé une prévalence de 12,1% pour les escarres de catégorie 1 à 4.

Dans une étude incluant 811 patients en soins à domicile, Vandenbroele et al. (1994) ont rapporté une prévalence de 12,7%.

Bien que les chiffres de prévalence internationaux soient connus, une étude comparative est difficile. En effet, ces chiffres sont fortement influencés par des divergences dans la méthodologie, la définition de la population étudiée mais aussi par la définition de ce qu'est une escarre ainsi que par de nombreux facteurs confondants (tranche d'âge, genre, sexe, milieux sociaux,...etc.) (Bours GJJW 2000, Vanderwee 2006) ^{(9) (44) 11}

Aux Pays-Bas, des résultats assez récents sur la prévalence des escarres sont disponibles et sont issus des chiffres nationaux de prévalence annuels (Halfens et al. 2010) ⁽¹⁸⁾. En 2010, ils ont enregistré une prévalence moyenne générale pour les escarres de 7,8% (soins aigus, soins chroniques et soins à domicile confondus), et une prévalence de 4,3% pour les soins à domicile uniquement. Parmi les patients présentant des plaies d'escarres en soins à domicile, 58,5% des plaies sont de catégorie 1, 23% de catégorie 2, 14,5% de catégorie 3 et 4 % de catégorie 4 (Halfens et al. 2010) ⁽¹⁸⁾. Dans le cadre d'une étude de prévalence aux Etats-Unis, Ferrell et al. (2000) ont étudié la qualité de la prévention des escarres pour 3084 patients en soins à domicile et ont mis en évidence une prévalence de 9,12%. En outre, ils ont constaté que la qualité des mesures des mesures préventives appliquées était faibles. En Belgique, une étude a été réalisée en Flandres par Paquay et al. (2008) et a mis en évidence un taux de prévalence des escarres de 6,8%, sur base d'un échantillon de 2779 patients issus des soins à domicile.

4.5 La classification des escarres : classification de l'NPUAP & EPUAP

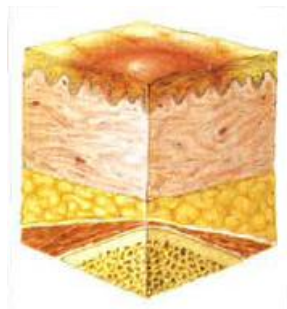

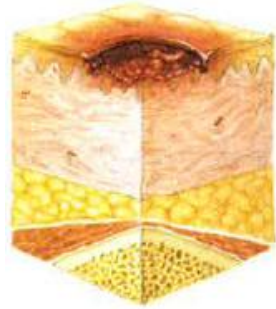
Cette recommandation se focalise exclusivement sur la prévention des escarres. Afin de réaliser cette prévention de manière optimale, les infirmier(ère)s doivent être capables de reconnaître les lésions de décubitus (de les différencier des lésions dues à l'humidité ou plaies de macération) et de les décrire le plus objectivement possible, afin d'adapter les mesures de prévention en conséquence, et d'éviter ainsi l'aggravation ou l'apparition d'autres lésions.


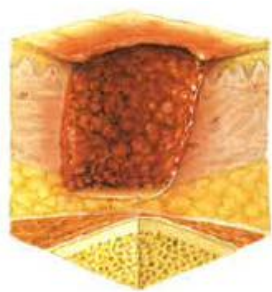

La classification de l'NPUAP & EPUAP est un instrument de diagnostic non descriptif de l'état des plaies de décubitus. Les lésions de décubitus sont partagées en 4

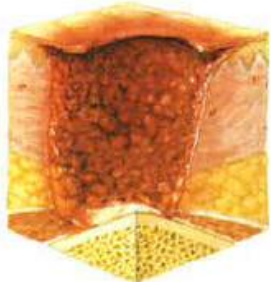
¹¹ Une étude publiée récemment en France confirme la variation des chiffres de prévalence dans plusieurs pays
(Les escarres - d'une problématique médicale à un projet d'organisation institutionnel – MeaH, 2007)

catégories. Ce sont des formes d'apparition et non des phases qui se suivent nécessairement. Cette classification tient compte du fait que dans la réalité, certaines escarres peuvent évoluer d'une catégorie I vers la catégorie IV, sans étape visible intermédiaire.

Tableau 4 : Système de classification de l'EPUAP & NPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline*, 2009) ⁽²⁾
http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_French.pdf

	Définition	Photos
<p>Catégorie I :</p> <p>Erythème persistant qui ne disparaît pas à la pression</p>	<p>Peau intacte avec érythème/rougeur persistante qui ne disparaît pas à la pression sur une zone bien délimitée, situé habituellement sur une proéminence osseuse. Pour les peaux foncées, le blanchiment pourrait ne pas être visible.</p> <p>La zone concernée peut être douloureuse, indurée, molle, oedématisée, plus chaude ou plus froide que les zones adjacentes. Il est possible que la catégorie 1 soit difficile à détecter chez les individus à la peau foncée. Ce type de patient est considéré comme « à risque ».</p>	 
<p>Catégorie II :</p> <p>Atteinte partielle</p>	<p>Perte tissulaire partielle du derme qui se présente sous la forme d'une ulcération peu profonde avec un lit de plaie rouge rosé, sans fibrine. Elle peut également se présenter comme une phlyctène fermée ou ouverte, remplie d'un liquide séreux clair ou séro-sanguinolent. Elle se présente comme une ulcération peu profonde sèche ou humide/brillante, sans fibrine ni ecchymose*.</p>	

	<p>Cette catégorie ne devrait pas être utilisée pour décrire les dermabrasions, brûlures, dermites du siège associées à l'incontinence (« Incontinence Associated Dermatitis » ou IAD), la macération ou l'excoriation.</p> <p>*L'ecchymose indique une atteinte profonde des tissus.</p>	 <p>NPUAP.org Copyright © 2011 Gordian Medical, Inc. dba American Medical Technologies</p>
<p>Catégorie III :</p> <p>Perte complète de tissu cutané</p>	<p>Perte complète de tissu cutané. Le tissu adipeux de l'hypoderme peut être visible, mais l'os, les tendons ou les muscles ne sont pas exposés. Il peut y avoir la présence de fibrine mais sans que celle-ci masque la profondeur de la perte tissulaire. Elle peut inclure du sous-minage ou des tunnélisations. La profondeur de l'escarre de Catégorie III dépend de sa localisation anatomique. Pour les ailes du nez, l'oreille, l'occiput et la malléole, qui sont dépourvus de tissus sous-cutanés (adipeux), les escarres de Catégorie III peuvent être superficielles. Au contraire, les zones avec un tissu adipeux important peuvent développer des escarres de Catégorie III extrêmement profondes. L'os et les tendons ne sont pas visibles ou directement palpables.</p>	  <p>NPUAP.org Copyright © 2011 Gordian Medical, Inc. dba American Medical Technologies</p>
<p>Catégorie IV:</p> <p>Perte tissulaire complète</p>	<p>Perte tissulaire complète avec exposition osseuse, tendineuse ou musculaire. De la fibrine ou de la nécrose peut être présente. Souvent, elle présente des sous-minages et tunnélisations. La profondeur de l'escarre de catégorie IV dépend de sa localisation anatomique. Pour les ailes du nez, l'oreille, l'occiput et la</p>	

	<p>malléole qui sont dépourvus de tissus sous-cutanés (adipeux), les escarres de Catégorie IV peuvent être superficielles. L'escarre de Catégorie IV peut s'étendre au muscle et/ou aux structures de soutien (comme le fascia, les tendons ou les capsules articulaires) ce qui rend possible la survenue d'une ostéomyélite ou d'une ostéite. L'os et les muscles sont exposés, visibles ou directement palpables.</p>	 
--	--	---

Photos : NPUAP & EPUAP (2009) (2)

Toutes les lésions ne constituent pas une escarre. En pratique, il est très difficile de distinguer les plaies de macération des escarres ainsi que des lésions dues à la friction. Dans ce cas, il est important de rechercher la cause et de se rendre compte qu'elles exigent chacune une approche différente. Pour les escarres, la prévention se focalise sur la neutralisation des forces de pression et de cisaillement, et éventuellement sur l'anticipation par rapport aux facteurs influençant la tolérance du tissu.

Une description étendue des caractéristiques différentielles des escarres et des plaies de macération figure dans le chapitre 4.7.1.2.2.

4.6 La physiopathologie des escarres

L'apparition d'escarres résulte d'une combinaison de forces et de facteurs, schématisée par le modèle conceptuel ci-dessous :

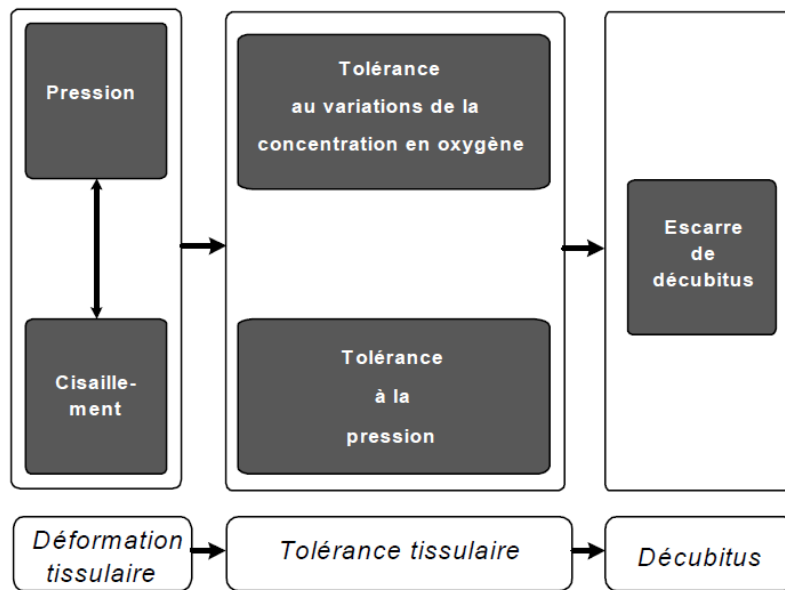


Figure 1 : Modèle conceptuel (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾

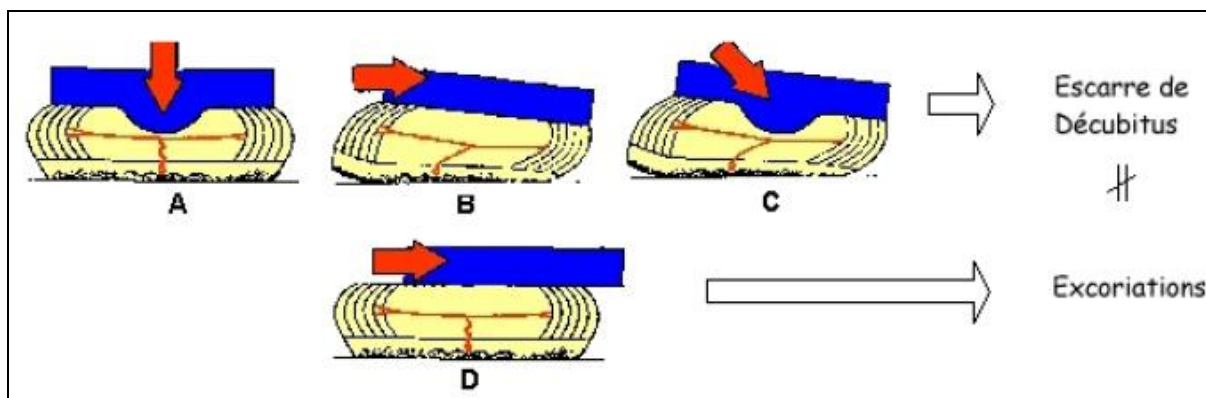
4.6.1 L'étiologie des escarres

Les escarres sont causées par une combinaison de forces de pression et de cisaillement. Ces forces provoquent une déficience en oxygène dans les tissus entraînant un dommage de ceux-ci : l'escarre.

La force perpendiculaire exercée sur le tissu correspond à la pression. Si cette pression exercée est plus importante que celle présente dans les vaisseaux sanguins, ceux-ci se collabent et l'oxygénation des tissus est entravée.

Le cisaillement est le résultat de forces extérieures qui s'exercent parallèlement au tissu. Lorsque ces forces extérieures sont inférieures à la force d'adhésion de la peau au support le tissu se déforme, entraînant une hypoxie et un risque de formation d'escarres.

Le cisaillement avec déformation des tissus ne doit pas être confondu avec les forces de friction. Les forces de friction s'exercent parallèlement au tissu mais sans déformation de celui-ci et peuvent entraîner la formation de phlyctène ou d'excoriation de la peau mais pas d'escarre.



A = pression / B = cisaillement / C=déformation (= A+B) / D = friction

Figure 2 : Etiologie des escarres (photo : Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾

D'autres facteurs de causalité des escarres sont regroupés sous le concept de « tolérance tissulaire ». Elle comprend notamment les caractéristiques individuelles du patient déterminant l'apparition d'une escarre, provoquée par des forces de pression et de cisaillement. La capacité tissulaire à redistribuer la pression, la déshydratation, l'état nutritionnel, le stress, les médicaments influant sur la circulation périphérique, ainsi que certaines pathologies comme le diabète sucré et la BPCO sont également des facteurs qui déterminent le niveau de la tolérance tissulaire (Defloor et al. 2004, NPUAP & EPUAP 2009) ^{(1) (2)}.

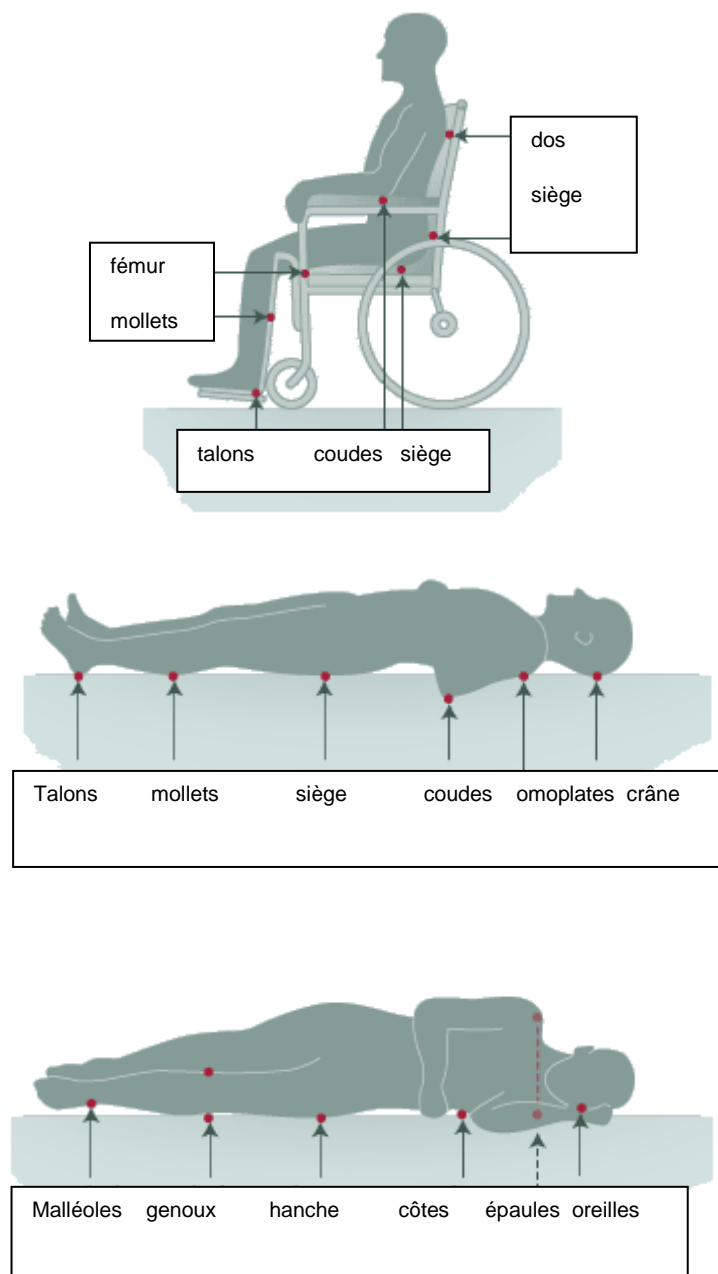
4.6.2 Localisation

L'escarre est principalement localisée sur les points de saillies osseuses où une pression augmentée se produit sur le tissu. En position dorsale, les parties du corps à risque sont principalement les talons, le siège, les coudes, l'occiput, les omoplates et la colonne vertébrale. En position latérale, les zones à risque sont principalement les hanches (fémur), les malléoles, les genoux, les côtes, les épaules et les oreilles. En position ventrale, ce sont principalement les pavillons de l'oreille, les joues, les épaules, la poitrine, les parties génitales (chez l'homme), la poitrine (chez la femme), les genoux et les orteils. En position assise, le siège, les ischiens, les coudes et les talons sont les zones à risque.

Tableau 5 : Zones à risque de développement d'escarres

Positions	Zones à risque
Dorsale	Les talons, le siège, les coudes, l'occiput, les omoplates et la colonne vertébrale.
Latérale	Les hanches (fémur), les malléoles, les genoux, les côtes, les épaules et les oreilles.
Ventrale	Les pavillons de l'oreille, les joues, les épaules, la poitrine, les parties génitales (chez l'homme), la poitrine (chez la femme), les genoux et les orteils.
Assise	Le siège, les ischions, les coudes et les talons.

Figure 3: Zones à risque de développement d'escarres



Source images: Nationaal Multiple Sclerose Centrum VZW, 2010

<http://www.mscentre.be/nl/zorgaspecten/doorligwonden.html>

4.7 La prévention des escarres en soins à domicile

Une des conclusions de l'étude "*Interventions essentielles en soins à domicile*"¹² est que les infirmier(ères) en soins à domicile considèrent la prévention des escarres comme une des tâches les plus importantes de leurs missions. Les interventions infirmières, associées aux soins de la peau et à la prévention des escarres, présentent un score important dans la hiérarchie des soins appliqués aux patients du domicile. Dans cette étude, 272 interventions ont été classées par ordre d'importance, sur base des scores moyens qui leur ont été attribués par les infirmier(ère)s. Un résumé détaillé de cette étude révèle que 99,53% des répondants considèrent la prise en charge des escarres au domicile comme « très importante ». En ce qui concerne la prévention des escarres, l'étude met en évidence que 98.17% des infirmiers(ères) la considère comme "très importante". Par conséquent, cette étude démontre que ces interventions sont considérées parmi les plus importantes dans leur pratique (De Vlieghe 2002)⁽¹³⁾.

Malgré cette importance attribuée à la prévention des escarres au domicile, l'étude belge de Paquay et al. (2008), réalisée en Flandre, où le risque a été évalué sur base du jugement clinique en combinaison avec l'échelle de Braden démontre cependant que les mesures de prévention adéquates ne sont pas toujours appliquées chez tous les patients à risque ou présentant une ou plusieurs escarres. Les causes de cette non-application des mesures adéquates proviennent, entre autres, d'un manque de connaissance des mesures préventives adéquates et une évaluation inadéquate du risque d'escarre par les infirmier(e)s, conduisant notamment à la conclusion que le jugement clinique de l'infirmier(e) est perfectible. Généralement, la prévention consistait en une combinaison de mesures adéquates et inadéquates.

La prévention a donc pour objectif de réduire l'importance et la durée des forces de pression et de cisaillement, et de gérer les facteurs influant la tolérance tissulaire. La mise en œuvre continue des mesures préventives est nécessaire tant que le risque d'escarres est présent (NPUAP & EPUAP 2009, Defloor et al. 2004)^{(2) (1)}.

4.7.1 Evaluation du risque

¹² De Vlieghe K, Legiest E, Paquay L, Wouters R, Debaillie R, Geys L. **Kerninterventies in de thuisverpleegkunde (KIT)** Brussel: Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, oktober 2002.

L'objectif principal de cette étude était de mieux comprendre les actes infirmiers et de définir les interventions les plus fréquentes en soins à domicile.

Généralement, en soins à domicile, lorsque l'infirmier(ère) se trouve au chevet du patient, il (elle) est souvent seul(e) et peut difficilement communiquer oralement avec ses collègues et les autres professionnels du domicile. Cette situation complique la concertation directe en ce qui concerne l'évaluation du risque d'escarre et le suivi de la prise en charge. Pour cette raison, il est essentiel d'appliquer une méthode d'évaluation du risque d'escarres uniformisée et de documenter cette démarche dans le dossier patient, afin d'en assurer le suivi. Un instrument de dépistage simple et clair peut faciliter les choses. Dans le chapitre « Evaluation des risques », un outil de dépistage possible est disponible.

RECOMMANDATION GENERALE

1. Utiliser une méthode de dépistage validée pour l'identification des patients à risque d'escarres (GRADE 1C) ;

RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES

- Former les collaborateurs afin qu'ils puissent réaliser une évaluation du risque précise et fiable (GRADE 1B)
- Documenter chaque évaluation du risque dans le dossier patient (GRADE 1C)
- L'évaluation du risque d'escarres doit être réalisée fréquemment et de façon cohérente (GRADE 1C)
- Une évaluation du risque doit être réalisée systématiquement lorsque la situation du patient évolue (GRADE 1C)
- L'évaluation du risque ne se base pas uniquement sur l'utilisation d'une échelle de risque mais également sur le jugement clinique de l'infirmier(e) (GRADE 1C)
- En présence d'une rougeur ne disparaissant pas à la pression, combinée au jugement clinique de l'infirmier(e) et à l'évaluation du risque d'escarre via une échelle validée, débuter immédiatement la prévention, ou l'intensifier (Opinions d'experts)

Ferrell (2000) ⁽¹⁶⁾ souligne la nécessité de réaliser une évaluation du risque d'escarres pour chaque patient à domicile. Cette évaluation devrait être effectuée systématiquement à l'occasion de chaque nouvelle prise en charge à domicile. Cette évaluation doit être répétée régulièrement, selon une fréquence déterminée au niveau de l'équipe de soins, étant donné qu'il n'y a pas de fréquence recommandée au niveau de la littérature. Une stratégie d'évaluation du risque et de gestion du risque doit donc être rédigée par les responsables en soins à domicile et être intégrée dans la pratique quotidienne. La reconnaissance des patients à risque et la mise en place de dispositions adéquates pour ces patients ont pour objectif la réduction de la prévalence des escarres et l'amélioration de la qualité de vie des patients (Bergquist 2005) ⁽⁶⁾.

L'application des mesures de prévention a donc un objectif d'efficience. Il s'agit en effet d'identifier et de faire bénéficier les patients à risque d'une prévention adéquate, et de ne pas appliquer de mesures préventives chez les patients dont l'état ne le nécessite pas.

L'évaluation et la détermination du risque d'escarres constituent donc la première étape dans la prévention des escarres. Une identification correcte des patients qui nécessitent des mesures de prévention est importante en vue de débiter à temps les mesures de prévention, uniquement pour les patients qui sont à risque de développer effectivement des lésions de décubitus (Verstraete & Paquay 2008, NPUAP & EPUAP 2009) ^{(45) (2)}.

L'NPUAP & EPUAP (2009) insistent sur la nécessité de développer une stratégie de dépistage cohérente des patients à risque afin que tous les soignants soient capables d'évaluer les risques et de transcrire les résultats de leur évaluation d'une manière correcte et uniforme. Il est nécessaire d'évaluer le risque d'une manière structurée, notamment à l'aide d'une échelle ou d'un instrument d'évaluation et surtout, de réévaluer le risque de manière régulière et systématiquement si l'état du patient se dégrade. Chez le patient à risque, lorsqu'une rougeur ne disparaît pas à la vitro pression¹³ et lorsque le patient présente déjà des escarres, les mesures de prévention des escarres doivent être mises en œuvre immédiatement ou être renforcées (Defloor et al. 2004, NPUAP & EPUAP 2009) ^{(1) (2) (59, 70, 74, 86)}.

Cependant, l'évaluation du risque ne doit pas se baser uniquement sur une échelle de risque mais tenir également compte du jugement clinique de l'infirmier(e). Celui-ci repose sur de nombreux facteurs dont l'expérience clinique de l'infirmier(e), le « bon sens » et l'observation. Sur base de ces éléments, l'infirmier(e) évalue l'état général du patient et sa condition physique, notamment sa mobilité, et détermine si le patient risque ou non de développer des escarres. La fiabilité de ce jugement clinique dépend donc de la formation de l'infirmier(e) et de son expérience acquise au fil des années. Ce procédé ne peut cependant pas être utilisé de manière isolée car le risque est grand de surévaluer ou sous-évaluer les patients à risque (Defloor et al. 2004) ^{(1) (60, 91, 110, 109, 58, 60)}.

Complémentairement à l'utilisation d'échelles, la détection d'une rougeur qui ne disparaît pas à la pression est un indicateur du développement d'une lésion de pression. Cette méthode, qui consiste en l'observation minutieuse et quotidienne du patient, est une alternative possible aux échelles de risque. Une stratégie possible consiste à ne débiter la prévention que lors du constat d'une rougeur ne disparaissant pas à la pression" (Defloor et al. 2004, Vanderwee 2006) ^{(1) (44)}. A ce stade, il n'y a en effet généralement pas de lésions irréversibles. La prévention peut donc être débiter à ce moment.

¹³ Normalement, lorsque l'on appuie sur la zone avec un disque transparent, elle blanchit.

Cependant, cette démarche est difficile à appliquer à domicile chez les patients à haut risque car la présence d'un infirmier 24h/24h n'est pas réalisable pour l'observation des points de pression. La famille et les proches pourraient être formés, mais s'ils détectent des rougeurs ne disparaissant pas à la pression, les mesures préventives devraient être prises immédiatement. En pratique, on constate qu'il faut souvent plusieurs heures voire même quelques jours pour lancer ces mesures de prévention, qui risqueraient d'être appliquées trop tardivement (Verstraete et Paquay 2008) ⁽⁴⁵⁾.

La littérature n'offre donc pas encore un « gold standard » en ce qui concerne les moyens pour une identification correcte des patients à risque d'escarres. Cependant, des outils validés aidant les infirmier(e)s à identifier les patients à risque ont été mis à leur disposition. Les différentes méthodes d'évaluation du risque telles que l'échelle de Braden, le jugement clinique, l'interprétation de la rougeur qui ne disparaît pas à la pression comme signal d'alarme ont toutes été étudiées, mais des problèmes persistent, surtout en ce qui concerne leur utilisation en soins à domicile (Verstraete & Paquay 2008) ⁽⁴⁵⁾. Parmi ces problèmes, nous pouvons citer la difficulté d'utiliser les échelles de risque à domicile (manque de temps pour les remplir), la subjectivité liée au jugement clinique de l'infirmier(e) et le risque d'intervenir trop tard en se basant sur l'observation des points de pression dans le contexte de l'organisation des soins à domicile.

L'association de ces méthodes d'évaluation du risque d'escarres est donc recommandée, étant donné qu'il n'y a pas de preuve suffisante qu'une de ces méthodes utilisée seule permette de diminuer l'incidence des escarres (Moore ZEH 2010, Cowman S. 2010) ⁽²⁷⁾.

La documentation de chaque définition du risque est très importante. Ainsi la communication au sein de l'équipe et la nécessité de planifier les soins sont essentielles pour assurer la cohérence et la continuité de la prise en charge. Au fil du temps, il est également nécessaire d'évaluer l'atteinte des objectifs. (NPUAP & EPUAP 2009) ^(74,86).

Un outil approprié est le dossier patient. L'écrit systématique des risques estimés ainsi que les interventions réalisées et l'évaluation de ces interventions, vont promouvoir la continuité des mesures de prévention et/ou des interventions et sensibiliser l'équipe multidisciplinaire (aide-soignante, kiné, etc.). Cette démarche est très importante étant donné qu'à domicile, les infirmier(e)s travaillent seul(e)s auprès du patient et ne participent par conséquent pas à des réunions quotidiennes avec leurs collègues.

4.7.1.1 Les échelles de risque

Dans la littérature, on retrouve plus de 40 échelles de risque comme support pour les soignants dans la détection des patients à risque d'escarres. Dans la plupart des cas, il existe également un certain nombre de variantes. Toutefois, parmi ces instruments, peu ont fait l'objet d'une étude scientifique testant leur fiabilité et leur validité. A ce jour, les instruments les plus étudiés sont les échelles de Norton et de Braden. Cette dernière présente des propriétés psychométriques plus convaincantes et les meilleures valeurs prédictives. Cependant, comme toute échelle de risque, la valeur prédictive du développement d'une escarre avec ces instruments n'est souvent pas suffisamment adéquate (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾.

En vue de l'évaluation régulière du risque d'escarres, la mise à disposition d'un outil fiable, validé et utilisable par les infirmier(e)s est importante.

L'échelle de Norton (cfr annexe 3) a été publiée en 1962 et comprend 5 items:

- l'état physique général,
- l'état mental,
- l'activité,
- la mobilité,
- l'incontinence.

Chaque item est évalué sur une échelle de 1 à 4 et les scores de chaque item sont additionnés. Le score total varie donc de 5 à 20. L'auteur ne donne pas d'information en ce qui concerne la base sur laquelle les 5 items ont été sélectionnés, ni sur la méthodologie d'élaboration de l'échelle mais mentionne que cette échelle ne prend pas en considération l'alimentation du patient. Il est recommandé de considérer le score de 14 comme seuil de risque. Ce qui signifie que les patients présentant un score égal ou inférieur à 14 sont considérés comme patients à risque. Selon l'auteur, le développement d'escarres semble inévitable pour un score inférieur à 12.

En 1996, suite aux modifications des facteurs de risque en ce qui concerne le développement des escarres, Norton signale qu'un seuil à 15 voire même à 16 au lieu de 14 serait préférable, ce qui risque d'entraîner une surévaluation du risque d'escarres chez les patients, entraînant une application injustifiée des mesures préventives (Defloor et al. 2004) ^(80, 81).

Un patient présentant un score égal ou inférieur à 14 doit être considéré comme à risque de développer des escarres, impliquant une mise en place immédiate des mesures de prévention.

L'échelle de Braden (cfr annexe 4) a été publiée en 1985. L'utilisation de l'échelle de Braden, plus complète (prenant en considération l'état nutritionnel du patient) et présentant de meilleures valeurs prédictives (Defloor et al. 2004)⁽¹⁾.

Il s'agit d'un instrument de mesure comportant une évaluation de 6 items :

- la perception sensorielle,
- l'activité,
- la mobilité,
- l'humidité,
- l'alimentation,
- la présence de forces de friction et de cisaillement.

Chaque item est évalué sur une échelle allant de 1 à 3 ou 4 et les scores de chaque item sont additionnés. Le score total varie donc de 6 à maximum 23. Plus le score est bas, plus le risque d'escarres est important.

Le seuil de risque est fixé à 17, ce qui signifie que les patients qui ont un score inférieur à 17 sont considérés comme à risque de développer des escarres.

Defloor et al. (2004) se réfèrent à 2 études ultérieures de Bergstrom et al. (1987)^(13,22) qui conseillent de fixer le seuil à 18 avec la précision importante qu'ainsi la plupart des patients à risque sont identifiés. Cependant, un grand nombre de patients qui ne présentent pas de risque sont ainsi inclus, entraînant la mise en place inutile des mesures préventives. Bergstrom et al.⁽¹⁴⁾ mentionnent également qu'il serait souhaitable que chaque institution puisse adapter ce seuil en fonction du type de patient pris en charge dans les services.

De manière générale, une estimation du risque doit être effectuée lorsque :

1. un patient est pris en charge ;
2. un patient est contraint de rester dans un fauteuil, un fauteuil roulant ou au lit ;
3. l'état du patient s'améliore ou se détériore.

(NPUAP & EPUAP 2009^(74, 86) , Defloor et al. 2004).

4.7.1.2 Facteurs influençant le risque d'escarre

La présence de certains facteurs peut influencer le risque d'apparition d'escarres. Il est donc important que l'infirmier(e) puisse identifier ces facteurs, les prendre en considération et, si possible, agir sur ceux-ci lors de la prise en charge globale de chaque patient à risque.

RECOMMANDATIONS GENERALES

2. Réaliser une approche structurée d'évaluation du risque d'escarre affinée par le jugement clinique de l'infirmier(e), éclairé par la connaissance des facteurs de risque (GRADE 1C) ;

3. Considérer l'impact des facteurs suivants sur le risque individuel de développement d'escarre : les indicateurs nutritionnels (alimentation, poids), les facteurs influençant l'irrigation sanguine et l'alimentation en oxygène (diabète, instabilité cardiovasculaire, etc.), l'humidité de la peau liée à l'incontinence et l'âge avancé (GRADE 1B) ;

4. Considérer tous les patients alités et/ou contraints de rester au fauteuil comme des patients à risque (GRADE 1B) ;

5. Considérer l'impact potentiel des facteurs suivants sur le risque individuel de développement d'escarre : les forces de friction et de cisaillement, la perception sensorielle (neuropathie), l'état de santé général (altéré) et la température corporelle (GRADE 1C) ;

Parmi ces facteurs de risque, certains peuvent faire l'objet d'interventions de la part de l'infirmier(e) :

4.7.1.2.1 La mobilité et l'activité

Le facteur « forces de frictions et de cisaillement » est inclus dans l'échelle de risque de Braden (NPUAP & EPUAP 2009) ⁽²⁾. Ce facteur est considéré comme étant en lien avec une diminution de l'activité et de la mobilité du patient. En effet, un patient contraint à l'immobilité au lit ou au fauteuil sera davantage soumis à des forces de frictions et de cisaillements qu'un patient n'ayant pas de problème de mobilité. La mobilité est évaluée dans les échelles de risque (Braden et Norton).

En soins à domicile, la mobilité est évaluée au moyen de l'échelle de Katz (cfr Annexe 8). Lorsque le patient présente un score de 3 ou 4 sur l'échelle de Katz au

niveau de l'item « transferts et déplacements », il est identifié comme patient à risque (Verstraete et al. 2008) ⁽⁴⁵⁾.

L'échelle de Katz¹⁴ est une échelle validée utilisée en soins à domicile pour réaliser une évaluation objective du statut fonctionnel des patients, par la mesure du niveau d'autonomie dans la réalisation d'activités élémentaires de la vie quotidienne, particulièrement chez les personnes âgées. Cette évaluation a pour objectif de réaliser un plan de soins en accord avec les capacités restantes du patient. Cette échelle évalue 6 fonctions : se laver, s'habiller, transfert et déplacement, aide à la toilette, continence, manger.

De nombreuses versions ont été publiées depuis la version originale¹⁵ en fonction du domaine où l'échelle était utilisée et les modalités d'attribution des scores ont également été revues. Il est donc important de vérifier les consignes d'attribution des scores de la version utilisée.

Pour l'échelle mentionnée dans cette RBP, quatre niveaux de cotation (de 1 à 4) sont proposés par domaine. Le score 1 est attribué si le patient est totalement indépendant pour réaliser l'activité concernée, et le score 4 est attribué si le patient est complètement dépendant.

Lorsque l'échelle est utilisée pour réaliser une évaluation globale du patient, les différents scores obtenus sont additionnés. Plus le score total est élevé, plus le degré de dépendance du patient est important (contrairement à la version originale).

Dans le cadre de la prévention des escarres, en ce qui concerne la mobilité :

- Un score de 3 implique que le patient a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un de ses transferts et/ou de ses déplacements ;
- Un score de 4 implique que le patient est grabataire ou en chaise roulante et dépend donc entièrement des autres pour se déplacer¹⁶.

¹⁴ La description de cette échelle a été réalisée par les collaborateurs du projet BeST (Belgian Screening Tools) de l'Université de Gand, à l'initiative du Service Public Fédéral de la Santé Publique, Sécurité Alimentaire et Environnement (<http://www.nursingscales-guidelines.be/>)

¹⁵ Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. *Studies of illness in the aged. The Index of the ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function.* JAMA 1963;185:914-919

¹⁶ <http://www.riziv.be/care/fr/other/infirmiers/forms/pdf/formscale.pdf>

RECOMMANDATION GENERALE

6. Considérer chaque patient présentant un score de 3 ou 4 sur l'échelle de Katz pour l'item « transferts et déplacements » comme patient à risque (opinion d'experts) ;

RECOMMANDATION SPECIFIQUE

- L'activité et la mobilité doivent faire partie de l'évaluation des risques (GRADE 1C) ;

Il est donc recommandé de considérer chaque patient alité ou contraint de rester au fauteuil comme un patient à risque, en ciblant la mobilité comme facteur d'influence majeur (NPUAP & EPUAP 2009 ^(2, 7, 11, 12, 16, 21, 23, 69, 74, 76, 84, 86, 87, 92), Defloor et al. 2004) ^{(2) (1)}.

4.7.1.2.2 L'humidité de la peau

Le facteur «humidité de la peau» ou «incontinence» est inclus dans les échelles de risque. Selon l'NPUAP & EPUAP (2009), le facteur « humidité de la peau », résultant d'une incontinence urinaire ou fécale, constitue un élément favorisant le développement d'escarres, bien qu'une lésion liée à l'humidité ne soit pas en soi une plaie d'escarre.

RECOMMANDATION GENERALE

7. Considérer la présence de plaie de macération sur une zone à risque d'escarres comme un facteur influençant le risque (opinion d'experts) ;

Il est donc important de faire la distinction entre une lésion due à l'incontinence (dermatite/plaie de macération) et une escarre.

Souvent, ces deux notions sont confondues. Le contact prolongé de la peau avec l'urine, les selles, la transpiration ou la sérosité d'une plaie est souvent la cause d'une lésion de la peau. Être capable de distinguer une lésion liée à la pression d'une lésion due à l'humidité (dermatite) est très important, mais en pratique cette distinction est difficile à effectuer. Souvent une classification ou une différenciation incorrecte ont pour résultat l'application de mesures préventives ou de traitements inadéquats.

Le diagnostic différentiel repose principalement sur la localisation, la couleur et la présence d'une rougeur disparaissant ou non à la pression. Les lésions dues à l'humidité (dermatite/plaie de macération) sont essentiellement situées au niveau du périnée (pas nécessairement à hauteur d'un point de pression) et apparaissent suite à l'effet corrosif de l'urine et des selles. Ce type de lésion est généralement de couleur pourpre ou blanche et les bords de la plaie sont souvent amollis et ne sont pas bien délimités (contrairement aux lésions de décubitus). La rougeur liée aux lésions dues à l'humidité peut disparaître ou non à la pression. Dans le cas d'une escarre de catégorie 1, la rougeur ne disparaît pas à la pression. Les lésions dues à l'humidité peuvent prendre une forme particulière, que l'on appelle « lésion de copie ». Ces lésions résultent de l'adhésion entre deux surfaces où la sécrétion produite par une blessure entraîne l'apparition d'une lésion presque identique sur la surface opposée (ex. au niveau du pli fessier) (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾.

Il faut cependant rester attentif à la coexistence de lésions de décubitus et de lésions dues à l'humidité chez le même patient (lésions combinées), et prendre les mesures adéquates.



Figure 4 : Lésion de copie

(Photo : Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾

L'Université de Gand (Defloor et al.) en collaboration avec un groupe de travail au sein de l'EPUAP, a mis au point en 2003 un outil éducatif (PUCLAS 1 et PUCLAS 2 en 2005) à destination des infirmier(e)s dans l'objectif d'améliorer leur aptitude à distinguer les escarres des lésions dues à l'humidité. Cet outil se base sur la prise de position de l'EPUAP en ce qui concerne la classification des escarres et la différenciation avec les lésions dues à l'humidité. Le site offre un tableau de facteurs étiologiques ainsi que des caractéristiques relatives aux plaies typiques (localisation,

profondeur, nécrose,...). Cet outil a été construit en plusieurs langues et est applicable par un système d'« e-learning »¹⁷.

Un tableau synthétique comparatif réalisé sur base du site internet d'e-learning « PUCLAS » permet de faciliter la distinction entre l'escarre et la lésion due à l'humidité :

Tableau 6 : Comparaison entre escarre et lésion due à l'humidité (PUCLAS 2 :
<http://www.puclas.ugent.be/puclas/fr/>)

	Escarre	Lésion due à l'humidité (dermatites/plaies de macération)
Causes	Présence de forces de pressions ou de cisaillement.	Présence d'humidité.
Localisation	A hauteur d'une proéminence osseuse.	Zones humides (périnée, pli fessier) – Peut également se trouver à hauteur d'une proéminence osseuse en zone humide.
Forme	Plaie de forme régulière, circulaire. !!! en cas de lésions combinées (escarre+lésion due à l'humidité), la forme de la plaie est souvent irrégulière.	Plaies irrégulières, diffuses, différentes et superficielles – lésions « de copie ».
Profondeur	Varie en fonction de la catégorie de la plaie. (cfr Classification des escarres NPUAP & EPUAP 2009)	Lésion avec pertes superficielles de l'épaisseur de la peau.
Présence de nécrose	La présence d'une nécrose indique une escarre de catégorie III ou IV.	Il n'y a pas de nécrose dans les lésions dues à l'humidité.
Bords de la plaie	Bords distincts.	Bords diffus ou irréguliers. Les bords peuvent être déchiquetés au niveau des lésions dues à l'humidité soumises à des frictions.
Couleur	Erythème (ou couleur bleue, violette chez les personnes à peaux foncées), fibrine (jaune) ou nécrose (noir) en fonction de la catégorie de l'escarre - Vert si infection.	Erythème ne présentant pas de distribution uniforme – Peau rose ou blanche autour de la lésion.

¹⁷ Pressure Ulcer Classification - <http://www.puclas.ugent.be/puclas/fr/>

Caractéristiques du patient	Patient soumis à des forces de pression et/ou de cisaillement + anamnèse et observation.	Incontinence urinaire et/ou fécale + anamnèse et observation.
-----------------------------	--	---

Dans une RCT impliquant 1217 infirmiers originaires de 4 pays, Beeckman et al. (2010) ont étudié l'efficacité de l'outil PUCLAS. Ils ont conclu qu'après un pré-test, le groupe d'intervention ayant reçu une formation à l'aide de l'outil PUCLAS sur les différences cliniques entre les lésions dues à l'humidité et les lésions de type « escarres » était « plus capable » de classer les lésions de décubitus et de les distinguer des dermatites liées à l'incontinence (Beeckman et al. 2010) ⁽⁵⁾.

Les mesures préventives pour les escarres (diminution de l'ampleur et de la durée des forces de pression et de cisaillement) ne sont pas suffisantes pour éviter les lésions dues à l'humidité. De même, les mesures préventives pour les lésions dues à l'humidité (p.ex. l'entraînement à la miction, les mesures destinées à protéger (exemple : utilisation d'un étui pénien chez l'homme) et à régénérer la peau) ne sont pas suffisantes pour éviter les escarres (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾.

4.7.1.2.3 L'état de la peau

L'inspection de la peau reste importante dans le cadre de l'évaluation du risque d'escarres et fait partie de la stratégie d'évaluation du risque. La peau sèche entraîne un risque accru d'escarres étant donné qu'elle est plus fragile, moins tolérante aux déformations des tissus. En réalisant une inspection de la peau, les premiers signes de plaies de décubitus peuvent être découverts, notamment la rougeur qui ne disparaît pas à la pression (NPUAP & EPUAP 2009) ⁽²⁾.

Comme mentionné dans le chapitre 4.7.1 *Evaluation du risque*, il n'est pas recommandé en soins à domicile de s'appuyer uniquement sur cette méthode pour évaluer le risque d'escarre, au vu du risque d'intervenir trop tard. Cependant, l'inspection de la peau demeure une mesure à appliquer en complément des échelles de risque et du jugement clinique de l'infirmier(e) lors de l'évaluation du risque d'escarre (NPUAP & EPUAP 2009) ⁽²⁾. Si une rougeur, qui ne disparaît pas à la pression, est observée lors de l'inspection de la peau (par l'infirmier(e) et/ou les proches), il convient de mettre en place la mobilisation alternée en attendant que d'autres mesures préventives soient mises en place par le soignant (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾. Le patient et les aidants informels jouent un rôle très important à domicile pour l'inspection de la peau. L'infirmier(e) doit en effet les sensibiliser à transmettre leurs observations, notamment toute altération suspecte de la peau. Ces lésions seront ensuite évaluées lors de chaque passage de l'infirmier(e) (Bergquist et al. 2011).

RECOMMANDATIONS GENERALES

8. Réaliser une inspection complète de la peau fait partie de l'évaluation du risque d'escarres (GRADE 1C) ;

9. Appliquer systématiquement une inspection de la peau chez tous les patients à risque (GRADE 1B) ;

RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES

- Inspecter régulièrement la peau chez les sujets identifiés comme étant à risque d'escarre, car il se pourrait qu'il soit nécessaire d'augmenter la fréquence des inspections, si l'état général du patient se dégrade (GRADE 1B).
- Demander au patient d'identifier les zones d'inconfort ou de douleur qui pourraient être attribuées à des lésions de pression (GRADE 1C)
- Inspecter la peau afin d'identifier les lésions causées par les dispositifs médicaux (GRADE 1C)
- Il est nécessaire de former les soignants à l'inspection de la peau et d'attirer l'attention sur des éléments tels que la rougeur, la chaleur, l'œdème (GRADE 1B) ;
- Documenter chaque inspection de la peau dans le dossier patient (GRADE 1C)
- Augmenter la fréquence d'inspection de la peau à hauteur des points de pression où la rougeur disparaissant à la pression persiste longtemps avant de disparaître (GRADE 1C);

Les critères à évaluer à l'occasion de l'inspection de la peau sont (NPUAP & EPUAP 2009) ⁽²⁾ :

- la présence d'une rougeur qui ne disparaît pas à la pression,
- les points de pression causés par l'équipement médical,
- les plaies déjà présentes,
- la douleur,
- l'inconfort,
- la peau déshydratée.

Il est important qu'une inspection de la peau, surtout au niveau des points de pression, fasse partie de la détermination du risque d'escarres. Il est nécessaire de contrôler la peau afin de détecter des signes de chaleur, de rougeur et de douleur et

d'interroger le patient à ce sujet. Il est également important de vérifier s'il n'y a pas d'altération de la peau causée par l'équipement médical (NPUAP & EPUAP 2009) ⁽²⁾ (27, 62, 68, 99), d'être attentif à tout oubli de matériel dans le lit (rouleau de sparadrap, etc.) ainsi qu'au positionnement des dispositifs de soins (exemple : tubulures de perfusions, tubulures pour l'alimentation entérale via sonde gastrique ou gastrostomie, sonde vésicale, etc.)

La rougeur qui ne disparaît pas à la pression constitue un signe précoce de développement d'une escarre de catégorie 1. Dans ce cas, il est important d'augmenter la fréquence d'inspection des points de pression de la peau. Il est également possible que la présence prolongée d'une rougeur disparaissant à la pression soit le signe d'un risque augmenté d'escarres (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾.

Suite à l'observation de la peau, si une rougeur qui disparaît ou ne disparaît pas à la pression se présente, il est important d'éviter les mesures qui gênent l'observation (éosine, les pommades, les films de polyuréthane transparents, etc.) et de mettre en place des mesures qui diminuent la pression et le cisaillement (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾.

4.7.1.2.4 Les indicateurs nutritionnels

Les indicateurs nutritionnels font l'objet d'un chapitre à part entière (cfr. Chap.4.7.3.4.).

4.7.1.2.5 Les facteurs influençant l'irrigation sanguine et l'alimentation en oxygène

Selon l'NPUAP & EPUAP (2009), la présence de facteurs affectant l'irrigation sanguine et l'alimentation en oxygène des tissus augmentent le risque de développement d'escarre. Parmi ces facteurs figurent le diabète, la BPCO, les pathologies cardio-vasculaires, les pathologies cancéreuses, l'inhalation de tabac, la prise chronique de médicaments diminuant la circulation périphérique, etc. (Defloor et al. 2004, NPUAP & EPUAP 2009) ⁽¹⁾ ⁽²⁾. L'infirmier(e) doit donc être attentif(ve) à ces éléments lors de la prise en charge d'un patient et considérer ces patients comme étant à risque accru de développer des escarres. Certaines pathologies, telles que les affections neurologiques, les pathologies chroniques, les carences en protéines, etc. doivent de manière générale attirer l'attention de l'infirmier(e) car elles constituent un facteur de risque important.

4.7.1.2.6 La perception sensorielle

La perception sensorielle est souvent liée à des limitations de l'activité et la mobilité, d'où la difficulté de déterminer parmi ces deux facteurs, le facteur de risque dominant. Une perception sensorielle limitée selon l'échelle de Braden serait liée à un risque accru de développement d'escarres (NPUAP & EPUAP 2009) ⁽²⁾.

4.7.1.2.7 La température corporelle

Les données probantes sont actuellement limitées en ce qui concerne l'influence potentielle d'une augmentation de la température corporelle sur le risque de développement d'escarres (NPUAP & EPUAP 2009) ⁽²⁾.

4.7.2 Gestion du risque

Pour le développement d'un protocole spécifique de gestion du risque d'escarre, il est important de tenir compte de la spécificité des soins infirmiers à domicile. En effet, dans cet environnement, il est primordial que les patients et leurs proches jouent un rôle actif dans la prévention des escarres. A domicile, le rôle des aidants informels a beaucoup plus d'importance que lors d'une hospitalisation ou dans une maison de repos. Au regard de leur formation et de leur expérience, les infirmier(ère)s sont considéré(e)s comme des expert(e)s dans la prévention des escarres, mais la durée de leur présence auprès du patient est limitée. De plus, à domicile, les professionnels de la santé sont confrontés à des facteurs environnementaux liés à la qualité de vie du patient, sur lesquels ils exercent peu de contrôle. En matière de prévention des escarres, certaines interventions infirmières sont spécifiques au domicile. En effet, contrairement au contexte hospitalier, l'infirmier(e) à domicile devra réaliser une évaluation de la situation économique et de la couverture en assurances du patient, en collaboration avec l'assistant social, avant de déterminer les mesures de prévention des escarres qui pourront être appliquées, en fonction des moyens du patient. L'infirmier(e) devra également évaluer les ressources et le potentiel des aidants informels en termes de gestion de la prévention des escarres (Bergquist et al. 2011) ⁽⁷⁾.

Pour effectuer une prévention des escarres adéquate, les infirmier(ère)s en soins à domicile sont obligé(e)s de tenir compte d'un certain nombre de facteurs spécifiques qui compliquent la démarche en soins (Paquay et al. 2007) ⁽³⁴⁾.

Problèmes propres aux patients et à leurs proches (Paquay et al. 2007) ⁽³⁴⁾ :

- Les patients et leurs proches estiment ne pas être suffisamment au courant de la possibilité d'éviter les lésions de décubitus (Paquay et al. 2007) ⁽⁵³⁾. Ce type de méprise est attribuable à un manque d'information et d'éducation de la part des professionnels de santé, tout en étant renforcé par les concepts de la maladie et de l'infirmité, inhérents au processus de vieillissement. Dans cette optique, l'escarre est considérée comme une séquelle attendue et inévitable de l'alitement (Paquay et al. 2007) ⁽⁵³⁾.
- Souvent les professionnels de santé consacrent trop peu d'attention et de temps pour l'information et l'éducation des patients. Le besoin d'information

des patients est souvent sous-estimé et l'éducation présente parfois un caractère opportuniste, c'est-à-dire en fonction d'une situation qui se présente à un certain moment suite aux événements situationnels. L'avantage de ce caractère opportuniste est la pertinence immédiate de cette éducation donnée à un moment où le patient et ses proches sont motivés et disposés à l'écoute ou à la collaboration. Le conseil est également relatif à un problème réel et existant. Cependant, un désavantage important est l'inconsistance de l'information (Paquay et al. 2007)⁽¹⁰⁾. Selon le CBO (Nederlandse Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg), l'information et l'implication systématique des patients et de leurs proches sont très importantes (CBO 2002)⁽¹⁰⁾.

- Les adaptations proposées dans le cadre de la prévention des escarres sont souvent difficiles à faire accepter aux patients, ce qui entraîne un risque augmenté pour le développement des escarres. Par exemple, les patients n'acceptent pas facilement de dormir dans un autre lit que leur partenaire. L'émission du son et le mouvement d'un système anti-escarre électrique peuvent perturber le sommeil.
- Le coût lié à la prévention des escarres joue un rôle important à domicile : le système anti-escarre devant être loué ou acheté par le patient lui-même. Cet élément peut constituer une barrière importante à l'application des mesures recommandées pour la prévention des escarres.
- Souvent, les proches des patients alités sont des personnes âgées, qui ne sont plus capables de produire les efforts physiques nécessaires p.ex. pour l'application du positionnement alterné du patient. Un certain nombre de difficultés (problèmes auditifs, mauvaise vue, troubles cognitifs,...) présentes plus fréquemment chez les personnes âgées et les proches des patients, peuvent faire obstacle à la participation active de ceux-ci dans la prévention des escarres (Paquay et al. 2007)⁽¹⁰⁾.
- De plus, il existe beaucoup de situations dans lesquelles il y a peu de contacts ou de supports sociaux. Dans ces cas-là, les proches sont absents ou leur aide est insuffisante.

Le médecin généraliste exerce également un rôle primordial dans la prévention, la gestion du risque et le traitement des escarres à domicile.

Une collaboration de qualité entre le médecin généraliste, l'infirmier(e), le patient et son aidant informel est indispensable dans la prévention et le traitement des escarres à domicile au vu de l'impact de cette collaboration sur la qualité des soins, les coûts ainsi que sur la satisfaction du patient et des soignants (Dailey M. 2005)⁽¹²⁾.

Dans une enquête réalisée aux Etats-Unis en 1997 auprès de 155 médecins généralistes suite à la diffusion d'un guideline sur la gestion des escarres, 99% des médecins généralistes interrogés pensent que l'amélioration de la prise en charge de

la prévention et du traitement des plaies d'escarres relève de leur rôle. Cependant, 70 % d'entre eux estiment ne pas être bien préparés afin de prendre en charge de manière optimale la prévention et le traitement des escarres. Dans cette enquête, de nombreuses variables en termes de pratiques sont également relevées en ce qui concerne les mesures de prévention des escarres et les traitements prescrits, dont des pratiques non recommandées (Kimara 1997) ⁽²⁰⁾.

Afin d'améliorer la prise en charge des patients à risque au domicile notamment via l'application de mesures de prévention recommandées, il semble nécessaire que les médecins généralistes et les infirmier(e)s bénéficient d'une formation adaptée au cours de leur cursus, de formations complémentaires régulières sur cette thématique, ainsi qu'un accès aux derniers guidelines publiés sur le sujet. Un manque de connaissances et de formation continue sur le sujet constituent des barrières importantes à l'application des mesures recommandées pour la prévention des escarres.

4.7.3 Les mesures efficaces et le matériel

4.7.3.1 Le changement de position

RECOMMANDATIONS GENERALES

10. Appliquer le changement de position auprès de chaque patient à risque (GRADE 1A);

11. Appliquer le changement de position de façon régulière (un schéma de mobilisation doit être établi), en combinaison avec un matelas réduisant la pression pour les patients à risque (GRADE 1A);

12. Appliquer un schéma de mobilisation alternée avec les talons libérés: position semi-fléchie à 30 ° - position latérale gauche 30° - position semi-fléchie à 30° - position latérale droite 30° (GRADE 1C);

13. Il est préférable d'appliquer la prévention des escarres au moyen d'un lit d'hôpital (opinion d'experts).

L'infirmier(e) en soins à domicile est souvent le soignant le plus présent auprès du patient et de son entourage, notamment en ce qui concerne les questions relatives à l'état de santé du patient. L'infirmier(e) est donc bien positionné(e) pour fournir toute l'information concernant les moyens et les mesures adéquates à appliquer. De plus, des questions sont souvent posées sur la disponibilité et les modalités d'acquisition du matériel spécifique. L'infirmier(e) en soins à domicile peut ensuite diriger ces patients vers les services de prêt adaptés.

Si l'on considère l'application du changement de position, il est d'abord nécessaire d'estimer les capacités des aidants informels et/ou des proches du patient. Pour les patients alités, il est recommandé d'appliquer le changement de position toutes les 4h, en combinaison avec un matelas à réduction de pression. Au domicile, où la présence infirmière est restreinte et/ou les capacités de l'entourage sont restreintes pour appliquer les changements de position, l'utilisation d'un matelas d'air à pression alternée à grands compartiments (minimum 10cm diamètre) permet de diminuer la fréquence des changements de position.

Le schéma de mobilisation alternée recommandé est le suivant: position semi-fléchie à 30°- position latérale gauche 30° - position semi-fléchie à 30°- position latérale droite à 30°, avec talons libérés. Pour l'application de ce positionnement, il est recommandé de mettre à disposition un lit d'hôpital autour duquel il y a suffisamment d'espace, afin de faciliter la réalisation des soins.

Il est également recommandé de limiter la durée de la position assise du patient. De plus, dans cette position, on installera toujours le patient sur un coussin d'air ou viscoélastique en inclinant le patient vers l'arrière du fauteuil, les mollets soutenus par un tabouret/une banquette avec les talons libérés. Cependant, la position assise des patients est à discuter s'il y a des contre-indications liées aux forces de pression et à la présence d'escarres.

RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES

- Si possible, positionner le patient afin que la pression ne s'exerce pas à hauteur des structures osseuses et/ou d'une zone de la peau récupérant d'une exposition antérieure à la pression ou présentant une rougeur qui ne disparaît pas à la pression (GRADE 1C);
- La fréquence d'application du changement de position est en rapport avec la situation individuelle de chaque patient (facteurs de risque et état de la peau) (GRADE 1C) et du matelas utilisé (GRADE 1A);
- Le changement de position doit contribuer au confort, à la dignité ainsi qu'aux capacités fonctionnelles du patient. Le confort vécu à travers le changement de position et l'inspection de la peau sont des facteurs qui détermineront la fréquence du changement de position ainsi que les positions possibles du corps (GRADE 1C);

- Au cours de la réalisation du changement de position, ne pas exposer la peau aux forces de cisaillement ou de friction (opinion d'experts), mais appliquer des techniques de levage et/ou utiliser des outils (opinion d'experts);
- Former les soignants aux techniques de manutention, en attirant leur attention sur les forces de friction et de cisaillement (opinion d'experts);
- Installer le patient pour qu'il ne subisse pas de pressions dues à l'équipement médical (GRADE 1C);
- Favoriser le changement de position appliqué de façon régulière en combinaison avec un matelas à réduction de pression (GRADE 1A) ;
- En l'absence de matelas à réduction de pression, augmenter la fréquence de mobilisation en fonction de la situation individuelle de chaque patient (facteurs de risque et état de la peau) (GRADE 1C).
- Au cours de l'application du changement de position, installer le patient dans une position semi-fléchie à 30° ou une position latérale à 30° en vérifiant l'absence de pression au niveau du sacrum (GRADE 1C);
- Ne pas placer de systèmes sous le matelas en vue du positionnement latéral du patient (GRADE 1C);
- Positionner de préférence les patients assis dans un fauteuil en légère inclinaison postérieure, les jambes sur une banquette et les talons soulevés (GRADE 1C);
- Si le dossier du fauteuil ne s'incline pas en arrière, positionner les patients dans une position assise droite, les pieds sur le sol (GRADE 1C);
- Limiter la durée en position assise au fauteuil (GRADE 1B);
- La fréquence du changement de position dans une position assise sera plus élevée que dans une position couchée (GRADE 1B);
- La position ventrale peut être une position alternative (GRADE 1C).

Le changement de position est une composante importante dans la prévention des escarres (National Institute for Health and Clinical Excellence 2005) ⁽²⁸⁾.

L'application du changement de position doit être prise en considération auprès de chaque patient à risque (NPUAP & EPUAP 2009) ⁽²⁾ en tenant compte de l'état du patient et du type de matelas. L'objectif du changement de position est de réduire la durée de l'exposition aux forces de pression et de cisaillement. Defloor et al. (2004) ont étudié un groupe de 838 patients à risque en soins à domicile. L'étude a démontré une incidence d'escarres (catégorie II-III-IV) réduite suite à l'application du changement de position toutes les 4h, en combinaison avec l'utilisation d'un matelas viscoélastique réduisant la pression. Ces mesures ont été comparées avec une prise en charge standardisée avec, par exemple, un matelas à eau, un matelas à air alterné, une peau de mouton ou un coussin en gel. Le changement de position ne faisait pas partie de cette prise en charge standardisée (Defloor et al. 2004 ⁽⁴²⁾) ⁽¹⁾. L'importance du changement de position sur le confort, la dignité et les capacités fonctionnelles du patient est soulignée. Le confort vécu à travers le changement de

position et l'inspection de la peau sont des facteurs déterminant la fréquence du changement de position et les positions possibles du corps.

Plusieurs études ont démontré l'intérêt d'utiliser du matériel réduisant la pression. Le changement de position doit être de préférence appliqué en combinaison avec un matelas réduisant la pression, afin d'assurer une efficacité optimale des mesures de prévention appliquées (Defloor et al. 2004, NPUAP & EPUAP 2009 ⁽⁴²⁾) ⁽¹⁾ ⁽²⁾. S'il n'y a pas de matelas réduisant la pression ou s'il n'est pas possible de l'utiliser, le changement de position doit être effectué toutes les 2h (Defloor et al. 2004 ⁽⁴⁰⁾) ⁽¹⁾.

Le changement de position n'est judicieux que s'il est appliqué systématiquement, jour et nuit, 7 jours sur 7 (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾. Il est préférable d'utiliser plusieurs positions (Defloor et al. 2004, NPUAP & EPUAP 2009) ⁽¹⁾ ⁽²⁾. Il est également important de veiller à la position de la tête lors des changements de position.

Pour le changement de position, le schéma suivant est proposé: la position semi-fléchie à 30° ou la position dorsale (si la position semi-fléchie 30° n'est pas possible) – la position latérale 30° gauche - semi-fléchie 30° ou position dorsale (si la position semi-fléchie à 30° n'est pas possible) – position latérale 30° droite. Lorsque des lésions de décubitus se présentent, le schéma peut être adapté pour que la zone blessée ne soit pas ou pas trop chargée (Defloor et al. 2004, NPUAP & EPUAP 2009) ⁽¹⁾ ⁽²⁾.

Dans le cadre de la prévention des escarres en position dorsale, la position semi-fléchie est préférée car les forces de pression et de cisaillement sont moindres. La position semi-fléchie consiste à relever la tête et le pied du lit à 30° (Defloor et al. 2004 ^(35, 40)) ⁽¹⁾. Lors d'une étude réalisée en laboratoire, la pression éprouvée par 83 volontaires en bonne santé a été mesurée. Les résultats de cette étude démontrent que la pression est moins importante en cas de position semi-fléchie. Il est important d'être également attentif au risque d'escarres au niveau de l'arrière de la tête.

Figure 5: Position semi-fléchie 30°



En position latérale, la position à 30° présente une pression inférieure à la position à 90°. En position latérale, la position à 30° est donc la plus favorable. Le patient est tourné avec un angle de 30° par rapport au matelas et il est soutenu dans le dos par un coussin avec un angle de 30°. Il est important que le sacrum ne touche pas le

matelas. Les jambes sont pliées au minimum par rapport à la hanche et au genou. La jambe supérieure est placée derrière la jambe inférieure avec une flexion de 30° par rapport à la hanche et de 35° par rapport au genou (Deloor et al. 2004^(29,35,40,41,94))⁽¹⁾. Les systèmes placés sous le matelas en vue du positionnement latéral du patient ne sont pas recommandés (Defloor et al. 2004)⁽¹⁾.

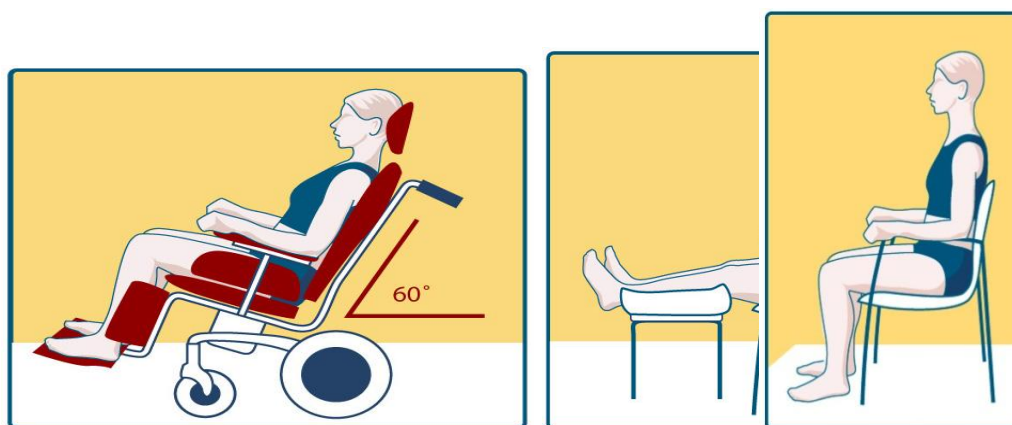
Figure 4: Position latérale semi-fléchie à 30°



La position assise provoque une pression très importante (Defloor et al. 2004, NPUAP & EPUAP 2009⁽⁴⁷⁾)^{(1) (2)}. Quand le patient est assis, le changement de position doit être appliqué à une fréquence plus importante que lors d'une période en position couchée (Defloor et al. 2004⁽⁸³⁾)⁽¹⁾. La position assise est une position de légère inclinaison postérieure du tronc, les jambes sur une banquette avec les talons libérés. Les talons ne peuvent pas reposer sur la banquette ; la pression exercée à leur niveau pouvant avoir pour conséquence l'apparition d'un ulcère de pression. (Defloor et al. 2004)^(40,104)⁽¹⁾.

S'il n'est pas possible d'incliner le fauteuil, installer le patient en position assise droite avec les pieds sur le sol car la pression est moins élevée dans cette position que lorsque les jambes reposent sur une banquette (Defloor et al. 2004^(37, 38), NPUAP & EPUAP 2009⁽³⁸⁾)^{(1) (2)}.

Figure 7: Positions assises



La durée pendant laquelle le patient reste en position assise doit être aussi courte que possible. Le risque d'escarres est important dans cette position car la surface est de petite taille et dure. La position assise dans le fauteuil doit être plus limitée en termes de durée que la position couchée, mais la position assise sur une chaise doit être encore plus courte (Defloor et al. 2004 ^(8,49)) ⁽¹⁾. Du matériel de soutien, comme des coussins, peut être utilisé pour stabiliser la position (Defloor et al. 2004 ^(52,108)) ⁽¹⁾ et éviter un affaissement vertical ou latéral. D'autres mesures sont notamment l'utilisation de coussins, un contrôle fréquent du patient et une assise suffisante (Defloor et al. 2004 ^(37,67)) ⁽¹⁾. Une assise insuffisante entraîne une stabilité moindre du patient avec risque plus élevé d'affaissement ainsi qu'une augmentation de la pression au niveau de la surface de contact réduite.

La position ventrale peut être une alternative car la pression y est limitée et comparable à la pression en position dorsale et à la position semi-fléchie à 30°. Il est important de maintenir les orteils libres de pression afin qu'aucune escarre ne s'y développe (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾.

Continuité et régularité sont les deux piliers importants de l'application correcte du changement de position. En soins à domicile, ce n'est pas toujours possible de changer les patients de position toutes les quatre heures, notamment pendant la nuit. Mais en motivant et donnant des informations précises, l'infirmier(e) à domicile peut essayer de convaincre les aidants informels de participer activement à l'application du changement de position pendant leur absence. L'information et l'éducation du patient et de ses proches font également partie des rôles de l'infirmier(e).

4.7.3.2 Le matériel et les mesures efficaces

RECOMMANDATIONS GENERALES

14. Choisir le matériel adapté (matelas, lits et coussins) au patient et à son environnement (opinion d'experts) ;

Le choix d'un certain type de matériel (coussin, matelas ou lit) ne se base pas uniquement sur le degré de risque et/ou la catégorie d'escarres. Les experts considèrent qu'il faut également tenir compte :

- de la mobilité,
- du confort éprouvé par le patient,
- du cadre/lieu des soins pour le choix du matériel

(NPUAP & EPUAP 2009) ⁽²⁾

Il est nécessaire d'utiliser le matériel comme recommandé par le fournisseur et de l'entretenir correctement et régulièrement (Defloor et al. 2004, NPUAP & EPUAP 2009) ^{(1) (2)}.

Le domaine des soins à domicile est très spécifique et particulier car les soins sont effectués dans l'environnement naturel du patient. Dans ce contexte, les soignants sont parfois confrontés à une forme de résistance du patient et de son entourage par rapport à l'application de certaines mesures. Par exemple, l'installation d'un lit d'hôpital dans la maison du patient peut parfois être difficile à mettre en œuvre, bousculant les habitudes du patient et de ses proches.

Cette résistance peut aussi se manifester par une mauvaise application des mesures préventives en l'absence de l'infirmière et/ou liée à des limites financières pour l'achat de certains outils (lits, matelas, coussins). L'infirmier(e) à domicile doit jouer un rôle majeur dans l'information et l'éducation des patients et des aidants informels afin de surmonter leurs résistances et que ceux-ci puissent être convaincus de l'importance des mesures liées à la prévention des escarres.

RECOMMANDATIONS GENERALES

15. Fournir à chaque patient à risque un système à réduction de pression et l'appliquer continuellement (GRADE 1B);

16. Préférer un matelas d'air à pression alternée et les matelas à basse pression (GRADE 1B) ;

Comme le principe du changement de position est souvent difficile à mettre en œuvre en soins à domicile, il est recommandé d'utiliser un matelas d'air à pression alternée. Dans de nombreux cas, l'utilisation d'un sur-matelas d'air à pression alternée est recommandée car l'effet est identique par rapport à un matelas d'air à pression alternée (NPUAP & EPUAP 2009 ⁽⁷⁸⁾) ⁽²⁾. De plus, il est possible de l'installer sur tout lit d'hôpital et est relativement accessible en soins à domicile.

RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES

- Le nombre de couches placées entre le patient et le matelas/coussin à réduction de pression ainsi que le fait de tendre les couches, diminuent l'efficacité des matelas/coussins (GRADE 1C);
- Les matelas standard, les matelas à fibres creuses ne sont pas recommandés dans le cadre de la prévention des escarres (GRADE 1C) ;
- Les matelas à eau ne sont pas recommandés dans le cadre de la prévention des escarres (GRADE 1B) ;
- Il n'y a pas suffisamment de recherches pour conseiller l'achat d'un type particulier de matelas en mousse viscoélastique (GRADE 1A);
- Sur base de la littérature actuelle, il n'est pas possible de conseiller l'achat d'un type particulier de matelas dynamique (GRADE 1C);
- Utiliser du matériel dynamique (comme un système à air alterné ou de répartition de la pression dynamique, p.ex. un lit à air fluidisé, un système à faible perte d'air) pour les patients à risque qui ne sont pas capables, ou chez lesquels il n'est pas possible, de changer de position fréquemment (GRADE 1B);
- N'utilisez pas de systèmes à air alterné avec des cellules d'un diamètre inférieur à 10 cm (GRADE 1C);

- En termes de prévention, les matelas dynamiques ont la même efficacité que les “sur-matelas” dynamiques (GRADE 1A);
- Si possible, maintenir le changement de position pour les patients à risque positionnés sur un matelas adapté (GRADE 1C).

Objectif

Les matelas ne peuvent réduire la pression que par l’extension de la surface de contact ou la réduction de pression successive sur les différentes zones (Defloor et al. 2004, NPUAP & EPUAP 2009) ^{(1) (2)}. De plus, il est important de réduire le nombre de couches entre le patient et le matelas/coussin à réduction de pression. La présence de plusieurs couches entre le patient et le matelas neutralise l’effet réducteur de pression du matelas. Il n’est donc pas recommandé de placer une alèse, un molleton ou une peau de mouton. Aussi des draps trop tendus interfèrent avec l’action du matelas à réduction de pression. Cependant, il est important que des draps-housses ne forment pas de plis sous le patient (Defloor et al. 2004 ^(24,28,63))

⁽¹⁾

Les systèmes à réduction de pression sont répartis en 2 catégories: les systèmes statiques et les systèmes dynamiques, dont Defloor et al. (2004) donnent une description brève. L’objectif des deux systèmes est l’extension de la surface soumise à la pression (surface de contact entre le patient et le système) ce qui permet de diminuer ainsi l’importance des forces de pression et de cisaillement.

Les systèmes statiques (fonctionnant sans électricité) sont des matelas dont la forme et la consistance sont soumis à la pression du corps du patient. Les matelas statiques sont des matelas utilisés pour réduire la pression et prévenir le risque d’escarres. Cette pression est modifiée par la nature et la composition des matériaux. Un exemple de système statique est le matelas en mousse viscoélastique.

Contrairement aux matelas ou aux systèmes substitutifs posés directement sur le cadre du lit, les sur-matelas sont posés sur un matelas standard. Leur effet est identique à celui des matelas à réduction de pression (NPUAP & EPUAP) ⁽²⁾.

Les systèmes dynamiques à réduction de pression sont des systèmes à actionnement électrique, dont la forme change sous l’effet de facteurs extérieurs. Les systèmes dynamiques les plus utilisés sont:

- le lit d’air fluidisé (« air fluidised »);
- le lit à faible perte d’air (« low air-loss »);
- les systèmes à basse pression continue ;
- les matelas d’air à pression alternée.

Les lits d'air fluidisé sont composés d'un réservoir, d'une housse et d'une pompe. Le matelas est constitué de particules en silicone enveloppées d'une housse synthétique. Le principe de fonctionnement de ce type de matelas se déroule selon le processus suivant : de l'air chaud (28-35°C) est propulsé à travers les particules de silicone qui se comportent dès lors comme un liquide. Le corps du patient est ainsi « immergé » dans le matelas, augmentant au maximum la surface de contact entre le corps et le matelas, créant un effet de « sables mouvants » (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾.

Les systèmes à faible perte d'air sont composés d'une pompe et d'un matelas. Le matelas est enveloppé d'une housse perméable à l'air et est partagé en plusieurs compartiments. Dans ce type de matelas, de l'air chaud est propulsé en continu à travers les compartiments afin de compenser la perte d'air qui s'échappe par la housse. La surface de contact patient/matelas est ainsi augmentée, créant un effet de type « hovercraft » (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾.

Les systèmes à basse pression continue comprennent les matelas composés d'une ou de plusieurs structures remplies d'air. Des capteurs mesurent la pression dans ces structures. La pression est ensuite réglée par un système de valves à travers lesquelles l'air peut entrer ou sortir. Avec ce type de matelas, l'air ne s'échappe pas à travers la housse, contrairement aux systèmes à faible perte d'air (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾.

Les matelas d'air à pression alternée se composent de séries de tubes à air parallèles (tubes, cellules ou bulles) connectées alternativement en deux séries avec une pompe électrique. Alternativement, une série se dégonfle pendant que l'autre gonfle. La pression à laquelle les tubes à air sont gonflés est généralement ajustable et dépend de la catégorie de poids du patient. Ce type de matelas permet d'alterner les pressions sur les différents points, et les mouvements rythmiques du matelas améliorent l'irrigation sanguine des tissus.

Il est important que les compartiments à air des matelas d'air à pression alternée ne soient pas trop petits. Les compartiments à air avec un diamètre inférieur à 10 cm n'ont pas la capacité suffisante de dégonflement pour atteindre une baisse de pression temporaire. Des études ont démontré que l'incidence des escarres est plus importante suite à l'utilisation d'un matelas d'air à pression alternée avec des compartiments d'air d'un diamètre de 5 cm par rapport aux matelas d'air à pression alternée avec des compartiments d'air d'un diamètre de 15 cm (Defloor et al. 2004 ^(19,46), NPUAP & EPUAP 2009) ^{(1) (2)}. De plus, l'utilisation correcte de ce type de matelas doit constituer un point d'attention. Les systèmes à air alterné fonctionnent avec une pompe qui gonfle et dégonfle les cellules. Ainsi, les défauts mécaniques (par exemple une fuite) ou l'utilisation incorrecte du système (par exemple coupure de l'alimentation électrique ou erreur de mise au point du poids du patient) peuvent soumettre le patient à un risque accru de développer une escarre, les tissus étant

sujets à des forces de pression et de cisaillement prolongées (Defloor et al. 2004^(18,50,102))⁽¹⁾.

Les matelas en mousse viscoélastique sont à préférer aux matelas standard. Dans différentes études, la supériorité de réduction de la pression des matelas en mousse viscoélastique par rapport aux matelas standard est exposée (Defloor et al. 2004^(15, 30, 35, 54, 61, 64, 75, 106, 114, 115), NPUAP & EPUAP 2009^(17, 54, 73, 90))^{(1) (2)}.

Une réduction de la pression de 20% à 30% est également observée dans différentes positions du corps lorsque les sujets sont positionnés sur un matelas en polyéthylène/polyuréthane viscoélastique (Defloor et al. 2004^(35, 41, 47, 115))⁽¹⁾. De plus, une RCT a démontré que le nombre de lésions pouvait être diminué de manière plus importante suite à l'utilisation d'un matelas en mousse viscoélastique en combinaison avec le changement de position toutes les 4h, en comparaison avec l'utilisation d'un matelas standard (Defloor et al. 2004⁽⁴¹⁾)⁽¹⁾. Dans une revue systématique de McInnes et al. (2008), les résultats de 5 RCT comparant les matelas en mousse viscoélastique et les matelas standard sont regroupés. Les matelas en mousse viscoélastique diminueraient l'incidence des escarres, en comparaison avec les matelas standard. Il n'est cependant pas possible de conseiller l'achat d'un type particulier de matelas (NPUAP & EPUAP 2009⁽⁷³⁾)⁽²⁾.

Un matelas à eau montre un effet clair de réduction de pression mais Sideranko et al. (1992) n'ont pas trouvé de différence de pression entre les matelas à eau et ceux à air (Defloor et al. 2004^(75, 96, 97))⁽¹⁾. Le désavantage le plus important des matelas à eau est qu'ils compliquent les changements de position spontanés du patient. A titre d'exemple, il est très difficile d'y positionner le patient correctement dans une position latérale à 30° (Defloor et al. 2004⁽⁸⁸⁾)⁽¹⁾. D'autres désavantages sont le poids du matelas et le refroidissement du matelas (Defloor et al. 2004⁽⁵⁵⁾)⁽¹⁾. Les matelas à fibres creuses ne montrent pas de différence de pression significative lorsqu'ils sont comparés aux matelas standard (Defloor et al. 2004⁽³⁴⁾)⁽¹⁾.

Lors de l'utilisation de matelas réduisant la pression (et des housses) il faut être attentif aux éléments suivants(Defloor et al. 2004)⁽¹⁾ :

1. Les matelas réduisant la pression ne sont efficaces que s'ils provoquent une extension suffisamment grande de la surface de pression. Plus grande est la répartition de la pression, plus la baisse de pression sur les tissus sera importante Defloor et al. 2004^(24,63))⁽¹⁾.
2. Lors de l'utilisation des matelas statiques réduisant la pression, les forces de cisaillement doivent être évitées. En principe, un matelas statique ne doit être déplacé qu'avec le corps du patient étendu dessus (Defloor T, 2004⁽⁶³⁾)⁽¹⁾.
3. Les matelas réduisant la pression doivent être confortables pour le patient et les soignants (Defloor et al. 2004^(64,71))⁽¹⁾. Les sur-matelas élèvent le niveau

du lit, réduisant ainsi l'aisance et l'indépendance du patient aussi bien dans le lit qu'autour de ce dernier.

4. Il faut éviter un effet d'écrasement ("bottoming-out") où le patient, surtout s'il est obèse, n'est plus soutenu par le matelas, mais repose directement sur la surface sous-jacente. Si lorsqu'on passe une main entre le patient et le matelas et que l'on sent la structure du lit, l'efficacité du matériel utilisé doit être remise en question (Defloor et al. 2004 ^(6,63,71,103)) ⁽¹⁾.
5. D'autres caractéristiques importantes sont à prendre en compte lors de l'acquisition d'un matelas : le rapport qualité/prix, la durabilité, la résistance au feu, le poids (plus particulièrement pour les sur-matelas), l'hygiène et l'entretien.

La réduction de pression provoquée par tous les matelas présentés est réelle, mais insuffisante comme mesure unique de prévention chez les patients à risque.

L'introduction d'un matelas réduisant la pression ne doit pas conduire à l'arrêt de la mobilisation alternée continue. Le changement de position reste important mais la fréquence peut éventuellement être adaptée en fonction du type de matelas (Defloor et al. 2004, NPUAP & EPUAP 2009) ⁽¹⁾ ⁽²⁾. Des experts indiquent que, s'il n'est pas possible de changer de position fréquemment ou s'il est impossible d'appliquer le changement de position (en combinaison ou non avec un matelas réduisant la pression statique), les matelas d'air à pression alternée et les matelas dynamiques répartissant la pression sont des alternatives efficaces (Defloor et al. 2004, NPUAP & EPUAP 2009) ⁽¹⁾ ⁽²⁾.

4.7.3.2.2 La protection des talons

RECOMMANDATION GENERALE

17. Pour chaque patient à risque, libérer les talons à l'aide d'un coussin à placer sous les mollets (GRADE 1B) ;

Il est recommandé de libérer les talons à l'aide d'un coussin, en étant attentif à assurer une bonne circulation veineuse, mais le coussin ne doit pas nécessairement être un coussin en mousse viscoélastique. Le choix d'un certain type de coussin doit se baser sur la mobilité du patient dans le lit (par exemple : pour un patient peu mobile, un simple coussin est une alternative moins chère et aussi efficace si il est utilisé correctement). Dans les soins à domicile les coussins viscoélastiques sont facilement utilisables et accessibles et peuvent être utilisés en position assise comme en position couchée.

RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES

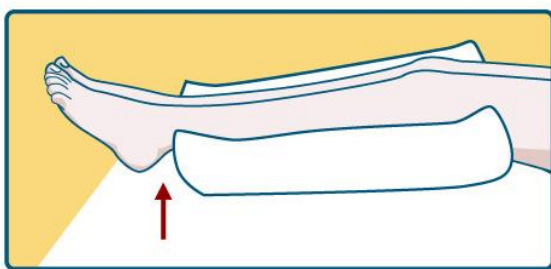
- Un matelas réduisant la pression ou un matelas d'air à pression alternée ne suffit pas comme mesure préventive pour les escarres des talons (GRADE 1C);
- Surélever les talons de sorte qu'aucune pression ne se produise à hauteur des tendons d'Achille, et ce dans une position avec les genoux légèrement fléchis (GRADE 1C);

Fréquemment, des escarres se manifestent à hauteur des talons: 20-80% des lésions rapportées se présentent à hauteur des talons ou des chevilles (Defloor et al. 2004 ^(56,83,95)) ⁽¹⁾. Une étude pilote européenne a relevé que 26% des lésions de décubitus se présentaient à hauteur des talons (Vanderwee 2006) ⁽⁴⁴⁾.

Un matelas réduisant la pression ou un matelas d'air à pression alternée ne suffit pas pour la prévention des escarres aux talons. La pression à hauteur des talons reste importante car elle ne peut pas être diffusée ou déplacée suffisamment. Pour cette raison, les experts mettent l'accent sur l'importance de libérer les talons. Par ce principe, les talons ne subissent plus aucune pression et ne sont donc plus exposés au risque d'escarres. Il est important d'éviter les pressions sur le tendon d'Achille en glissant un coussin sous les mollets, les genoux légèrement fléchis (Defloor et al. 2004, NPUAP & EPUAP 2009) ⁽¹⁾ ⁽²⁾.

Si l'articulation du genou n'est pas suffisamment soutenue, des problèmes articulaires peuvent se manifester. Il est important, surtout chez les patients immobilisés, d'appliquer constamment cette surélévation des talons comme mesure de prévention (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾.

Figure 8: La libération des talons



4.7.3.2.3 Les coussins

RECOMMANDATIONS GENERALES

18. Limiter la durée de la position assise chez le patient, plus particulièrement si la pression n'est pas diminuée (GRADE 1B) ;

19. Positionner les patients à risque en position assise de manière stable sur un coussin de redistribution de pression (GRADE 1B) ;

La durée de la position assise doit être limitée chez le patient. Cette durée varie en fonction du support utilisé et de l'état général du patient. Peu de recherches ont été réalisées sur la fréquence de mobilisation en fonction des supports sur lesquels reposent les patients. De plus, ces recherches risquent de devenir rapidement obsolètes en raison de l'évolution rapide des technologies et du matériel proposé par les firmes. En soins à domicile, cela signifie que la période d'installation en position assise est forcément liée à l'intervalle de temps limité entre deux moments de soins, sauf si un proche est capable de réinstaller le patient dans son lit. Si les proches sont impliqués et capables d'aider le patient à retourner au lit après une période en position assise, les soignants doivent s'assurer que ce transfert sera réalisé sans frictions/cisaillement ou sans autre risque (tant pour le patient que pour l'aidant informel).

RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES

- Limiter la durée d'installation du patient en position assise au fauteuil (GRADE 1B);
- Utiliser un coussin d'assise à redistribution de pression (anti-escarres) pour les patients à mobilité limitée et pour tout patient à risque de développer des escarres (GRADE 1B);
- Préférer les coussins à air et les coussins en mousse viscoélastique pour réduire la pression en position assise droite (GRADE 1C);
- Préférer les coussins à air en cas d'affaissement latéral ou ventral (GRADE 1C);
- Les coussins à fibres creuses, les coussins à eau, les coussins en gel et les peaux de mouton ne peuvent pas être recommandés dans le cadre de la prévention des escarres (GRADE 1B);
- Combiner l'utilisation des coussins réduisant la pression avec le changement de position (GRADE 1B);

- Il n'y a pas suffisamment de recherches pour recommander l'utilisation d'un type particulier de coussin réducteur de pression.
- Apporter une attention supplémentaire pour les affaissements verticaux et latéraux du corps du patient. Des accoudoirs peuvent aider à stabiliser la position du patient (GRADE 1C);
- La stabilité du patient en position assise détermine le choix du coussin anti-escarre (GRADE 1C).

Les coussins anti-escarres sont des outils de prévention qui réduisent les pressions au niveau des surfaces de contact et doivent être installés sur les chaises, les fauteuils et/ou les fauteuils roulants. En fonction de la nature et de la composition des coussins, leur consistance et leur forme changera suite à la pression exercée par le patient et la surface de contact sur laquelle le patient repose (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾.

Dans une RCT comparant deux types de coussins, Geyer et al. (2001) ont étudié 32 personnes issues d'une maison de repos qui demeuraient au moins 6h par jour dans un fauteuil roulant. 15 résidents constituaient le groupe de recherche et 17 résidents le groupe contrôle. Le groupe de recherche était équipé d'un coussin redistribuant la pression, alors que le groupe contrôle était installé sur un coussin en mousse. Au total, 16 des 32 résidents ont développé une lésion de décubitus, ne démontrant donc pas de différence significative entre les deux types de coussin. Si on tient compte des lésions à hauteur du bassin, l'incidence était significativement plus basse au niveau du groupe expérimental ($p < 0.005$) (NPUAP & EPUAP 2009 ⁽⁵¹⁾) ⁽²⁾.

En 1999, Collins a réalisé une étude contrôlée non randomisée sur un groupe de 40 personnes âgées, dans un établissement de soins aigus. Le groupe expérimental était équipé d'un fauteuil gériatrique avec accoudoirs rembourrés, un coussin redistribuant la pression et des supports latéraux pour la tête. Le groupe contrôle était équipé d'un fauteuil standardisé avec accoudoirs et coussins. Le groupe expérimental a développé significativement moins d'escarres ($p < 0.0001$) (NPUAP & EPUAP 2009 ⁽³¹⁾) ⁽²⁾.

Defloor & Grypdonck (2000) ont réalisé une recherche en laboratoire avec des volontaires, pour une étude concernant six types de coussins (des coussins à air, à eau, à fibres creuses, en mousse, un coussin combinant du gel et de la mousse, et des peaux de mouton). Les coussins à air et certains types de coussins en mousse ont présenté des valeurs de pression les plus basses, après immobilisation des volontaires sur le coussin pendant 1h. Les coussins en gel et les peaux de mouton donnaient les plus hautes pressions (NPUAP & EPUAP 2009 ⁽³⁶⁾) ⁽²⁾.

Suite au risque d'escarres augmenté en position assise, l'utilisation d'un coussin d'assise réduisant la pression est nécessaire. Un coussin anti-escarre de bonne qualité devrait avoir comme caractéristique majeure la capacité de redistribuer la pression le plus régulièrement possible sur une grande surface de contact.

Complémentairement à l'utilisation d'un coussin réduisant la pression, le changement de position, est nécessaire. Il est également recommandé de limiter la durée d'installation d'un patient en position assise, même en présence d'un coussin réduisant la pression (Defloor et al. 2004 ^(48, 49, 98, 100,112), NPUAP & EPUAP 2009) ⁽¹⁾ ⁽²⁾.

Lors de l'achat d'un coussin réduisant la pression, la capacité du coussin à réduire la pression constitue le critère le plus important à prendre en considération. Cependant, il faut également tenir compte du fait que la réduction de pression induite par le coussin n'est pas suffisante et ne prévient pas les escarres, étant donné que la surface de contact n'est pas suffisamment augmentée. Il est donc nécessaire d'inclure d'autres critères (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾ :

1. Les coussins statiques doivent garantir la stabilité du patient. L'affaissement vertical augmente la pression et neutralise ainsi la caractéristique de réduction de pression du matériel. Des coussins adaptés à l'individu augmentant la surface de pression sont donc préférables (Defloor et al. 2004 ^(57,89)) ⁽¹⁾.
2. Les coussins statiques doivent être confortables pour le patient et pour le soignant (Defloor et al. 2004 ^(64, 71)) ⁽¹⁾.
3. Il faut éviter un effet d'écrasement du matériel (bottoming out), y compris chez les patients obèses (Defloor et al. 2004 ^(63, 71)) ⁽¹⁾.

En plus de ces caractéristiques élémentaires, d'autres critères supplémentaires sont également à prendre en considération lors de l'achat d'un coussin statique: le rapport qualité/prix, la durabilité, le caractère ignifuge, la régulation de l'humidité et de la température, l'hygiène et l'entretien (Defloor et al. 2004) ⁽¹⁾.

Les coussins à air sont préférables grâce à leur réduction de pression importante en position assise. Si le coussin à air n'a pas été gonflé suffisamment, un effet d'écrasement des tissus entre la peau et l'os, peut se produire ayant pour résultat d'être plus délétère qu'utile. Les coussins en mousse viscoélastique et certains types de coussins en mousse peuvent réduire les pressions de manière importante. Cependant, tous les types de coussins en mousse ne sont pas appropriés, parce qu'ils nécessitent une position stable du patient. La position assise doit être contrôlée régulièrement et éventuellement corrigée, car il faut éviter l'affaissement vertical et latéral du patient.

Les coussins à fibres creuses, les coussins en gel et les peaux de mouton entraînent une réduction de pression trop limitée, voire inexistante pour la prévention des escarres. Ils ne sont donc pas recommandés.

La pression sur les coussins à eau est basse, mais ces coussins ne permettent pas de maintenir le patient dans une position assise et droite. Sur un tel coussin, l'affaissement vertical ou latéral se manifeste, augmentant fortement l'inconfort du patient et les pressions. Le confort du patient est également déterminé par les

variations de température du coussin à eau. Les coussins en forme d'anneau ne permettent pas de réduire la pression, au contraire, ils l'augmentent sur les points de contact, provoquant des escarres au lieu de les prévenir (Defloor et al . 2004, NPUAP & EPUAP 2009) ⁽¹⁾ ⁽²⁾.

4.7.3.3 Les soins de la peau

RECOMMANDATIONS GENERALES

20. Hydrater la peau sèche du patient à risque pour diminuer le risque de lésions de la peau (GRADE 1B);

21. Protéger la peau contre l'exposition à l'humidité (opinion d'experts) et contre des lésions dues à l'incontinence (GRADE 1C);

Quand une déshydratation de la peau est constatée, une crème hydratante peut être administrée avant toute autre mesure préventive, telles que le changement de position et l'usage de matériel de prévention. L'hydratation de la peau sèche comme unique mesure préventive n'est pas suffisante et doit toujours être combinée avec des mesures qui permettent de diminuer la pression de manière adéquate (mobilisation alternée, matelas et coussin adaptés, etc.). En cas de ramollissement et/ou de lésions de macération, il est nécessaire de protéger la peau.

RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES

- Ne pas appliquer le massage de la peau comme mesure de prévention des escarres (GRADE 1B);
- Eviter absolument de frotter avec insistance les parties de la peau qui forment des zones à risque d'escarres (GRADE 1C);
- Hydrater la peau avec des produits hydratants pour peau sèche afin de réduire le risque de détérioration de la peau (GRADE 1B);
- Protéger la peau de l'humidité excessive grâce à un produit barrière transparent afin de réduire les risques de lésions dues à la pression (GRADE 1C).

4.7.3.4 La nutrition

RECOMMANDATIONS GENERALES

22. Dépister et évaluer l'état nutritionnel de tout individu à risque d'escarres
(opinion d'experts);

23. Déterminer l'état nutritionnel pour chaque patient à risque de dénutrition à l'aide d'une échelle validée (GRADE 1C);

24. Diriger chaque patient à risque de dénutrition vers un diététicien en vue d'une prise en charge adaptée (GRADE 1C) ;

A l'heure actuelle, l'effet des interventions nutritives dans le cadre de la prévention des escarres n'est toujours pas clair. Il n'y a pas de preuve que l'administration de compléments alimentaires contribue réellement à la diminution de l'incidence des escarres (Langer et al. 2008) ⁽²⁴⁾.

Dans la recommandation internationale concernant la nutrition et les escarres, un arbre décisionnel a été proposé indiquant que l'intervention nutritive dans la prise en charge préventive des escarres se compose de: l'évaluation de l'état nutritionnel chez les patients à risque d'escarres, l'adoption de mesures nutritives, l'évaluation de ces interventions et le suivi. Cet algorithme est proposé en annexe 5 de cette recommandation (Schols et al. 2007, EPUAP 2003, NPUAP & EPUAP 2009) ^{(40) (15) (2)}.

RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES

- Evaluer le régime alimentaire chez tous les patients à risque d'escarres (opinion d'experts);
- L'équilibre de l'alimentation seul ne suffit pas pour la prévention des escarres (GRADE 2C);
- Déterminer l'état nutritionnel d'un patient d'une manière conséquente et uniforme avec un instrument valide, d'utilisation facile et convivial (GRADE 1C);
- Orienter chaque patient à risque de dénutrition vers un diététicien en vue d'une prise en charge individuelle (GRADE 1C);

- Chaque patient à risque d'escarres et à risque de dénutrition doit prendre un minimum de 30-35 kcal par kg (poids corporel) quotidiennement, 1.25 – 1.5 g protéines par kg (poids corporel) par jour et 1ml de liquide par kcal par jour (opinion d'experts);
- Offrir des suppléments alimentaires riches en protéines par voie orale et/ou par sonde en plus du régime alimentaire habituel aux personnes présentant des risques de dénutrition ou d'escarre suite à la présence de pathologies aiguës ou chroniques, ou suite à une intervention chirurgicale (GRADE 1A);
- Administrer des compléments alimentaires et/ou une alimentation par sonde entre deux repas si les capacités du patient à s'alimenter sont compromises (opinion d'experts).

La dénutrition est considérée comme un indicateur de risque d'escarres. Elle constitue cependant un facteur de risque d'apparition plus probable chez les personnes âgées, par rapport aux personnes plus jeunes immobilisées et donc à risque de développer des escarres (ex : accident de roulage, infirmité motrice cérébrale (IMC), etc).

D'une part, la reconnaissance et le traitement de la dénutrition est nécessaire, mais d'autre part, il n'y a pas de lien de cause à effet entre l'état nutritionnel du patient et l'incidence des escarres.

Par conséquent, il est utile d'évaluer le régime alimentaire chez les patients à risque, mais un apport nutritionnel adéquat ne suffit pas à éviter l'apparition d'escarres (Defloor et al. 2004 ^(72, 105), NPUAP & EPUAP 2009 ^(44, 66, 72, 93, 105)) ^{(1) (2)}. La détermination du régime alimentaire d'un patient à risque d'escarre doit être réalisée de manière cohérente et uniforme (NPUAP & EPUAP 2009) ⁽²⁾, en tenant compte des besoins, des capacités et des souhaits et des goûts du patients.

Il existe encore beaucoup de confusion sur le rôle de la prise et du régime alimentaire dans la prévention des escarres. Aucune étude n'a démontré un lien de cause à effet entre les déficits alimentaires et le développement des escarres. Un mauvais état nutritionnel ou une prise d'alimentation insuffisante est un des déterminants possibles des patients à risque. L'état nutritionnel, en tant que tel, est un des éléments à évaluer pour dépister les patients à risque d'escarre, mais la plupart des recommandations ne donnent qu'un avis sans engagement. Davantage de recherches sont nécessaires pour démontrer un lien de cause à effet éventuel entre l'alimentation et le développement des escarres (Schols et al. 2007) ⁽⁴⁰⁾.

Pour rechercher l'effet des mesures nutritives prises chez les patients à risque d'escarre dans le domaine des soins à domicile, Wouters et al. (2004) ⁽⁴⁷⁾ ont pris comme base de données une étude de prévalence antérieure (Paquay et al. 2008) ⁽³⁵⁾. Ils ont constaté que la prise de liquides était insuffisante pour 60% des patients présentant une lésion de décubitus et qu'une hydratation insuffisante augmente le

risque d'escarres. De plus, les auteurs ont constaté que la plupart des patients ne prenaient des compléments alimentaires que lorsque des lésions étaient déjà présentes (7,5% des patients présentant au moins une lésion et 0,4% des patients sans lésions prenaient des suppléments nutritionnels). Généralement la consultation d'un diététicien avait lieu alors que l'état alimentaire du patient était bon, mais les chercheurs n'ont pas pu déterminer si cet état était la conséquence des consultations. Les chercheurs ont conclu que le risque de dénutrition n'était généralement pas lié à l'âge mais plutôt au degré de dépendance à l'égard des soins (Wouters et al. 2004) ⁽⁴⁷⁾.

La revue systématique de Reddy et al. (2006) ⁽³⁹⁾ a recherché quelles étaient les interventions les plus prometteuses dans le cadre de la prévention des escarres. En plus d'autres conclusions, cette revue a permis de mettre en évidence, sur base d'une RCT réalisée en milieu hospitalier, que l'optimisation de l'état nutritionnel par l'administration de compléments nutritionnels oraux était une mesure de prévention adéquate.

Cependant, la revue systématique s'est basée sur des RCT parfois de faible qualité scientifique et les auteurs ont noté la nécessité de recherches supplémentaires (Reddy et al. 2006) ⁽³⁹⁾. Il ne suffit donc pas d'équilibrer uniquement l'état nutritionnel pour prévenir les escarres.

En ce qui concerne l'évaluation de l'état nutritionnel, Guigoz a décrit le Mini Nutritional Assessment (MNA) comme un instrument d'évaluation fiable qui peut être utilisé par des professionnels afin de recueillir les données minimales sur l'état nutritionnel (Guigoz 2006) ⁽¹⁷⁾.

Kaiser et al. (2009) ⁽¹⁹⁾ ont analysé les données de 2032 patients évalués au moyen de l'MNA en vue de la validation d'une version courte révisée (MNA-SF®). Leur conclusion était que cette version courte était un instrument validé (surtout chez les personnes âgées) et très convivial pour l'utilisation en pratique des professionnels de santé (Kaiser et al. 2009) ⁽¹⁹⁾.

Pour les professionnels de première ligne, le MNA-SF® (voir annexe 6) est recommandé par le Plan National Nutrition Santé de Belgique (PNNS-B) comme instrument de premier choix pour l'évaluation de la dénutrition chez les patients à risque d'escarre (Cordyn & De Vlieghe 2009) ⁽¹¹⁾. L'EPUAP recommande la pesée du patient, l'inspection de la peau et la notification minutieuse de la prise d'alimentation et de liquides comme pratiques minimales (EPUAP 2003) ⁽¹⁵⁾.

En tenant compte de la dénutrition comme facteur de risque pour les escarres, une prise en charge plus complète et une intervention alimentaire visant à l'amélioration de la prise d'alimentation et de liquides est nécessaire. L'évaluation de la qualité de l'alimentation, la suppression des obstacles physiques et sociaux durant les repas et l'ajout de compléments alimentaires sont des interventions mises en place par un diététicien, ou éventuellement par le médecin généraliste à domicile. A côté d'une

évaluation plus approfondie, le diététicien doit aussi estimer les besoins alimentaires, vérifier dans quelle mesure la prise d'alimentation y correspond, prendre des mesures appropriées et évaluer les résultats de son intervention, et ce, pendant la période où le patient est considéré comme à risque (NPUAP & EPUAP, 2009) ⁽²⁾. Des éléments comme la prise de poids, l'état physique amélioré, la diminution de l'incidence des plaies et/ou la guérison de lésions d'escarres présentes, peuvent démontrer l'efficacité des mesures prises (Schols et al. 2007) ⁽⁴⁰⁾.

La consultation d'un diététicien peut cependant être problématique en soins à domicile, surtout pour les patients alités. Certains services de soins à domicile proposent les services d'un diététicien, pouvant, dans certains cas, se rendre au domicile des patients. Cependant, il ne s'agit pas d'une généralité et les consultations à domicile de diététiciens indépendants ne sont pas encore intégrées dans les pratiques.

L'objectif principal de l'optimisation de l'alimentation est d'éviter le déficit de protéines et d'énergie, préférablement via la nutrition normale par voie orale. Afin de détecter les facteurs qui entravent éventuellement la prise normale d'aliments et de liquides, il est également nécessaire de noter les éléments de l'environnement direct, y compris la disponibilité de la nourriture adéquate ainsi que ses aspects fonctionnels et sociaux. Le changement de ces conditions peut stimuler ou faciliter de manière significative la prise d'aliments (Schols et al. 2007) ⁽⁴⁰⁾.

La qualité et la valeur énergétique de la nourriture sont plus importantes que la quantité. En revanche, la quantité de liquides prise est aussi importante que la qualité (Schols et al. 2007) ⁽⁴⁰⁾.

S'il n'est pas possible d'optimiser la prise d'aliments et de liquides par la nourriture quotidienne normale, l'administration de compléments oraux riches en protéines peut être prise en considération, éventuellement par sonde. La règle de conduite générale est la prise minimale de 30 à 35 kcal par kg par jour, 1,25 à 1,5 g de protéines par kg par jour et 1 ml de liquides par kcal par jour (Schols et al. 2007, EPUAP 2003, NPUAP & EPUAP 2009) ^{(40) (15) (2)}. Dans une méta-analyse de Stratton et al. (2005) ⁽⁴¹⁾, les résultats de cinq RCT's dans lesquelles l'effet de compléments alimentaires était comparé avec les soins de prévention des escarres réguliers (par ex. un régime habituel – normal – et la prise en charge des escarres). La conclusion était que l'administration de compléments alimentaires (pour la plupart riches en protéines) était associée à une diminution du développement d'escarres (Stratton et al. 2005) ⁽⁴¹⁾. Cependant, ces études n'étaient pas d'excellente qualité (Schols et al. 2007) ⁽⁴⁰⁾.

Pour formuler leurs recommandations concernant l'alimentation dans le cadre de la prévention des escarres, les chercheurs de l'NPUAP&EPUAP se sont basés sur des recommandations de l'ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism 2006 ⁽⁴⁵⁾) et de l'ASPEN (American Society for Parenteral and Enteral

Nutrition 2005 ⁽⁴⁾). L'ESPEN recommande plusieurs échelles validées pour l'évaluation de l'état nutritionnel dont notamment le MNA pour les personnes âgées et le MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) pour les adultes, toutes deux validées⁽²¹⁾. En Belgique, le MNA (version courte) est le plus utilisé. Les deux échelles figurent en annexes 6 et 7. L'échelle MUST ne bénéficie que d'une traduction partielle en français.

4.7.4 Les mesures et le matériel inefficaces

RECOMMANDATION GENERALE

25. N'utiliser que du matériel adéquat et n'appliquer que des mesures adéquates pour la prévention des escarres (opinion d'experts) ;

Il est important d'utiliser uniquement du matériel recommandé et d'appliquer uniquement les mesures recommandées. Les peaux de mouton, l'éosine, le massage, la friction à la glace et tout autre matériel ou intervention ne permettent pas une prévention correcte des escarres. Ces mesures ont parfois un effet délétère et ne doivent pas être utilisées.

RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES

- Les matelas standard, les matelas à fibres creuses, les matelas à eau et pneumatiques ne sont pas recommandés dans le cadre de la prévention des escarres (GRADE 1B);
- Les systèmes placés en-dessous du matelas pour le positionnement latéral mécanique du patient ne sont pas recommandés (GRADE 1C);
- Les matelas dont la surface de contact a été diminuée (p.ex. par l'enlèvement de blocs) donnent moins de support au patient et augmentent les pressions. Ils ne contribuent donc pas à la prévention des escarres et ne sont pas recommandés (GRADE 1C);
- Une alèse, un molleton et une peau de mouton ne sont pas recommandés (GRADE 1C);
- Les coussins à fibres creuses, les coussins à eau, les coussins en gel et les peaux de mouton ne sont pas recommandés dans le cadre de la prévention des escarres (GRADE 1B);
- Les pansements anti-pression au niveau des talons ou des coudes n'évitent pas le développement d'escarres mais au contraire y contribuent (GRADE 1C);

- Les pansements (p.ex. les hydrocolloïdes) efficaces pour le traitement des escarres n'ont aucun effet préventif (GRADE 1C);
- Le massage de la peau et le frottement intense sur des zones de peau à risque de développer des escarres ne sont pas recommandés dans le cadre de la prévention (GRADE 1B);
- Le changement de position à une fréquence inférieure à toutes les 2h ne suffit pas pour les patients positionnés sur un matelas ne réduisant pas la pression (GRADE 1C);
- Chez les patients à risque installés sur un matelas à réduction de pression, ne plus appliquer le changement de position constitue un risque pour le développement d'escarres (GRADE 1C).

L'argumentation concernant la proposition de la plupart des mesures et du matériel inadéquat est reprise dans les chapitres précédents.

4.8 La prévention des escarres comme intervention infirmière

La situation spécifique du domicile, en particulier l'engagement des aidants informels et la présence fragmentée des infirmier(e)s et autres professionnels de santé, implique que le rôle des proches devient beaucoup plus important dans le cadre de la prévention des escarres. Cependant, ce rôle est peu étudié. Souvent, le patient et ses proches ont peu de connaissances sur le sujet et s'attendent à recevoir de l'information et un soutien de la part de l'infirmier(e).

4.8.1 Les connaissances des infirmier(e)s

RECOMMANDATION GENERALE

26. Afin de favoriser l'implémentation des mesures de prévention des escarres, il est recommandé que les infirmier(e)s en soins à domicile suivent des formations traitant des mesures efficaces dans le domaine de la prévention des escarres (GRADE 1C) ;

Paquay et al. (2008) ont effectué une étude transversale déterminant la prévalence des escarres en soins à domicile, tout en recherchant le degré d'application des recommandations dérivées de la recommandation belge pour la prévention des escarres par les professionnels et l'implication informelle des soignants (Paquay et al. 2004, 2008) ⁽³⁶⁾ ⁽³⁵⁾. Des infirmier(e)s à domicile issu(e)s de 9 équipes régionales d'une société belge de soins à domicile ont rempli un questionnaire pour 2779 patients. Les mesures préventives n'étaient pas appliquées pour 229 des 744 patients considérés comme patients à risque sur l'échelle de Braden et/ou suite à l'évaluation clinique de l'infirmier(e). Vingt-deux de ces patients présentaient même

une ou plusieurs plaies. De plus, 21 patients présentant au moins une lésion étaient identifiés, mais non considérés comme patients à risque par l'infirmier(e). Seuls 33 patients bénéficiaient de mesures préventives conformes à la recommandation belge pour la prévention des escarres. La conclusion de cette étude était que les infirmier(e)s en soins à domicile, et par conséquent les patients et leurs proches, ne sont guère au courant de la recommandation belge pour la prévention des escarres et l'appliquent très peu. Dans cette étude, les infirmier(e)s en soins à domicile n'étaient pas capables de réaliser une évaluation de risque correcte et appliquaient une combinaison de mesures souvent non-adéquates.

Il est donc nécessaire que les infirmier(e)s en soins à domicile aient connaissance des recommandations et suivent des formations sur les mesures adéquates, dans le cadre de la prévention des escarres (Paquay et al. 2004, 2008) ⁽³⁶⁾ ⁽³⁵⁾. Cependant, en soins à domicile, il demeure beaucoup de barrières externes à l'implémentation des recommandations et des mesures adéquates. L'infirmier(e) en soins à domicile devra donc informer le patient et ses proches des mesures recommandées afin de les convaincre de leur nécessité et de lever un maximum de barrières à leur application optimale.

4.8.2 L'engagement de l'entourage

RECOMMANDATION GENERALE

27. Eduquer le patient et son entourage sur la stratégie de prévention (opinion d'experts) ;

En soins à domicile, les proches jouent un rôle important. Il est nécessaire de les informer correctement et de les impliquer dans le dépistage, l'observation et l'application éventuelle de mesures préventives.

L'infirmier(e) est responsable de l'inspection de la peau (déshydratation, rougeur disparaissant ou non à la pression, plaies) et est attentif(ve) à la douleur, à toute gêne et/ou inconfort, et ce, à l'occasion de l'évaluation du risque d'escarres ou lors de la prise en charge quotidienne. Il pourrait être envisagé de déléguer à l'entourage cette inspection de la peau, entre les moments de soins planifiés.

Des mesures adéquates doivent être appliquées chez les patients incontinents afin d'éviter les lésions de macération. Si des plaies se présentent au niveau du coccyx, il est important de faire la distinction entre les lésions de macération et les escarres (cfr Chap. 4.7.1.2.2).

En ce qui concerne la participation des patients et de leurs proches, Paquay et al. (2007) indiquent que les patients recevaient souvent une information peu structurée sur la prévention et le traitement des escarres. Les aidants informels ne prenaient

probablement pas suffisamment de précautions en termes de prévention pour éviter les escarres. Les patients à risque ou leurs représentants ne disposaient donc pas des connaissances nécessaires afin d'interpeller les professionnels sur les mesures de prévention.

Lorsqu'un protocole d'instructions formel est rédigé et si le patient et son entourage sont au courant de son contenu, les rôles et missions des différents intervenants ainsi que les résultats attendus sont clairs. Un protocole clair et complet, basé sur des données probantes, dans un langage adapté au public concerné et conservé au domicile du patient, a pour avantage qu'il peut être considéré comme support pour l'éducation du patient, la qualité, l'évaluation et l'amélioration des soins (Paquay et al. 2007 ⁽¹¹³⁾) ⁽³⁴⁾.

La participation active du patient dans la prévention des escarres est d'une grande importance. La contribution du patient aux soins est très importante pour son estime personnelle, même s'il dépend des soins d'autres personnes. Il faut envisager p.ex. le rôle actif du patient lors de l'inspection quotidienne des points de compression sur sa peau (AHCPR, 1992) ⁽⁴⁾. Il est cependant recommandé d'évaluer le degré d'acquisition et de maîtrise par le patient, des informations données lors de son éducation.

4.8.3 L'éducation du patient et de ses proches

28. L'éducation du patient et ses proches sur la problématique des escarres via une brochure-patient augmente la probabilité de l'application des mesures préventives efficaces (GRADE 1C) ;

Dans un chapitre précédent, la méthodologie de l'évaluation du risque d'escarres a été élaborée mais il n'y avait pas de "gold standard". On pourrait poser comme principe général qu'en soins à domicile, tous les patients bénéficiant d'une toilette hygiénique présentent un risque augmenté pour le développement d'une lésion de décubitus (Paquay et al. 2004, 2007) ⁽³⁶⁾ ⁽³⁴⁾. Sur base de ce principe, il peut être justifié de ne démarrer immédiatement et systématiquement la prévention des escarres que chez des patients où le soignant a objectivé une mobilité altérée. En l'absence d'une supervision continue à domicile, le patient et ses proches (aidants informels), par l'observation de la peau au niveau des points de pression, sont des partenaires incontournables dans la stratégie d'évaluation et de prévention. En cas d'observation d'une rougeur qui ne disparaît pas à la pression en combinaison avec le jugement clinique et l'évaluation du risque d'escarres via une échelle validée, une intervention préventive rapide est nécessaire mais souvent difficile à mettre en place immédiatement à domicile (Verstraete & Paquay 2008) ⁽⁴⁵⁾. Les aidants informels

peuvent participer activement à la rapidité de la mise en place des mesures préventives en contactant par exemple par téléphone l'infirmier(e) ou le médecin généraliste lorsqu'ils constatent l'apparition d'une rougeur ne disparaissant pas à la pression sur une zone à risque. Ce contact téléphonique pourrait permettre aux soignants d'avancer leur visite au patient et de démarrer plus rapidement, si nécessaire, les mesures adéquates de prévention.

Afin d'optimiser les conditions préventives à domicile, il est donc important de transmettre les notions nécessaires aux patients et à leurs proches. Les infirmier(e)s en soins à domicile doivent fournir une information correcte et claire tout en chassant le mythe des escarres inhérentes à l'infirmité et au processus de vieillissement. Ils doivent combattre les résistances présentes chez le patient et ses proches et leur faire comprendre l'importance des mesures préventives (Paquay et al. 2008 ⁽⁵⁾) ₍₃₅₎.

La communication avec le patient et sa famille ainsi qu'une transmission consciencieuse de l'information sont des étapes primordiales de la stratégie de prévention. En effet, les patients et leurs proches jouent un rôle important notamment pour le signalement des problèmes détectés et pour l'application de mesures préventives apprises suite à l'éducation donnée par l'infirmier(e). La condition étant bien entendu que l'infirmier(e) lui (elle)-même dispose de l'information (Verstraete & Paquay 2008) ₍₄₅₎.

Lors d'un enregistrement continu effectué par la Wit-Gele Kruis en Flandres, l'impact de l'utilisation et de l'explication d'une brochure pour le patient sur l'application de mesures efficaces chez les patients à risque a été étudié dans le cadre de la sensibilisation du patient et des proches (Paquay et al. 2010) ₍₃₁₎.

La brochure, réalisée avec des termes simples et compréhensibles, est constituée des parties suivantes:

- la définition et les causes des escarres ;
- les points de pression (à l'aide d'un dessin) ;
- les conditions du risque d'apparition d'escarres ;
- la reconnaissance des escarres ;
- la contribution du patient et de ses proches à la prévention des escarres ;
- la mobilisation et la position du patient (à l'aide d'un dessin) ;
- les mesures préventives choisies pour ce patient (position couchée – assise) ;
- les mesures inefficaces ;
- des trucs et astuces pour la pratique quotidienne ;
- un espace sur la brochure pour l'annotation des mesures convenues.

On pourrait conclure que dans les circonstances où la brochure-patient est utilisée, davantage de mesures adéquates sont appliquées. Les mesures non-adéquates sont quant à elles moins présentes. De plus, le nombre de patients pour lesquels

aucune mesure préventive n'est appliquée semble diminuer. Cependant les auteurs eux-mêmes ont indiqué quelques limites majeures à leur recherche, notamment le grand nombre de données manquantes en ce qui concerne l'utilisation de la brochure. Ils concluent également que la problématique doit être continuellement mise en avant en vue du maintien le niveau de qualité. Ils insistent également sur la nécessité de stimuler l'éducation du patient et de ses proches à l'aide de la brochure.

5 Bibliographie

1. Defloor et al . *Recommandation belge pour la prévention des escarres*. SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et environnement, Bruxelles, 2004
2. National Pressure Ulcer Advisory Panel & European Pressure Ulcer Advisory Panel. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline*. 2009
3. Academisch medisch centrum: www.amc.uva.nl, consulté le 23 mars 2010
4. AHCPR, A. F. (1992),
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hsahcpr&part=A9527>, consulté le 3 mars 2010
5. Beeckman D., Schoonhoven L., Fletcher J., Furtado K., Heyman H., Paquay L., De Bacquer D., Defloor T. *Pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis: effectiveness of the pressure ulcer classification education tool on classification by nurses*. Qual Saf Health Care, 2010 (doc 10.1136/QSHC.2008.028415), published online.
6. Bergquist S. *The quality of pressure ulcer prediction and prevention in home health care*. Applied Nursing Research , 18, 148-154, 2005.
7. Bergquist-Beringer S. , Makosky Daley C., *Adapting pressure ulcer prevention for use in home health care*, J Wound Ostomy Continence Nur.;38(2):154-154, 2011.
8. Bergstorm N. *Pressure ulcers among home care patients: whose responsibility are they?* Journal of the american geriatrics society , 48 (9), 2000.
9. Bours GJJW H. R. *Landelijke prevalentie onderzoek decubitu.*, Maastricht: Universiteit Maastricht stuurgroep decubitus, 2000.
10. CBO *Decubitus: tweede herziening*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, 2002.
11. Cordyn S. & De Vliegheer K. *Handboek Wondzorg*. Brussel: Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, 2009.
12. Dailey M. *Interdisciplinary collaboration : essential for improved wound care outcomes and wound prevention in home care*. Home health care management and practice, 17 (3): 213-21 (39 ref), April 2005.
13. De Vliegheer K. *Een onderzoek naar kerninterventies in de thuisverpleegkunde*. Brussel: Vlaamse Federatie van diensten voor thuisverpleging, 2002.

14. Defloor T., Gobert M., Bouzegta N., Beeckman D., Vanderwee K., Van Durme Th . *Etude de la prévalence des escarres dans les hôpitaux belges - Projet PUMap*. Enquête réalisée par l'Université de Gand et l'Université Catholique de Louvain, subsidiée par le Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2008
15. European Pressure Ulcer Advisory Panel. *Voedingsrichtlijn voor de preventie en behandeling van decubitus*. EPUAP, 2003.
16. Ferrell B. J. Pressure ulcers among patients admitted to home care. *J Am Geriatr Soc* , 48 (9), 1042-1047, 2000.
17. Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA) review of the literature—What does it tell us ?* The Journal of Nutrition, Health & Aging, 2006.
18. Halfens RJG, Meijers I., Du Moulin M., Van Nie N., Neyens J., Schols J. *Rapportage Resultaten : Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen*, Universiteit Maastricht, CAPHRI, Departement of Health Care and Nursing Science, 2010.
19. Kaiser M., Bauer J., Ramsch C., Uter W., Guigoz T., Thomas D., et al. *Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA®-SF): A practical Tool for identification of nutritional status*. The Journal of Nutrition, Health & Aging , 2009.
20. Kimara S., Pacala Jt, *Pressure ulcers in adults : family physicians knowledge, attitude, practice preferences and awareness of AHCPR guidelines*, journal of Family Practice, 44 (4) : 361-8, 1997.
21. Kondrup J., Allison SP, Ella M., Vellas B., Plauth M. *Educational and Clinical Practice Committee European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN) Guidelines for Nutrition Screening 2002*, Clinical Nutrition, 22(4):415-421, 2003
22. Landelijke prevalentie-meting zorgproblemen: www.lpz-um.eu, consulté le 23 mars 2010
23. Langemo D. & Baranoski S. *Key points on caring for pressure ulcers in home care*. Home Health Nurse , 21 (5), 309-315, 2003.
24. Langer G., Knerr A., Kuss O., Behrens J., Schlömer GJ., *Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers* (Review), Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008
25. Le Groupe Belge d'Assurance Qualité sur la Prévention des escarres - Belgische werkgroep voor kwaliteitszorg ter preventie van decubitus. *Decubitus en zijn kwaliteitsindicatoren: resultaten nationale audit mei 2000 en vergelijking 1995-96-97-98-2000*. Brussel: Belgisch Ministerie van Volksgezondheid en Leefmilieu, 2000.

26. McInnes E., Jammali-Basi A., Bell-Syer SEM, Dumville JC, Cullum N., *Support surfaces for pressure ulcer prevention* (review), Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011
27. Moore ZEH, Cowman S., *Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers* (Review), Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010
28. National Institute for Health and Clinical Excellence. *The management of pressure ulcers in primary and secondary care: a clinical practice guideline*. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005.
29. National Pressure Ulcer Advisory Panel & European Pressure Ulcer Advisory Panel. *Recommandations Nutritionnelles dans la prévention et le traitement des escarres*. 2003.
30. Nationaal Multiple Sclerose Centrum VZW, 2010 :
<http://www.mscentre.be/nl/zorgaspecten/doorligwonden.html>
31. Paquay L, Verstraete S, Wouters R, Buntinx F, Vanderwee K, Defloor T, Van Gansbeke H. *Implementation of a guideline for pressure ulcer prevention in home care: pretest–post-test study*. Journal of Clinical Nursing, 19: 1803-1811, 2010.
32. Paquay L. & De Cort P. Preventie van decubitus. *Minerva* , 6 (10), 162-163, 2007.
33. Paquay L. *Participatie door patiënten en mantelzorgers aan de preventie van doorligwonden in de thuiszorg*. Tijdschrift voor Geneeskunde, 63(23): 1161-68, 2007.
34. Paquay L., Verstraete S., Wouters R., Vanderwee K., Defloor T., Buntinx F. et al. *Implementatie van een instructieve patiëntenfolder voor de preventie van doorligwonden in de thuisverpleging*. Brussel: Federatie Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, 2007.
35. Paquay L., Wouters R., Defloor T., Buntinx F., Debaillie R. & Geys L. *Adherence to pressure ulcer prevention guidelines in home care: a survey of current practice*. Journal of Clinical Nursing ,17, 627-636, 2008.
36. Paquay L., Wouters R., Defloor T., Buntinx F., Debaillie R. & Geys L. *De kwaliteit van decubituspreventie in de thuisverpleging*. Brussel: Federatie Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, 2004.
37. Plan National Nutrition de Santé Belgique (PNNS-B), 2005,
https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/PAGE/INTERNET_PG/HOMEPAGE_MENU/MIJ_NGEZONDHEID1_MENU/PRODUITSDECONSOMMATION1_MENU/ALIMENTATION1_MENU/ALIMENTATION1_DOCS/WETENSCHAPPELIJKE%20TEKST%20NVGP.PDF
38. Portal.health.fgov.be:
https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/PAGE/INTERNET_PG/HOMEPAGE_MENU/MIJ

39. Reddy M., Gill S. & Rochon P. *Preventing Pressure Ulcers: A systematic Review*. JAMA , 296 (8), 2006.
40. Schols J., Meijers J., Clark M. & Halfens R. *Een Europese richtlijn over voeding en decubitus*. Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde , 32, 100-103, 2007.
41. Stratton R., Ek A., Engfer M., Moore Z., Rigby P., Wolfe R., Ella M. *Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review and meta-analysis*. Ageing Res Rev , 4 (3), 422-450, 2005.
42. Van Royen P. *Niveaus van bewijskracht : levels of evidence*. Huisarts Nu ; 31 :54-7, 2002.
43. Vandenbroele H. T. *Decubitus in de thuisverpleging. Het risico en de screening*. Brussel: Nationale federatie van de Wit-Gele Kruisverenigingen, 1994.
44. Vanderwee K. *Het effect van drukreducerende maatregelen op het ontstaan van decubitus: een bijdrage tot een evidence based verpleegkundige praktijkvoering*. Gent: Doctoraatsthesis Universiteit Gent, 2006.
45. Verstraete S. & Paquay L. *Jaarlijkse decubitusregistratie Wit-Gele Kruis van Vlaanderen*. Brussel: Federatie Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, 2008.
46. WOCN society board of directors. *Avoidable versus unavoidable pressure ulcers*. Wound ostomy and continence nurses society, 2009.
47. Wouters R., Paquay L., Defloor T., Buntinx F., Debaillie R. & Geys L. *Voedingszorg bij patiënten met (risico op) decubitus: Studie op basis van de resultaten van de registratie naar prevalentie van decubitus in de thuisverpleging in Vlaanderen*. Brussel: Federatie Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, 2004.

6 Table des références

- 1 Acaroglu R. & Sendir M. *Pressure ulcer prevention and management strategies in Turkey*. J Wound Ostomy Continence Nurs , 32 (4), 230-237, 2005.
- 2 Allman R., Goode P., Patrick M., Burst N. & Bartolucci A. *Pressure ulcer risk factors among hospitalized patients with activity limitations*. JAMA , 273 (11), 865-870, 1995.
- 3 Anthony D. *The treatment of decubitus ulcers: a century of misinformation in the textbooks*. J Adv Nurs , 24 (2), 309-316, 1996.
- 4 ASPEN (sd). Opgeroepen op 2005, van Guidelines and Standards Library:
<http://www.nutritioncare.org/Library.aspx>
- 5 Ayello E., Mezey M. & Amella E. *Educational assessment and teaching of older clients with pressure ulcers*. Clin Geriatr Med , 13 (3), 483-496, 1997.
- 6 Bain D., Ferguson-Pell M. & Davies P. *An instrument for in-service testing of mattresses*. J Tissue Viability , 11 (4), 161-165, 2001.
- 7 Baldwin K. & Ziegler S. *Pressure ulcer risk following critical traumatic injury*. Adv Wound Care, 11 (4), 168-173, 1998.
- 8 Barbenel J., Jordan M., Nichol S. & Clark M. *Incidence of pressure-sores in the Greater Glasgow Health Board area*. Lancet , 548-550, 1977.
- 9 Belgische werkgroep voor kwaliteitszorg ter preventie van decubitus. *Decubitus en zijn kwaliteitsindicatoren*. Brussel: Belgisch ministerie van volksgezondheid en leefmilieu, 1998.
- 10 Benbow M. *Pressure sore guidelines: patient/carer involvement and education*. Br J Nurs , 5 (3), 184-187, 1996.
- 11 Bergquist S. & Frantz R. *Pressure ulcers in community-based older adults receiving home health care: prevalence, incidence and associated risk factors*. Adv Wound Care , 12 (7), 339-351, 1999.
- 12 Bergquist S. *Subscales, subscores or summative score: evaluating the contribution of Braden Scale items for predicting pressure ulcer risk in older adults receiving home health care*. J Wound Ostomy Continence Nurs , 28 (6), 279-289, 2001.
- 13 Bergstrom N. & Braden B. *A prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly*. J Am Geriatr Soc , 40 (8), 747-758, 1992.
- 14 Bergstrom N., Demuth P. & Braden B. *A clinical trial of the Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk*. Nursing Clinics of North America (22), 417-428, 1987.
- 15 Bergstrom N. *Review: specially designed products to prevent or heal pressure sores are more effective than standard mattresses: commentary*. Evidence Based Nursing , 3, 54, 2000.
- 16 Berlowitz D. & Wilking S. *Risk factors for pressure sores: a comparison of cross-sectional and cohort-derived data*. J Am Geriatr Soc , 37 (11), 1043-1050, 1989.
- 17 Berthe J. Bustillo A., Melot C. & S D. F. *Does a foamy-block mattress system prevent pressure sores? a prospective randomised clinical trial in 1729 patients*. Acta Chir Belg , 107 (2), 155-161, 2007.
- 18 Bliss M. *Preventing pressure sores in elderly patients: a comparison of seven mattress overlays*. Age Ageing , 24 (4), 297-302, 1995.
- 19 Bliss M., McLaren R. & Exton-Smith A. *Mattresses for preventing pressure sores in geriatric patients*. Medical Bulletin of the Ministry of Health, 1966.
- 20 Bou J., Segovia G., Verdu S., Nolasco B., Rueda L. & Perejamo M. *The effectiveness of an hyperoxygenated fatty acid compound in preventing pressure ulcers*. J Wound Care , 14 (3), 117-21, 2005.
- 21 Boyle M. & Green M. *Pressure sores in intensive care: defining their incidence and associated factors and assessing the utility of two pressure sore risk assessment tools*. Aust Crit Care , 14 (1), 24-30, 2001.
- 22 Braden B, Bergstrom N., *Predictive validity of the Braden Scale for pressure sore risk in a nursing home population*. Res Nurs Health ; 17 : 459-470, 1994.

- 23 Brandeis G., Ooi W., Hossain M., Morris J. & Lipsitz, L. *A longitudinal study of risk factors associated with the formation of pressure ulcers in nursing homes.* J Am Geriatr Soc , 42, 388-393, 1994.
- 24 Burman P. *Using pressure measurements to evaluate different technologies.* Decubitus (6), 38-42, 1993.
- 25 Buss I. & Halfens R. *Massage helpt niet.* TVZ , 346-348, 1997.
- 26 Buss I., Halfens R. & Abu-Saad H. (1997). *The effectiveness of massage in preventing pressure sores: a literature review.* Rehabil Nurs , 22 (5), 229-234, 1997.
- 27 Chendrasekhar A., Moorman D. & Timberlake, G. *An evaluation of the effects of semirigid cervical collars in patients with severe closed head injury.* Am Surg , 64 (7), 604-606, 1998.
- 28 Chow W., Juvinall R. & Cockrell J. *Effects and characteristics of cushion covering membranes.* London: Bedsore mechanics, 1976.
- 29 Colin D., Abraham P., Preault L., Bregeon C. & Saumet J. *Comparison of 90 degrees and 30 degrees laterally inclined positions in the prevention of pressure ulcers using transcutaneous oxygen and carbon dioxide pressures.* Adv Wound Care , 9 (3), 35-38, 1996.
- 30 Collier M. *Pressure-reducing mattresses.* Journal of Wound Care , 5 (5), 207-211, 1996.
- 31 Collins F. *The contribution made by an armchair with integral pressure-reducing cushion in the prevention of pressure sore incidence in the elderly, acutely ill patient.* J Tissue Viability , 9 (4), 133-137, 1999.
- 32 Cullum N., Deeks J., Fletcher A., Long A., Mouneimne H. & Sheldon T. *The prevention and treatment of pressure sores: how effective are pressure-relieving interventions and risk assessment for the prevention and treatment of pressure sores?* Effective Health Care , 2 (1), 1-16, 1995.
- 33 Cullum N., Deeks J., Sheldon T. & Fletcher A. *Beds, mattresses and cushions for pressure sore prevention and treatment.* Oxford: The Cochrane Library, 2000.
- 34 De Keyser, G. *Vergelijkende studie naar de drukverdeling van 19 drukverminderende materialen.* Leuven: Universitaire ziekenhuizen, 1992.
- 35 Defloor T. *Het effect van de houding en de matras op het ontstaan van drukletsels.* Verpleegkunde , 12 (3), 140-149, 1997.
- 36 Defloor T. & Grypdonck M. *Do pressure relief cushions really relieve pressure?* West J Nurs Res , 22 (3), 335-350, 2000.
- 37 Defloor T. & Grypdonck M. *Het belang van zithouding en drukreducerende kussens in het ontstaan van drukletsels.* Verpleegkunde , 13 (3), 185-194, 1998.
- 38 Defloor T. & Grypdonck M. *Sitting posture and prevention of pressure ulcers.* Appl Nurs Res , 12 (3), 136-142, 1999.
- 39 Defloor T. *Drukreductie en wisselhouding in de preventie van decubitus,* Universiteit Gent, 2000
- 40 Defloor T. *Less frequent turning intervals and yet less pressure ulcers.* Tijdschrift Gerontologie, 32 (4), 174-177, 2001.
- 41 Defloor T. *The effect of position and mattress on interface pressure.* Appl Nurs Res , 13 (1), 2-11, 2000.
- 42 Defloor T., Grypdonck M. & De Bacquer D. *The effect of various combinations of turning and pressure reducing devices on the incidence of pressure ulcers.* Int J Nurs Stud , 42 (1), 37-46, 2005.
- 43 Duimel-Peters I., Halfens J., Ambergen A., Houwing R., Snoeckx L. & Berger, P. *The effectiveness of massage with and without dimethyl sulfoxide in preventing pressure ulcers: a randomized, double blind cross-over trial in patients prone to pressure ulcers.* Int J Nurs Stud , 44 (8), 1285-1295, 2007.
- 44 Ek A., Unosson M., Larsson J., von Schenck H. & Bjurulf, P. *The development and healing of pressure sores related to the nutritional state.* Clin Nutr , 10 (5), 245-250, 1991.

- 45 ESPEN. (sd). Opgeroepen op 2006, van Guidelines:
<http://www.espen.org/espenguidelines.html>
- 46 Exton-Smith A., Wedgewood J., O. P. & Wallace G. *Use of the Air wave system to prevent pressure sores in hospital*. The Lancet , 1288-1290, 1982.
- 47 Fontaine, R. *Investigating the efficacy of a nonpowered pressure-reducing therapeutic mattress: a retrospective multi-site study*. Ostomy Wound Manage , 46 (9), 34-43, 2000.
- 48 Garber S., Krouskop T. & Carter R. *A system for clinically evaluating wheelchair pressure-relief cushions*. Am J Occup Ther , 32 (9), 565-570, 1978.
- 49 Gebhardt K. & Bliss M. *Preventing pressure sores in orthopaedic patients*. Journal of Tissue Viability , 4 (2), 51-54, 1994.
- 50 Gebhardt K., Bliss M. & Thomas, J. *Pressure-relieving supports in an ICU*. Journal of Wound Care , 5 (3), 116-121, 1996.
- 51 Geyer M., Brienza D., Karg P., Treffer E. & Kelsey S. *A randomised control trial to evaluate pressure-reducing seat cushions for elderly wheelchair users*. Adv Skin Wound Care , 14 (3), 120-129, 2001.
- 52 Gilsdorf P., Patterson R. & Fisher S. *Thirty-minute continuous sitting force measurements with different support surfaces in the spinal cord injured and able-bodied*. J Rehabil Res Dev (28), 33-38, 1991.
- 53 Gould D., Darpey A. & Fox C. *Consumer views of pressure sores: a preliminary survey*. Nursing standard , 14 (26), 49-52, 2000.
- 54 Gray D. & Smith M. *Comparison of a new foam mattress with the standard hospital mattress*. J Wound Care , 9 (1), 29-31, 2000.
- 55 Groen H., Groenier K. & Schuling, J. *Comparative study of a foam mattress and a water mattress*. J Wound Care , 8 (7), 333-335, 1999.
- 56 Guin P., Hudson A. & Gallo J. *The efficacy of six heel pressure reducing devices*. Decubitus , 4, 15-20, 1991.
- 57 Halfens R. & Eggink M. *Knowledge, beliefs and use of nursing methods in preventing pressure sores in Dutch hospitals*. Int J Nurs Stud , 32 (1), 16-26., 1995.
- 58 Hamilton F., *An analysis of the literature pertaining pressure sore risk-assessment scales*. J Clin Nurs; 1: 185-194, 1992.
- 59 Hayes P., Wolf Z. & McHugh M. *Effect of a teaching plan on a nursing staff's knowledge of pressure ulcer risk, assessment, and treatment*. J Nurs Staff Dev , 10 (4), 207-213, 1994.
- 60 Hergenroeder P., Mosher C. & Sevo D. *Pressure ulcer risk assessment: simple or complex?* Decubitus , 5, 47-52, 1992.
- 61 Hofman A., Geelkerken R., Wille J., Hamming J., Hermans J. & PJ, B. *Pressure sores and pressure-decreasing mattresses: controlled clinical trial*. Lancet , 246-248, 1994.
- 62 Hopkins A., Dealey C., Bale S., Defloor T. & Worboys F. *Patient stories of living with a pressure ulcer*. J Adv Nurs , 55 (4), 345-353, 2006.
- 63 Jay R. *Pressure and shear: their effects on support surface choice*. Ostomy Wound Manage , 41 (8), 36-44, 1995.
- 64 Jester J. & Weaver V. *A report of clinical investigation of various tissue support surfaces used for the prevention, early intervention and management of pressure ulcers*. Ostomy Wound Manage (26), 39-45, 1990.
- 65 Kahmann L. *Stand van zaken: ligondersteuning*. Amsterdam: Gemeenschappelijke Medische Dienst, 1991.
- 66 Kerstetter J., Holthausen B. & Fitz P. *Malnutrition in the institutionalized older adult*. J Am Diet Assoc , 92 (9), 1109-1116, 1992.
- 67 Koo T., Mak A. & Lee Y. *Posture effect on seating interface biomechanics: comparison between two seating cushions*. Arch Phys Med Rehabil , 77 (1), 40-47, 1996.
- 68 Langemo D., Melland H., Hanson D., Olson B. & Hunter S. *The lived experience of having a pressure ulcer: a qualitative analysis*. Adv Skin Wound Care , 13, 225-235, 2000.

- 69 Lindgren M., Unosson M., Fredrikson M. & Ek A. *Immobility: a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study*. Scand J Caring Sci , 18 (1), 57-64, 2004.
- 70 Magnan M. & Maklebust J. *The effect of web-based Braden Scale training on the reliability and precision of Braden Scale pressure ulcer risk assessments*. J Wound Ostomy Continence Nurs , 35 (2), 199-208, 2008.
- 71 Maklebust J. & Sieggreen M. *Pressure ulcers. Guidelines for prevention and nursing management*. West Dundee IL: S-N Publications, 1996.
- 72 Mathus-Vliegen E. *Nutritional status, nutrition and pressure ulcers*. Nutr clin pract , 16, 286-291, 2001.
- 73 McInnes E., Bell-Syer S., Dumville J., Legood R. & Cullum N. *Support surfaces for pressure ulcer prevention*. CD001735: Cochrane Database Syst Rev, 2008.
- 74 National Institute for Health and Clinical Excellence. *The management of pressure ulcers in primary and secondary care: A clinical practice guideline*. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005.
- 75 Neander K. & Birkenfeld R. *The influence of various support systems for decubitus ulcer prevention on contact pressure and percutaneous oxygen pressure*. Intensive Care Nurs , 7, 120-127, 1991.
- 76 Nixon J., Brown J., McElvenny D., Mason, S. & Bond, S. *Prognostic factors associated with pressure sore development in the immediate post-operative period*. Int J Nurs Stud , 37 (4), 279-289, 2000.
- 77 Nixon J., Cranny G. & Bond, S. *Skin alterations of intact skin and risk factors associated with pressure ulcer development in surgical patients: a cohort study*. Int J Nurs Stud , 44 (5), 655-663, 2007.
- 78 Nixon J., Cranny G., Iglesias C., Nelson E., Hawkins K. & Phillips A. *Randomised controlled trial of alternating pressure mattresses compared with alternating pressure overlays for the prevention of pressure ulcers*. Br Med J (332), 1413, 2006.
- 79 Nixon J., Nelson E., Cranny G., Iglesias C., Hawkins K. & Cullum N. *Pressure relieving support surfaces: a randomised evaluation*. Health Technol Assess , 10 (22), iii-x 1, 2006.
- 80 Norton D. *Norton revises risk scores*. Nurs Times , 83 (41), 6, 1987.
- 81 Norton D. *Calculating the risk: reflections on the Norton Scale*. Adv Wound Care , 9 (6), 38-43, 1996.
- 82 Norton D., McLaren R. & Exton-Smith A. *An investigation of geriatrics nursing problems in hospital*. New York: Churchill Livingstone, 1975.
- 83 Nyquist R. & Hawthorn. *The prevalence of pressure sores within an area health authority*. J Adv Nurs , 12, pp.83-187, 1987.
- 84 Okuwa M., Sanada H., Sugama J., Inagaki M., Konya C. & Kitagawa, A. *A prospective cohort study of lower extremity pressure ulcer risk among bedfast older adults*. Adv Skin Wound Care , 19 (7), 391-397, 2006.
- 85 Panagiotopoulou K. & Kerr S. *Pressure area care: an exploration of Greek nurses' knowledge and practice*. J Adv Nurs , 40 (3), 285-296, 2002.
- 86 Panel for the prediction and prevention of pressure ulcers in adults. *Pressure ulcers in adults: prediction and prevention: clinical practice guideline number 3*. Rockville: Agency for health care policy and research, Public Health Service, US department of health and human services (AHCPR), 1992.
- 87 Perneger T., Rae A., Gaspoz J., Borst F., Vitek O. & Heliot C. *Screening for pressure ulcer risk in an acute care hospital: development of a brief bedside scale*. J Clin Epidemiol , 55 (5), 498-504, 2002.
- 88 Roegies S. *Onderzoek naar het drukreducerend effect van verschillende types visco-elastische oplegmatrassen*. Gent: Verpleegwetenschap Universiteit Gent, 2001.

- 89 Rosenthal M., Felton R., Hileman D., Lee M., Friedman M. & Navach J. *A wheelchair cushion designed to redistribute sites of sitting pressure*. Arch Phys Med Rehabil , 77 (3), 278-282, 1996.
- 90 Russell L., Reynolds T., Park C., Rithalia S., Gonsalkorale M. & Birch J. *Randomized clinical trial comparing 2 support surfaces: results of the prevention of pressure ulcers study*. Adv Skin Wound Care , 16 (6), 317-327, 2003.
- 91 Salvadalena G., Snyder M. & Brogdon K. *Clinical trial of the Braden Scale on an acute care medical unit*. J ET Nurs , 19 (5), 150-160, 1992.
- 92 Salzberg C., Byrne D., Kabir R., Van Niewerburg P. & Cayten C. *Predicting pressure ulcers during initial hospitalization for acute spinal cord injury*. Wounds , 11 (2), 45-57, 1999.
- 93 Schols J. *Nutrition in nursing home patiënts with pressure ulcers: knowing is not yet doing*. Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde , 24 (1), 9-12, 2000.
- 94 Seiler W., Alen S. & Stahelin H. *Influence of the 30 degrees laterally inclined position and the 'super soft' 3-pieces mattress on skin oxygen tension on areas of maximum pressure-implications for pressure sore prevention*. Gerontology , 32, 158-166, 1986.
- 95 Shue R. & Langemo D. *Pressure ulcer prevalence and incidence and a modificatyion of the Braden Scale for a rehabilitation unit*. J Wound Ostomy Continence Nurs , 25 (1), 36-43, 1998.
- 96 Sideranko S., Quinn A., Burns K. & Froman R. *Effects of position and mattress overlay on sacral and heel pressures in a clinical population*. Res Nurs Health , 15, 245-251, 1992.
- 97 Sloan D., Brown R. & DL L. *Evaluation of a simplified water mattress in the prevention and treatment of pressure sores*. Plast Reconstr Surg , 60 (4), 596-601, 1977.
- 98 Souther S., Carr S. & Vistnes L. *Wheelchair cushions to reduce pressure under bony prominences*. Arch Phys Med Rehabil , 55 (10), 460-464, 1974.
- 99 Spilsbury K., Nelson A., Cullum N., Iglesias C., Nixon J. & Mason S. *Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital inpatient perspectives*. J Adv Nurs , 57 (5), 494-504, 2007.
- 100 Springle S., Chung K. & Brubaker C. *Reduction of sitting pressures with custom contoured cushions*. J Rehabil Res Dev , 27, 135-140, 1990.
- 101 Staarink H. *Basisboek voorzieningen verplaatsen*. Amsterdam, Nederland: Gemeenschappelijke Medische Dienst, 1993.
- 102 Stapleton M. *Preventing pressure sores an evaluation of three products*. Geriatr Nurs , 6, 23-25, 1986.
- 103 Stewart T. *Support systems: the decubitus ulcer in clinical practice*. Berlin: Springer, 1997.
- 104 Stinson M., Porter-Armstrong A. & Eakin P. *Seat-interface pressure: a pilot study of the relationship to gender, body mass index, and seating position*. Arch Phys Med Rehabil , 84 (3), 405-409, 2003.
- 105 Thomas D., Verdery R., Gardner L., Kant A. & Lindsay J. *A prostpective study of outcome from protein-energy malnutrition in nursing home residents*. J Parenter Enteral Nutr , 15 (4), 400-404, 1991.
- 106 Thompson Bishop J. & Mottola C. *Tissue interface pressure and estimated subcutaneous pressures of 11 different pressure-reducing support surfaces*. Decubitus , 5, 42-48, 1992.
- 107 Van De Blunt C. *Onderzoek onder ziekenhuispatiënten naar de effectiviteit van wrijven ter preventie van decubitus*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1992.
- 108 Van Der Wurff P. *Preventie en behandeling van decubitus*. TVZ , 43 (13), 425-428, 1989.
- 109 Van Murum RJ, Germs P., Ribbe MW. *De risicoscoring voor decubitus volgens Norton in een verpleeghuis*. Tijdschr Gerontol Geriatr; 23:48-53, 1992.
- 110 VandenBosch T., Montoye C., Satwicz M., Durkee L. & Boylan L. *Predictive validity of the Braden Scale and nurse perception in identifying pressure ulcer risk*. Appl Nurs Res , 9 (2), 80-86, 1996.
- 111 Vanderwee K., Grypdonck M., De B. & Defloor T. *Effectiveness of turning with unequal time intervals on the incidence of pressure ulcer lesions*. J Adv Nurs , 57 (1), 59-68, 2007.

- 112 Vandewalle E. *Het drukreducerende effect van rolstoelkussens*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, 1994.
- 113 Warner D. & Konnerth K. *A patient teaching protocol for pressure ulcer prevention and management*. *Ostomy Wound Manage* , 39 (2), 34-40, 1993.
- 114 Wells P. & Geden E. *Paraplegic body support on convoluted foam, waterbed and standard mattresses*. *Res Nurs Health* (7), 127-133, 1984.
- 115 Willems P. *Het drukreducerend effect van schuimrubber matrassen*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, 1995.

7 Annexes

Annexe 1 : Tableaux de preuves

AUTEUR - ANNÉE	CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Bergquist, 2005	<p>Étude d'observation (n=128)</p> <p><u>Objectif:</u> Examiner la qualité de la prévention des escarres et la prévision du risque en soins à domicile</p> <p><u>Méthode:</u> Des organisations en soins à domicile sélectionnées de manière aléatoire ont reçu un questionnaire. Des 296 questionnaires envoyés, 128 questionnaires utilisables ont été retournés (taux de réponse de 44%).</p> <p>Le questionnaire comprenait 3 parties:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Questions concernant les caractéristiques de l'organisation 2. Questions concernant la stratégie de risque, la fréquence de la définition du risque et la politique de 'prévision du risque' 3. Questions concernant la définition de la prévention et les mesures de prévention utilisées. <p>Le questionnaire a été évalué par un panel d'experts et d'infirmières actives dans la</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 57.8% des organisations interrogées réalisent une définition du risque chez tous leurs patients, lorsque les soins sont débutés. ➤ 4.7% des organisations interrogées réalisent une définition du risque seulement chez les patients alités ou contraints de rester au fauteuil. ➤ Le jugement clinique de l'infirmier a été la méthode la plus commune pour définir le risque (72%). ➤ Seuls 21% des organisations utilisaient un instrument validé comme l'échelle de Braden. ➤ 1/3 des organisations interrogées avaient une stratégie de risque. ➤ Seulement 18% avaient une stratégie d'intervention pour les patients à risque. 	<p>Chez plus de la moitié des organisations interrogées, une définition du risque est effectuée mais la méthode utilisée la plus commune est le jugement clinique des infirmiers. 1/3 des organisations interrogées disposaient d'une stratégie de risque, mais seulement 18% disposaient une stratégie d'intervention.</p>

	<p>pratique et a été adapté en fonction de ce feedback.</p> <p>Le questionnaire a été envoyé par mail aux organisations, suivi d'un rappel. Il a de nouveau été envoyé aux organisations qui n'avaient pas répondu à la date limite.</p>		
AUTEUR - ANNÉE	CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
<p>Paquay, Wouters, Defloor, Buntinx, Debaillie & Geys, 2008</p>	<p>Étude transversale (n=2779)</p> <p><u>Objectif:</u> Examiner la prévalence des escarres en soins à domicile et l'évaluation de l'utilisation des recommandations concernant la prévention des escarres par les infirmiers à domicile.</p> <p><u>Méthode:</u> 9 départements des 109 existants dans une organisation de soins à domicile ont été sélectionnés de manière aléatoire. Dans ces 9 départements, 2779 patients au total ont été sélectionnés de manière aléatoire. Les infirmiers qui soignaient ces patients ont été sollicités pour remplir un questionnaire constitués de 26 questions standards.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Des 2779 patients, 2267 (82%) avaient plus de 65 ans et 1116 (40%) avaient plus de 80 ans. ➤ Sur base de l'utilisation de l'échelle de Braden et/ou du jugement clinique des infirmiers, il y avait 744 (26.8%) patients à risque. ➤ 188 (6.8%) patients présentaient déjà une escarre. Chez les patients âgés de plus de 65 ans, la prévalence était de 7.3% et chez les patients âgés de plus de 80 ans, la prévalence était de 8.1%. ➤ Des 744 patients à risque, 167 présentaient déjà une blessure. Ce qui signifie que 21 (188-167=21) patients avec une blessure n'étaient pas considérés comme patient à risque par l'infirmier. ➤ Chez ces 133 patients avec une escarre de catégorie 2, 20 patients n'étaient pas considérés comme patient à risque. ➤ Le degré de risque et la présence d'une escarre étaient significativement associés à un âge plus élevé, un plus haut degré de dépendance, une désorientation, ou au niveau d'acceptation des soins d'hygiène quotidiens. ➤ Les infirmiers appliquent des mesures similaires chez les patients à risque et chez les patients présentant déjà une blessure. ➤ Les infirmiers appliquent les mesures efficaces autant que les mesures inefficaces dans la prévention des escarres. ➤ Chez les patients avec au moins une escarre, 4.8% des mesures étaient efficaces, 76.6% des mesures étaient inefficaces et chez 18.6% des patients, il n'y avait pas de prévention. ➤ L'observation quotidienne de la peau (chez 48.4% des patients à risque) et le changement de position (chez 42.3% des patients à 	<p>Les infirmiers ne sont pas toujours capables d'exécuter une définition du risque correcte → nécessité de formation et d'éducation.</p> <p>Les infirmiers utilisent une combinaison de mesures efficaces et inefficaces dans la prévention des escarres.</p> <p>Les aidants informels reçoivent de manière sporadique des informations concernant les escarres. Cette information, donnée par les infirmiers, n'est pas toujours correcte étant donné que les infirmiers utilisent encore eux-mêmes des mesures inefficaces.</p>

		<p>risque) étaient les mesures efficaces les plus utilisées.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'application d'une lotion pour le corps (chez 52.8% des patients à risque) était la mesure inefficace la plus utilisée. ➤ ¼ des patients et des aidants informels recevaient des informations et étaient motivés dans l'application des mesures pour la prévention des escarres par les infirmiers. ➤ Les aidants informels participaient activement dans l'application du changement de position chez 21.4% des patients à risque et chez 27.7% des patients avec une escarre. 	
AUTEUR - ANNÉE	CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Paquay et al., 2007	<p>Rapport de recherche</p> <p><u>Objectif de l'étude d'implémentation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser une sensibilisation générale pour une approche de qualité dans la prévention des escarres. - Examiner l'effet de l'implémentation et de l'utilisation d'une brochure d'instruction sur l'application des mesures et l'utilisation du matériel de prévention. - Examiner l'effet de l'implémentation de la brochure d'instruction sur la présence des escarres. <p><u>Méthode:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer une brochure éducative pour les patients. - Donner une formation aux infirmiers. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'analyse définitive a été réalisée sur des données d'enregistrement de 5999 patients pendant le pré-test, 5894 patients pendant le premier post-test et 6097 patients pendant le deuxième post-test. ➤ Plus de 60% des patients à risque bénéficiaient d'une combinaison de mesures efficaces et inefficaces en termes de prévention des escarres. 10% des patients à risque n'ont pas bénéficié de mesures préventives. ➤ La proportion de patients présentant une escarre, le nombre de blessures par personne et la gravité des blessures étaient significativement plus faibles après l'implémentation de la brochure. 	<p>Les infirmiers utilisent une combinaison de mesures efficaces et inefficaces dans la prévention des escarres.</p> <p>Formation + brochure a un effet sur la prévalence.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - L'infirmier délivre et commente la brochure au domicile du patient - Étude d'implémentation: Enregistrement des escarres et des mesures préventives dans un échantillon de patients à risque d'escarres, à l'aide d'un formulaire d'enregistrement comprenant des questions standard. 		
AUTEUR - ANNÉE	CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Verstraete S, 2008	<p>Rapport de recherche (n=6120 patients)</p> <p><u>Objectif:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Examiner l'évolution de la prévalence des escarres, l'utilisation de la brochure et l'utilisation des mesures efficaces → étude réalisée à la suite de (Paquay et al., 2007). <p><u>Méthode:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La collecte des données s'est déroulée de manière similaire à la collecte des données de 2005-2006 afin de permettre une comparaison des résultats. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Taux de réponse de 95.2%. ➤ Ces résultats indiquent que l'utilisation de la brochure a une influence sur l'application des mesures efficaces pour les patients à risque. On utilise plus de mesures efficaces et une combinaison de mesures efficaces et inefficaces, ainsi que moins de mesures inefficaces quand la brochure est délivrée. Le taux de patient n'ayant pas reçu de mesures préventives est moindre si la brochure est délivrée. 	<p>Les infirmiers utilisent une combinaison de mesures efficaces et inefficaces dans la prévention des escarres.</p> <p>Formation + brochure a un effet sur la prévalence.</p>

AUTEUR - ANNÉE	CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Kaiser, Bauer et al., 2009	<p>L'utilisation du MNA prend du temps et nécessite la mesure du poids et de la taille pour le calcul du BMI.</p> <p><u>Objectif:</u> Examiner si le MNA-SF est une mesure valide et évaluer les différentes versions en termes d'applicabilité et de facilité d'implémentation dans les soins gériatriques.</p> <p><u>Méthode:</u> Après une recherche de la littérature, plusieurs auteurs ayant utilisé le MNA dans le cadre d'études sur la nutrition, ont été contactés. Leurs données de recherche ont été mises à disposition, engendrant ainsi une grande base de données. Plusieurs versions du MNA-SF adaptées ont ensuite été testées sur cette base de données. La sensibilité et la spécificité ont été vérifiées avec le MNA complet comme cadre de référence.</p>	<p>24 auteurs de 13 pays ont mis à disposition 27 ensembles de données issues de l'environnement hospitalier, des soins à domicile, des soins résidentiels et du secteur de la revalidation (n=6257, âge moyen : 82,3 ans). Pour 2032 cas, les données pour chacun des 18 items du MNA étaient disponibles, nécessaires pour l'analyse.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le MNA-SF original semble être en deuxième position des meilleures versions abrégées en ce qui concerne la sensibilité de plus de 5500 combinaisons possibles. ➤ Quand le BMI était impossible à déterminer, un MNA-SF alternatif a été proposé, utilisant à la place la mesure du mollet (CC-MNA-SF). Cette version a montré une sensibilité (85%) et une spécificité (84%) élevée. ➤ Pour les deux versions, les scores pour l'indication de malnutrition ont été repris du MNA. Les valeurs idéales de coupure ont été déterminées par une analyse ROC. La valeur supérieure a été optimisée pour la sensibilité, la valeur inférieure pour la spécificité. ➤ L'accord concernant la détermination de l'état nutritionnel entre le (CC-)-MNA-SF et le MNA était très fort, comme les tables croisées l'indiquent (79,9% et 72,9%). 	<p>Le MNA-SF est considéré comme étant un outil puissant. Opter pour l'utilisation de la mesure du mollet (CC) au lieu du BMI (en tenant compte de la puissance du MNA-SF pour générer les mêmes catégories de résultats que le MNA complet), renforce le fait que le MNA est un instrument de dépistage principal pour les personnes âgées.</p> <p><u>Catégories de résultats:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 12-14: nutrition correcte ➤ 8-11: risque de malnutrition ➤ 0-7: malnutrition

AUTEUR - ANNÉE	CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Beeckman, Schoonhoven et al., 2010	<p>La classification des escarres et leur distinction des lésions de macération est difficile. Une mauvaise classification et différenciation conduit à un traitement inadapté et une mauvaise prévention.</p> <p><u>Objectif:</u></p> <p>Vérifier l'efficacité de la méthode d'apprentissage PUCLAS, développée par le Groupe PUCLAS de l'EPUAP.</p> <p><u>Méthode:</u></p> <p>RCT (n=1217).</p> <p>Des infirmiers de 4 pays (B, NL, GB et POR) ont évalué 20 photos d'escarres et de lésions de macération, ainsi que des combinaisons. Le groupe de contrôle a ensuite reçu 1h de cours classique (n=559) et le groupe d'intervention a bénéficié de la méthode d'apprentissage PUCLAS (n=658). Enfin, on leur a demandé de cataloguer de nouveau 40 photos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Test initial: aucune différence significative (C=44,3%, I=44,6% de réponses correctes). ➤ Le groupe d'intervention était significativement davantage capable de distinguer les lésions de macération et les blessures combinées ($p<0.001$). ➤ Évaluation correcte des lésions de macération: I=70,7%, C=35,6%. 	<p><u>Remarque:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Il est possible que le test initial soit biaisé dans le sens « trop positif » étant donné que les participants connaissaient le système de classification de l'EPUAP. ➤ Les participants ont été sélectionnés lors d'un congrès sur les plaies, ce qui peut entraîner une influence possible du résultat. <p><u>Conclusion:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ PUCLAS améliore significativement la classification des escarres et la différenciation avec les lésions de macération. ➤ PUCLAS est une méthode d'apprentissage efficace. ➤ Les compétences de classification et la capacité de mieux différencier va probablement conduire à une prévention et traitement adéquat.

AUTEUR - ANNÉE	CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Guigoz, 2006	<p>Revue systématique.</p> <p><u>Base de données:</u></p> <p>MEDLINE Web of Science Scopus J Nutr Health Aging Clin Nutr Eur J Clin Nutr Publications en vente en ligne</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le MNA mesure la prévalence de la malnutrition, la sous-alimentation et le risque de malnutrition chez les personnes âgées vivant à domicile et les personnes âgées hospitalisées. ➤ La forte variabilité est associée aux différences en termes de dépendance et d'état de santé des personnes âgées. ➤ À l'hôpital, un score bas sur le MNA est associé à une augmentation de la mortalité, une hospitalisation prolongée et un risque accru de placement dans une maison de soins. ➤ La malnutrition est associée à des troubles fonctionnels et cognitifs ainsi des problèmes pour s'alimenter. ➤ Le MNA détecte le risque de malnutrition avant de graves pertes de poids où des fluctuations de protéines peuvent se manifester. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ MNA et MNA-SF présentent une spécificité et une sensibilité suffisantes ; Ces échelles sont suffisamment précises pour identifier les risques de dénutrition. ➤ Des études d'intervention montrent qu'une intervention opportune peut arrêter une perte de poids chez les personnes âgées avec un risque de malnutrition ou sous-alimentées, et que cette intervention est accompagnée d'une amélioration du score MNA. Cette échelle peut aussi être utilisée comme instrument de suivi. ➤ Le MNA est un instrument de dépistage et de mesure avec une échelle fiable et des seuils clairs, utile pour les professionnels de la santé. Il peut être utilisé lors d'une évaluation gériatrique.
AUTEUR - ANNÉE	CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS

Reddy et al., 2006	<p>Revue systématique.</p> <p><u>Objectif:</u> Recherche de données probantes sur les interventions en prévention des escarres.</p> <p><u>Base de données:</u> MEDLINE EMBASE CINAHL Cochrane UMI Proquest Digital Dissertations ISI Web of Science Cambridge Scientific Abstracts</p> <p><u>Méthode:</u> La qualité des RCT's a été examinée à l'aide de la CLEAR NPT-méthode (6 critères pour les interventions non-pharmaceutiques).</p>	<p>➤ 59 RCT's (n=13845), divisées en 3 catégories concernant: une réduction de la mobilité (51), des problèmes de nutrition (5) et des problèmes de la peau (3).</p> <p><u>Concernant les problèmes de nutrition:</u></p> <p>➤ En termes de qualité: insuffisances méthodologiques importantes; la randomisation n'est pas claire (aucune des 5 RCT's ne remplit plus de 3 critères sur 6).</p>	<p><u>Conclusion:</u></p> <p>➤ la qualité méthodologique des RCT's n'est pas optimale, mais donne des informations précieuses sur lesquelles des mesures peuvent être construites</p> <p>➤ plus spécifique: l'utilisation d'une couche inférieure appropriée, l'optimisation de l'état nutritionnel et le maintien de l'hydratation de la peau au niveau du sacrum</p> <p>➤ le changement de position est la mesure principale, mais il n'est pas précisé si une approche est meilleure que l'autre.</p> <p><u>Remarque:</u> Les résultats des interventions de nutrition ne couvrent que des milieux intra-muros.</p>
AUTEUR - ANNÉE	CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Kimara S. 1997	<p>Etude qualitative descriptive. Les connaissances, attitudes et préférences de pratique des médecins par rapport aux escarres sont peu connues.</p> <p><u>Objectif :</u></p>	<p>➤ 304 médecins généralistes interrogés</p> <p>➤ Taux de réponse : 53,1% (n=155 médecins) (après 3 contacts mail, un rappel par courrier et un rappel téléphonique)</p> <p>➤ 99% pensent que l'amélioration de la prévention et du traitement des plaies d'escarres relèvent de leur rôle.</p>	<p>➤ De nombreux médecins généralistes ont le sentiment d'être mal préparés pour gérer les escarres, suggérant un</p>

	<p>Evaluer les connaissances, attitudes et préférences de pratiques des médecins généralistes à propos des escarres. Evaluer l'impact auprès des médecins généralistes du Guideline sur les escarres publié par l'AH CPR (Agency for Health Care Policy and Research).</p> <p><u>Méthode :</u> Un questionnaire de 34 questions constitué de 4 parties a été envoyé à un échantillon aléatoire de membres actifs de la "Minnesota Academy of Family Physicians". Les connaissances sur les escarres ont été évaluées sur base de 43 items, couvrant les connaissances générales, la prévention et le traitement. Les attitudes par rapport au traitement des escarres ont été mesurées à l'aide d'une échelle de Likert. 4 scénarios ont été utilisés pour explorer les préférences.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 70% estiment ne pas être bien préparés pour le faire. ➤ Il y a une grande variété de préférences de pratique. ➤ Environ 70% des médecins ne sont pas au courant de l'existence du Guideline de l'AH CPR. 	<p>besoin d'augmenter les efforts éducationnels et de formation à ce niveau. Les connaissances des médecins généralistes à propos des escarres peuvent être améliorées par une prise en charge accrue de patients âgés, la prise en charge de patients en maison de repos et la prise de connaissance des Guidelines de l'AH CPR.</p>
AUTEUR - ANNÉE	CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Bergquist-Beringer S – Makosky Daley C., avril 2011	<p>Etude qualitative descriptive</p> <p><u>Objectif :</u> Définir les interventions et activités utilisées pour prévenir les escarres en soins à domicile.</p> <p><u>Méthode :</u> Réalisation de 9 Focus group (USA) de 75 minutes avec téléconférence et enregistrement réalisé auprès d'infirmières spécialisées en soins de plaies, travaillant au moins à 50% de leur temps de travail en soins à domicile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluation de la peau et prévention du risque d'escarre : Les patients et aidants informels sont invités à transmettre l'apparition d'altérations de la peau suspectes à l'équipe de soins à domicile, qui évalueront ces lésions lors de chaque visite. ➤ L'échelle de Braden et l'évaluation des facteurs de risque sont utilisés pour évaluer le risque d'escarres. La décision d'utiliser un outil d'évaluation du risque validé dépend de l'association en soins à domicile. ➤ L'utilisation de support redistribuant la pression est parfois limitée en soins à domicile par la couverture proposée par l'assurance-maladie des patients. L'équipe en soins à domicile encourage les patients à faire l'effort de payer la somme requise pour du 	<p><u>Interventions spécifiques aux soins à domicile :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de la situation économique et des assurances du patient avant de déterminer les interventions de prévention qui seront appliquées ; - Evaluation des ressources et du potentiel des aidants

	Utilisation d'un guide de modération semi-structuré développé par les auteurs pour lancer la discussion. Modération des focus group par les auteurs, ayant une expérience dans ce domaine.	<p>matériel adapté ou collabore avec les vendeurs ou certains organismes de charité afin de permettre aux patients de se procurer le matériel nécessaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'amélioration de l'activité et de la mobilité des patients en soins à domicile à risque d'escarres est réalisée en collaboration avec les kinés. ➤ L'évaluation de la nutrition chez les patients à risque d'escarre varie en fonction des associations en soins à domicile : échelles d'évaluation de l'état nutritionnel, enregistrement des apports sur 24h ou sur 3 jours. Avis d'un diététicien ou d'un nutritionniste par téléphone ou via une visite au domicile du patient pour évaluer de manière complète l'état nutritionnel et mettre en place un support nutritionnel adapté : souvent trop onéreux pour le patient d'où la nécessité de trouver des solutions pour pallier à ce manque. La nutrition et l'hydratation sont évaluées lors de chaque visite de l'infirmière. 	<p>informels en termes de gestion de la prévention des escarres ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaboration avec les différentes ressources et vendeurs en matériel de soins de santé pour la fourniture du matériel de prévention. <p>La collaboration du patient et des aidants informels est cruciale en soins à domicile.</p>
AUTEUR - ANNÉE	CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Moore ZEH, Cowman S., 2010	<p>Revue systématique.</p> <p><u>Objectif:</u> Clarifier le rôle de l'évaluation du risque d'escarre dans la pratique clinique.</p> <p><u>Base de données:</u> Cochrane OVID MEDLINE OVID EMBASE CINAHL</p> <p><u>Méthode:</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La recherche aboutit à 105 titres, mais aucun ne rentre dans les critères de sélection. ➤ Lors d'une seconde recherche (via contact d'experts dans le domaine) une RTC rencontre les critères d'inclusion (Saleh, 2009) mais est de faible qualité (risque de biais, notamment randomisation via clusters). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Saleh 2009 ne met pas en évidence de différence significative au niveau de l'incidence des escarres, lorsque le risque est évalué au moyen de l'échelle de Braden en comparaison avec une évaluation réalisée suite à un entraînement sur le sujet, ou une évaluation basée sur le jugement clinique seul.

	<p>Revue des RCT réalisant les comparaisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation du risque d'escarre via un outil structuré comparé à une évaluation via un outil non structuré ou via le jugement clinique ; - Comparaison entre 2 outils d'évaluation du risque différents. 		<p>➤ <u>Conclusion</u> : il n'y a pas de RCT de haute qualité avec évidence identifiant un type d'évaluation du risque structuré permettant de réduire l'incidence des escarres.</p>
AUTEUR - ANNÉE	CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
Langer G., Knerr A., Kuss O., et al., 2008	<p>Revue systématique.</p> <p><u>Objectif:</u> Évaluer l'efficacité de la nutrition entérale et parentérale dans la prévention et le traitement des escarres.</p> <p><u>Base de données:</u> Cochrane OVID MEDLINE OVID EMBASE CINAHL</p>	<p>➤ Seules 8 RCT sur les 16 trouvées ont été retenues. Cependant, la plupart de ces 8 RTC sont de qualité médiocre ou réalisées sur de petits échantillons de patients.</p> <p>4 RCT comparent une combinaison de suppléments nutritionnels, constitués d'un minimum de protéines et d'énergie de différents dosages pour la prévention des escarres.</p> <p>La plus grande étude conclut que les suppléments nutritionnels réduisent l'apparition de nouvelles escarres chez les patients âgés en maladie aiguë, dans les 2 à 3 semaines. Les 3 autres études, plus petites, manquent de puissance.</p>	<p>➤ D'autres recherches, avec de plus grands échantillons de patients et une méthodologie claire, sont nécessaires afin de fournir suffisamment de preuves fiables sur l'impact de la nutrition sur les escarres.</p>

	<p>+ recherche manuelle</p> <p><u>Méthode:</u> Analyse des RCT sur base des abstracts et ensuite des textes complets par 2 chercheurs indépendants. RCT évaluant l'efficacité de la nutrition entérale et parentérale sur la prévention et le traitement des escarres, par la mesure de l'apparition de nouvelles escarres, le niveau de cicatrisation ou l'aggravation d'escarres existantes.</p>		
AUTEUR - ANNÉE	CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE	RESULTATS	COMMENTAIRES / CONCLUSIONS
<p>McInnes E, Jammali-Basi A., Bell-Syer SEM, Dumville JC, Cullum N., 2011</p>	<p>Revue systématique</p> <p><u>Objectif:</u> Evaluer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans quelle mesure les supports répartissant la pression (matelas, sur-matelas et coussins) réduisent l'incidence des escarres en comparaison avec les supports standards ; - leur efficacité dans la prévention des escarres. <p><u>Base de données:</u> Cochrane</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 53 études ont été incluses ➤ Les matelas à pression alternée réduisent l'incidence des escarres chez les patients à risque, en comparaison aux matelas standards utilisés à l'hôpital (RR 0,40 95% CI 0.21 to 0.74). Les mérites des supports à pression alternée et des supports à basse pression continue ne sont pas clairs. Une étude de haute qualité avance que dans le contexte du Royaume-Unis, les matelas d'air à pression alternée sont plus rentables que les sur-matelas d'air à pression alternée. ➤ L'utilisation de certaines peau de mouton (Australienne) est associée à une diminution des ulcères de pression (RR 0,56 95% CI 0.32 to 0.97). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les patients à haut risque de développer des escarres doivent utiliser des matelas de haute performance plutôt que les matelas standards. Les mérites des matelas à pression basse continue de haute performance et des matelas d'air à pression alternée pour prévenir les escarres ne sont pas clairs.

	<p>OVID MEDLINE OVID EMBASE CINAHL + recherche manuelle</p> <p><u>Méthode:</u> Sélection de RCT et d'études quasi-randomisées, publiées ou non, évaluant les effets de tous les supports pour la prévention des escarres, dans les groupes de patients à risque d'escarre. Deux chercheurs ont sélectionné les études de manière indépendante.</p>		
--	--	--	--

Annexe 2 : Gradation des recommandations

QUESTIONS		Gradation sur base de l'outil GRADE (Van Royen 2002) des "recommandations sélectionnées" :									
		Recommandations issues de : NPUAP & EPUAP 2009 / RECOMMANDATION BELGE 2004 (Defloor et al.)									
		Messages clés	Origine	Niveau de preuve			Demandé l'avis des professionnels de terrain ? (oui/non)	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques? (oui/non)	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales? (oui/non)	Extrapolation du groupe cible des patients ? (oui/non)	Adaptation du message (oui/non) ?
				NPUAP & EPUAP	Defloor et al.	GRADE final					
I	Stratégie de risque										
	Comment identifier les patients à risque d'escarre?	Utiliser une approche structurée pour l'identification des patients à risque de développer des escarres.	NPUAP & EPUAP	1C	pas cité	1C	oui	non	non	oui	oui
1	Pourquoi former les collaborateurs?	Donner aux collaborateurs une formation afin qu'ils puissent réaliser une définition du risque d'une manière correcte et uniforme.	consensus	1B	pas cité	1B	oui	non	non	oui	oui
2	Comment définir le risque d'escarre?	Définir le risque de façon structurée et conséquente.	consensus	1C	pas cité	1C	oui	non	non	oui	oui
3	Comment et à quel niveau la stratégie de prise en charge des escarres doit être évaluée?	La stratégie de prise en charge des escarres doit être évaluée au niveau de l'équipe et au niveau de l'organisation.	Defloor		1C	1C	oui	non	non	oui	oui
II	Définition du risque: en général										
1	Que doit inclure une approche structurée d'évaluation du risque?	Réaliser une approche structurée d'évaluation du risque, incluant le jugement clinique de l'infirmier(e) et la connaissance des principaux facteurs de risque.	NPUAP & EPUAP	1C	pas cité	1C	oui	non	non	oui	oui
2	L'évaluation de la peau fait-elle partie de la démarche d'évaluation du risque?	Réaliser une approche structurée d'évaluation du risque incluant une évaluation de l'état de la peau ainsi que les altérations de celle-ci.	NPUAP & EPUAP	1C	pas cité	1C	oui	non	non	oui	oui
3	L'évaluation de la mobilité fait-elle partie de la démarche d'évaluation du risque?	Réaliser une approche structurée d'évaluation du risque incluant une évaluation de l'activité et de la mobilité du patient.	NPUAP & EPUAP	1C	pas cité	1C	oui	non	non	oui	oui

QUESTIONS		Gradation sur base de l'outil GRADE (Van Royen 2002) des "recommandations sélectionnées" :									
		Recommandations issues de : NPUAP & EPUAP 2009 / RECOMMANDATION BELGE 2004 (Defloor et al.)									
		Messages clés	Origine	Niveau de preuve			Demandé l'avis des professionnels de terrain ? (oui/non)	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques ? (oui/non)	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales ? (oui/non)	Extrapolation du groupe cible des patients ? (oui/non)	Adaptation du message (oui/non) ?
4	Est-ce que les patients alités et/ou contraints de rester au fauteuil doivent toujours être considérés comme patients à risque ?	Les patients alités et/ou contraints de rester au fauteuil sont toujours des patients à risque.	consensus	1B	1C	1B	oui	non	non	oui	oui
5	Est-ce qu'il suffit de fonder une définition du risque sur une échelle de risque ?	La définition du risque ne se base pas uniquement sur une échelle de risque mais également sur le jugement clinique de l'infirmier.	consensus	1C	1C	1C	oui	non	non	oui	oui
6	Est-ce qu'il est nécessaire de documenter chaque définition de risque ?	Documenter chaque définition de risque.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
7	L'inspection de la peau fait-elle partie de la détermination du risque d'escarres ?	Toujours impliquer l'inspection de la peau lorsque l'on détermine le risque d'escarres.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
8	Quels facteurs influencent le risque d'escarres ?	Considérer l'âge, l'humidité de la peau, les indicateurs nutritifs et les facteurs influençant la circulation sanguine et l'apport d'oxygène comme des facteurs influant sur le risque d'escarres.	NPUAP & EPUAP	1B		1B	oui	non	non	oui	oui
		Considérer les forces de pression et de cisaillement, la neuropathie, la température corporelle et l'état de santé général comme des facteurs susceptibles d'influer sur le risque d'escarres.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
		Considérer la présence de plaie de macération comme un facteur influençant le risque d'escarres.	NPUAP & EPUAP	1C	pas cité	1C	oui	non	non	oui	oui
9	Quand et comment doit être effectuée une définition du risque ?	La définition du risque d'escarres doit être effectuée fréquemment et de façon conséquente; et toujours quand la situation du patient change.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui

QUESTIONS		Gradation sur base de l'outil GRADE (Van Royen 2002) des "recommandations sélectionnées" :									
		Recommandations issues de : NPUAP & EPUAP 2009 / RECOMMANDATION BELGE 2004 (Defloor et al.)									
		Messages clés	Origine	Niveau de preuve			Demandé l'avis des professionnels de terrain ? (oui/non)	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques? (oui/non)	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales? (oui/non)	Extrapolation du groupe cible des patients ? (oui/non)	Adaptation du message (oui/non) ?
10	Est-il nécessaire d'effectuer une inspection de la peau lors de la définition du risque?	L'inspection complète de la peau fait partie de la définition de risque.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
III	Définition de risque: l'inspection de la peau										
1	Quand est-ce que les mesures de prévention d'escarres doivent être débutées?	Si présence d'une rougeur ne disparaissant pas à la pression = commencer immédiatement la prévention ou l'intensifier.	consensus	1C	1C	1C	oui	non	non	oui	oui
2	Comment peut-on réaliser une inspection de la peau correcte et uniforme?	La formation des collaborateurs pour effectuer une inspection de la peau correcte et uniforme est nécessaire, en attirant l'attention sur la rougeur, la chaleur et l'œdème.	consensus	1B	1C	1B	oui	non	non	oui	oui
3	Quels sont les patients à risque sur base de l'inspection de la peau?	Si l'inspection de la peau démontre des changements au niveau de la peau = patient à risque.	NPUAP & EPUAP	1B		1B	oui	non	non	oui	oui
4	Quand faut-il effectuer une inspection de la peau chez les patients à risque? Cette fréquence doit-elle être augmentée?	Inspecter régulièrement la peau chez les sujets identifiés comme étant à risque d'escarres car il se pourrait qu'il soit nécessaire d'augmenter la fréquence des inspections si l'état général du patient se dégrade.	NPUAP & EPUAP	1B		1B	oui	non	non	oui	oui
5	Quand faut-il inspecter les points de pression avec plus d'attention?	Il est recommandé d'augmenter la fréquence de l'inspection de la peau à hauteur des points de pression si la rougeur disparaissant à la pression persiste longtemps après la pression.	defloor		1C	1C	oui	non	non	oui	oui
6	Est-ce que la rougeur doit être traitée localement?	L'apparition de rougeur (disparaissant ou pas disparaissant) n'exige pas de pommades etc. comme traitement.	defloor		pas cité	1C	oui	non	non	oui	oui

QUESTIONS		Gradation sur base de l'outil GRADE (Van Royen 2002) des "recommandations sélectionnées" :									
		Recommandations issues de : NPUAP & EPUAP 2009 / RECOMMANDATION BELGE 2004 (Defloor et al.)									
		Messages clés	Origine	Niveau de preuve			Demandé l'avis des professionnels de terrain ? (oui/non)	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques? (oui/non)	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales? (oui/non)	Extrapolation du groupe cible des patients ? (oui/non)	Adaptation du message (oui/non) ?
7	Quelle attention porter à la douleur ou l'inconfort du patient en matière de prévention des escarres?	Demander au patient d'identifier les zones d'inconfort ou de douleur qui pourraient être attribuées à des lésions de pression.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
8	Quelles mesures prendre au niveau de l'observation de la peau en cas d'utilisation d'appareillage médical?	Réaliser une observation de la peau pour rechercher les lésions provoquées par de l'appareillage médical.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
9	Chaque inspection de la peau doit-elle être documentée?	Documenter chaque inspection de la peau en détail et être attentif à la douleur.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
IV	Les mesures efficaces										
1	Comment positionner un patient pour prévenir le risque d'escarre?	Positionner le patient afin que la pression ne s'exerce pas à hauteur d'une zone de la peau récupérant d'une exposition antérieure à la pression ou présentant une rougeur.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
V	Les mesures efficaces: prise en charge de la peau										
1	Est-ce que le massage est une mesure préventive efficace?	Pas de massage comme mesure préventive.	consensus	1B	1B	1B	oui	non	non	oui	oui
2	Est-ce que les frottements sur les zones à risque constituent une mesure de prévention?	Pas de frottements sur les zones à risque en prévention.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
3	Est-ce que l'hydratation de la peau diminue le risque de lésions de la peau?	L'hydratation de la peau avec une lotion lutte contre la peau sèche et diminue le risque de lésions de la peau.	NPUAP & EPUAP	1B		1B	oui	non	non	oui	oui
4	Est-ce que la protection contre les lésions de macération est une mesure efficace contre les escarres?	Protéger la peau contre les lésions de macération car elles constituent un facteur de risque pour le développement des escarres.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui

QUESTIONS		Gradation sur base de l'outil GRADE (Van Royen 2002) des "recommandations sélectionnées" :									
		Recommandations issues de : NPUAP & EPUAP 2009 / RECOMMANDATION BELGE 2004 (Defloor et al.)									
		Messages clés	Origine	Niveau de preuve			Demandé l'avis des professionnels de terrain ? (oui/non)	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques? (oui/non)	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales? (oui/non)	Extrapolation du groupe cible des patients ? (oui/non)	Adaptation du message (oui/non) ?
5	Quand faut-il inspecter les points de pression avec plus d'attention?	Il est recommandé d'augmenter la fréquence de l'inspection de la peau à hauteur des points de pression si la rougeur disparaissant à la pression persiste longtemps après la pression.	defloor		1C	1C	oui	non	non	oui	oui
6	Est-ce que la rougeur doit être traitée localement?	L'apparition de rougeur (disparaissant ou pas disparaissant) n'exige pas de pommades etc. comme traitement.	defloor		pas cité	1C	oui	non	non	oui	oui
7	Quelle attention porter à la douleur ou l'inconfort du patient en matière de prévention des escarres?	Demander au patient d'identifier les zones d'inconfort ou de douleur qui pourraient être attribuées à des lésions de pression.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
8	Quelles mesures prendre au niveau de l'observation de la peau en cas d'utilisation d'appareillage médical?	Réaliser une observation de la peau pour rechercher les lésions provoquées par de l'appareillage médical.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
9	Chaque inspection de la peau doit-elle être documentée?	Documenter chaque inspection de la peau en détail et être attentif à la douleur.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
IV	Les mesures efficaces										
1	Comment positionner un patient pour prévenir le risque d'escarre?	Positionner le patient afin que la pression ne s'exerce pas à hauteur d'une zone de la peau récupérant d'une exposition antérieure à la pression ou présentant une rougeur.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
V	Les mesures efficaces: prise en charge de la peau										
1	Est-ce que le massage est une mesure préventive efficace?	Pas de massage comme mesure préventive.	consensus	1B	1B	1B	oui	non	non	oui	oui

QUESTIONS		Gradation sur base de l'outil GRADE (Van Royen 2002) des "recommandations sélectionnées" :									
		Recommandations issues de : NPUAP & EPUAP 2009 / RECOMMANDATION BELGE 2004 (Defloor et al.)									
		Messages clés	Origine	Niveau de preuve			Demandé l'avis des professionnels de terrain ? (oui/non)	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques? (oui/non)	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales? (oui/non)	Extrapolation du groupe cible des patients ? (oui/non)	Adaptation du message (oui/non) ?
2	Est-ce que les frottements sur les zones à risque constituent une mesure de prévention?	Pas de frottements sur les zones à risque en prévention.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
3	Est-ce que l'hydratation de la peau diminue le risque de lésions de la peau?	L'hydratation de la peau avec une lotion lutte contre la peau sèche et diminue le risque de lésions de la peau.	NPUAP & EPUAP	1B		1B	oui	non	non	oui	oui
4	Est-ce que la protection contre les lésions de macération est une mesure efficace contre les escarres?	Protéger la peau contre les lésions de macération car elles constituent un facteur de risque pour le développement des escarres.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
5	Est-ce que la douleur est un facteur de risque pour les escarres?	D'avantage d'études sont nécessaires concernant la prise en charge de la peau, p.e. la douleur comme facteur de risque, servant d'indicateur pour les escarres.	NPUAP & EPUAP	pas cité		1C	oui	non	non	oui	oui
VI	Des mesures efficaces: la nutrition										
1	Est-ce que l'état nutritif des patients à risque doivent être examiné?	Il est important d'évaluer l'état nutritif des patients à risque - pas d'association causale!	consensus	1B	1A	1B	oui	non	non	oui	oui
2	Comment réaliser l'évaluation de l'état nutritif?	L'évaluation de l'état nutritif doit être effectuée de façon uniforme et conséquente.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
3	Est-ce que l'envoi du patient vers d'autres professionnels est nécessaire?	Pour chaque patient à risque: consulter un diététicien ou une équipe multidisciplinaire.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
4	La corrélation entre la nourriture et les escarres est-elle prouvée?	D'avantage d'études sont nécessaires concernant le lien entre la nourriture et les escarres.	NPUAP & EPUAP	pas cité		1C	oui	non	non	oui	oui

QUESTIONS		Gradation sur base de l'outil GRADE (Van Royen 2002) des "recommandations sélectionnées" :									
		Recommandations issues de : NPUAP & EPUAP 2009 / RECOMMANDATION BELGE 2004 (Defloor et al.)									
		Messages clés	Origine	Niveau de preuve			Demandé l'avis des professionnels de terrain ? (oui/non)	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques? (oui/non)	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales? (oui/non)	Extrapolation du groupe cible des patients ? (oui/non)	Adaptation du message (oui/non) ?
5	Est-ce que les suppléments nutritifs diminuent le risque d'escarres?	Les suppléments nutritifs n'ont aucun effet sur la réduction de l'incidence des escarres.	defloor		1A	1A	oui	non	non	oui	oui
VII	Des mesures efficaces: le changement de position (ChaPo)										
1	Est-ce que le matériel utilisé comme support a une influence sur la fréquence du ChaPo?	La fréquence du ChaPo est également déterminée par le matériel utilisé comme support.	consensus	1A	1B/1C	1A	oui	non	non	oui	oui
2	Comment installer le patient lors d'un ChaPo?	Au cours de l'application du changement de position, installer le patient dans une position semi-fléchie à 30° où une position latérale à 30° en vérifiant l'absence de pression au niveau du sacrum.	consensus	1C	1C/1C	1C	oui	non	non	oui	oui
3	Comment installer un patient en position assise?	En position assise, installer le patient dans une position de type semi-assise à 60° et limiter la durée pour cause d'augmentation de la pression. Limiter la durée en position assise au fauteuil.	consensus	1C/1C	1C	1C	oui	non	non	oui	oui
4	Est-ce que la position ventrale est une position alternative?	La position ventrale peut être une position alternative.	consensus	1C	pas cité	1C	oui	non	non	oui	oui
5	Comment positionner les patients assis dans un fauteuil?	Positionner de préférence les patients assis dans un fauteuil en légère inclinaison postérieure, les jambes sur une banquette et les talons surélevés.	consensus	1C	1C	1C	oui	non	non	oui	oui
6	Comment positionner les patients assis dans un fauteuil où le dossier ne s'incline pas?	Si le dossier du fauteuil ne s'incline pas en arrière, positionner les patients dans une position assise droite, les pieds sur le sol.	consensus	1C	1C	1C	oui	non	non	oui	oui
7	Est-ce que le ChaPo est nécessaire pour chaque patient à risque?	Si c'est possible, réaliser le changement de position pour chaque patient à risque.	NPUAP & EPUAP	1A		1A	oui	non	non	oui	oui

QUESTIONS		Gradation sur base de l'outil GRADE (Van Royen 2002) des "recommandations sélectionnées" :									
		Recommandations issues de : NPUAP & EPUAP 2009 / RECOMMANDATION BELGE 2004 (Defloor et al.)									
		Messages clés	Origine	Niveau de preuve			Demandé l'avis des professionnels de terrain ? (oui/non)	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques? (oui/non)	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales? (oui/non)	Extrapolation du groupe cible des patients ? (oui/non)	Adaptation du message (oui/non) ?
8	Quel est l'objectif du ChaPo?	Réaliser le changement de position pour diminuer la durée et l'ampleur de la pression sur les zones à risque.	NPUAP & EPUAP	1A		1A	oui	non	non	oui	oui
9	De quels facteurs dépend la fréquence du ChaPo dépend?	La fréquence du changement de position dépend de chaque patient (GRADE 1C) et des matériaux utilisés pour soutenir le patient (GRADE 1A). Les caractéristiques des patients sont: la tolérance des tissus, le niveau d'activité, la mobilité, l'état de santé général, l'inspection de la peau ainsi que les objectifs des traitements généraux (GRADE 1C).	NPUAP & EPUAP	1A/1C		1A/1C	oui	non	non	oui	oui
10	Quelle est la fréquence du ChaPo en combinaison avec un matelas réduisant la pression?	Le changement de position doit être effectué de préférence toutes les 4 heures, en combinaison avec un matelas réduisant la pression.	defloor		1A	1A	oui	non	non	oui	oui
11	Quelle est la fréquence ChaPo s'il n'y a pas de matelas à réduction de pression?	S'il n'est pas possible d'utiliser un matelas réduction de pression, le changement de position doit être appliqué toutes les 2 heures. L'application systématique de ce changement de position est difficile à réaliser.	defloor		1C	1C	oui	non	non	oui	oui
12	Est-ce que le ChaPo toutes les 2 heures, en l'absence de matelas à réduction de pression, est suffisant?	Le changement de position avec une fréquence inférieure à toutes les 2 heures, chez les patients ne bénéficiant pas d'un matelas à réduction de pression, est insuffisant.	defloor		1C	1C	oui	non	non	oui	oui
13	Est-ce que le ChaPo doit être effectué plus fréquemment chez les patients en position assise par rapport aux patients couchés?	Le changement de position doit être effectué plus fréquemment chez les patients en position assise.	defloor		1B	1B	oui	non	non	oui	oui

QUESTIONS		Gradation sur base de l'outil GRADE (Van Royen 2002) des "recommandations sélectionnées" :									
		Recommandations issues de : NPUAP & EPUAP 2009 / RECOMMANDATION BELGE 2004 (Defloor et al.)									
		Messages clés	Origine	Niveau de preuve			Demandé l'avis des professionnels de terrain ? (oui/non)	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques? (oui/non)	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales? (oui/non)	Extrapolation du groupe cible des patients ? (oui/non)	Adaptation du message (oui/non) ?
14	Dans un tableau de 'changement de position', quelle est la position à appliquer le plus fréquemment?	Dans un tableau de 'changement de position' la position dorsale doit être appliquée le plus possible.	defloor		1C	1C	oui	non	non	oui	oui
15	Est-ce que les systèmes de sous-matelas sont recommandés pour tourner le patient de façon mécanique?	Les systèmes de sous-matelas, utilisés pour tourner le patient en position latérale de façon mécanique, ne sont pas recommandés.	defloor		1C	1C	oui	non	non	oui	oui
16	A quel critères doit contribuer le ChaPo?	Le changement de position doit contribuer au confort, à la dignité et correspondre aux capacités fonctionnelles du patient. Le confort éprouvé pendant le changement de position et l'inspection de la peau aide à déterminer la fréquence du changement	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
17	Quels sont les objectifs du ChaPo?	Le changement de position doit avoir pour objectif la réduction et/ou la distribution de la pression.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
18	Quelles sont les précautions à prendre lors du ChaPo?	Pendant le changement de position, il est important de ne pas exposer la peau à des forces de pression ou de cisaillement (GRADE1C). Pour ce faire, utiliser des techniques de levage et/ou des outils (GRADE1C).	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
19	Quels sont les précautions à prendre lors de l'utilisation de matériel médical?	S'assurer que le patient n'est pas exposé à des pressions causées par du matériel médical.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
20	Quelles sont les zones de pression à éviter lors du positionnement du patient?	S'assurer que le patient n'est pas positionné d'une manière où une pression s'exerce sur les structures osseuses et/ou des zones de la peau présentant une rougeur ne disparaissant pas à la pression.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui

QUESTIONS		Gradation sur base de l'outil GRADE (Van Royen 2002) des "recommandations sélectionnées" :									
		Recommandations issues de : NPUAP & EPUAP 2009 / RECOMMANDATION BELGE 2004 (Defloor et al.)									
		Messages clés	Origine	Niveau de preuve			Demandé l'avis des professionnels de terrain ? (oui/non)	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques? (oui/non)	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales? (oui/non)	Extrapolation du groupe cible des patients ? (oui/non)	Adaptation du message (oui/non) ?
21	Quelle formation poposer aux collaborateurs?	Apprendre aux collaborateurs l'utilisation des techniques de manutention, en ayant conscience des forces de pression et de cisaillement.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
VIII	Des mesures efficaces: mesures générales										
1	Quelles sont les précautions lors de l'utilisation de matériel pour la prévention d'escarres?	Utiliser le matériel de façon optimale, comme recommandé par le fournisseur. S'assurer aussi de son entretien régulier.	consensus	1C	1C	1C	oui	non	non	oui	oui
2	A quelle fréquence la prévention des escarres doit-elle être appliquée?	La prévention des escarres doit être appliquée en continu chez les patients à risque.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
3	Comment choisir le matériel préventif?	Le choix d'un matériel particulier ne doit pas être fondé uniquement sur le degré de risque et/ou la présence d'escarres.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
		Le choix d'un matériel particulier doit tenir compte du degré de mobilité, du confort du patient et de l'établissement de soins.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
		Il est important de choisir du matériel et/ou des outils adaptés à l'établissement de soins.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
IX	Des mesures efficaces: matelas/lits										
1	Quel est le meilleur choix pour un matelas en mousse?	Il n'y a pas suffisamment de preuves pour conseiller l'achat d'un type particulier de matelas en mousse.	consensus	1A	1B	1A	oui	non	non	oui	oui

QUESTIONS		Gradation sur base de l'outil GRADE (Van Royen 2002) des "recommandations sélectionnées" :									
		Recommandations issues de : NPUAP & EPUAP 2009 / RECOMMANDATION BELGE 2004 (Defloor et al.)									
		Messages clés	Origine	Niveau de preuve			Demandé l'avis des professionnels de terrain ? (oui/non)	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques? (oui/non)	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales? (oui/non)	Extrapolation du groupe cible des patients ? (oui/non)	Adaptation du message (oui/non) ?
2	Quel matériel utiliser chez les patients incapables de changer de position fréquemment?	Utiliser du matériel dynamique chez les patients à risque incapables (ou chez lesquels il n'est pas possible) de <u>changer de position fréquemment</u> .	consensus	1B	pas cité	1B	oui	non	non	oui	oui
3	Quels sont les systèmes à air alterné les plus efficaces?	Les systèmes à air alterné avec des cellules d'un diamètre supérieur à 10 cm sont plus efficaces que ceux avec des <u>cellules de taille inférieure</u> .	consensus	1C	1C	1C	oui	non	non	oui	oui
4	Quel type de matelas utiliser chez les patients à risque?	Utiliser des matelas en mousse viscoélastique au lieu des matelas standard chez les patients à risque <u>d'escarres</u> .	NPUAP & EPUAP	1A		1A	oui	non	non	oui	oui
5	Les matelas actifs et les 'sur-matelas' actifs ont-ils la même efficacité?	En termes d'incidence des escarres, les matelas actifs ont la même efficacité que les 'sur-matelas' actifs.	NPUAP & EPUAP	1A		1A	oui	non	non	oui	oui
6	Est-ce que ChaPo est encore nécessaire si le patient est positionné sur un matelas approprié?	Si possible, maintenir le changement de position pour les patients à risque, même s'ils sont positionnés sur un matelas <u>approprié</u> .	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
7	Comment obtenir la surélévation des talons?	Utiliser un coussin en mousse sous les mollets pour obtenir une décharge des talons.	NPUAP & EPUAP	1B		1B	oui	non	non	oui	oui
8	Est-ce que l'inspection de la peau au niveau des talons est nécessaire?	Inspecter la peau au niveau des talons régulièrement.	NPUAP & EPUAP	1C		1C	oui	non	non	oui	oui
9	Est-ce que les matelas ont toujours un effet de réduction de pression?	Les matelas peuvent réduire la pression seulement s'ils augmentent la surface de <u>contact</u> .	defloor		1C	1C	oui	non	non	oui	oui
10	Quels sont les facteurs qui diminuent l'effet de la réduction de pression des matelas/cousins?	Le nombre de couches placées entre le patient et le matelas/coussin ainsi que le fait de tendre ces couches, diminue <u>l'efficacité des matelas/cousins</u> .	defloor		1C	1C	oui	non	non	oui	oui

QUESTIONS		Gradation sur base de l'outil GRADE (Van Royen 2002) des "recommandations sélectionnées" :									
		Recommandations issues de : NPUAP & EPUAP 2009 / RECOMMANDATION BELGE 2004 (Defloor et al.)									
		Messages clés	Origine	Niveau de preuve			Demandé l'avis des professionnels de terrain ? (oui/non)	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques? (oui/non)	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales? (oui/non)	Extrapolation du groupe cible des patients ? (oui/non)	Adaptation du message (oui/non) ?
11	Les matelas à eau sont-ils efficaces dans la prévention des escarres?	Les matelas à eau ne sont pas recommandés dans le cadre de la prévention des escarres.	defloor		1B	1B	oui	non	non	oui	oui
12	Les matelas à fibres creuses sont-ils efficaces dans la prévention des escarres?	Les matelas à fibres creuses ne sont pas recommandés dans le cadre de la prévention des escarres.	defloor		1C	1C	oui	non	non	oui	oui
13	Quel système à air alterné conseiller?	A ce jour, la littérature ne permet pas de conseiller l'achat d'un type particulier de système à air alterné.	defloor		1C	1C	oui	non	non	oui	oui
14	Quelles mesures prendre si le changement de position ne peut pas être réalisé chez le patient?	Les patients à risque, où le changement de position ne peut pas être exécuté, doivent être positionnés sur un matelas à air alterné ou sur un système de matelas dynamique à répartition de pression (lits d'air fluidisé, système à faible perte	defloor		pas cité - répété 2x	1C	oui	non	non	oui	oui
X	Des mesures efficaces: coussins										
1	Quels système utiliser chez les patients à mobilité limitée en position assise?	Utiliser un coussin répartissant la pression pour les patients à mobilité limitée en position assise, car le risque d'escarres est plus important en position assise qu'en position couchée.	consensus	1B	1B	1B	oui	non	non	oui	oui
2	Quelle est la durée recommandée de la position assise au fauteuil?	Limiter la durée d'installation du patient en position assise au fauteuil.	consensus	1B	1C	1B	oui	non	non	oui	oui
3	Quelles sont les mesures complémentaires à apporter chez les patients installés au fauteuil?	Apporter une attention supplémentaire aux affaissements verticaux et latéraux du corps du patient installé au fauteuil. Des accoudoirs peuvent aider à stabiliser la position du patient.	consensus	1C	1C	1C	oui	non	non	oui	oui
4	Quel coussin anti-escarre choisir?	La stabilité du patient en position assise détermine le choix du coussin anti-escarre.	defloor		1C	1C	oui	non	non	oui	oui

QUESTIONS		Gradation sur base de l'outil GRADE (Van Royen 2002) des "recommandations sélectionnées" :									
		Recommandations issues de : NPUAP & EPUAP 2009 / RECOMMANDATION BELGE 2004 (Defloor et al.)									
		Messages clés	Origine	Niveau de preuve			Demandé l'avis des professionnels de terrain ? (oui/non)	Risque de barrières organisationnelles et de doubles pratiques? (oui/non)	Les barrières économiques et financières ? Les conditions fondamentales? (oui/non)	Extrapolation du groupe cible des patients ? (oui/non)	Adaptation du message (oui/non) ?
5	Est-ce que le ChaPo est nécessaire si on utilise un coussin anti-escarre?	Combiner l'utilisation des coussins anti-escarre avec le changement de position.	defloor		1B	1B	oui	non	non	oui	oui
6	Quel type de coussin à air est recommandé?	Des coussins volumineux sont recommandés dans le cadre de la prévention des escarres.	defloor		1C	1C	oui	non	non	oui	oui
7	Quel type de coussin réduisant la pression conseiller?	Il n'y a pas suffisamment de preuves pour conseiller l'achat d'un type particulier de coussin réduisant la pression.	defloor		1C	1C	oui	non	non	oui	oui
8	Quel sont les coussins non recommandés?	Les coussins à fibres creuses, les coussins à eau, les coussins en gel et les peaux de mouton ne sont pas recommandés dans le cadre de la prévention des escarres.	defloor		1B	1B	oui	non	non	oui	oui
9	Quels coussins éviter?	Éviter les coussins en forme d'anneau dans le cadre de la prévention d'escarres.	defloor		1C	1C	oui	non	non	oui	oui
10	Quel type de coussin est le plus efficace?	Un coussin à air réduit la pression le plus efficacement.	defloor		1C	1C	oui	non	non	oui	oui
XI	Des mesures efficaces: matériels/protection des talons										
1	Comment réaliser la surélévation des talons?	Surélever les talons de sorte qu'aucune pression ne se produise à hauteur des tendons d'Achille, et ce dans une position avec les genoux légèrement fléchis.	consensus	1C	1B	1C	oui	non	non	oui	oui
2	Est-ce qu'un matelas réduisant la pression ou un matelas à air alterné est suffisant pour la prévention des escarres aux talons?	Un matelas réduisant la pression ou un matelas à air alterné ne suffit pas comme mesure préventive pour les escarres des talons.	defloor		pas cité	1C	oui	non	non	oui	oui
XII	Des mesures inefficaces										
1	Quelles sont les mesures à éviter?	Éviter l'utilisation des peaux de moutons synthétiques, des coussins en forme d'anneau et des gants remplis d'eau.	consensus	1C	1C	1C	oui	non	non	oui	oui

Annexe 3 : L'échelle de Norton

Echelle de Norton

Source: Defloor T., Herremans A., Grypdonck M. et al. Recommandation belge pour la prévention des escarres. Bruxelles: la Direction générale de l'Organisation des Établissements de soins du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2004.

Etat physique	Etat mental	Activité	Mobilité	Incontinence
1. Très mauvais 2. Mauvais 3. Moyen 4. Bon	1. Inconsient 2. Confus 3. Apathique 4. Alerté	1. Alité 2. Limitée au fauteuil 3. Marche avec aide 4. Ambulant	1. Immobile 2. Très limitée 3. Diminuée 4. Autonome	1. Urine et selles 2. Habituelle 3. Parfois 4. Sans

Annexe 4 : L'échelle de Braden

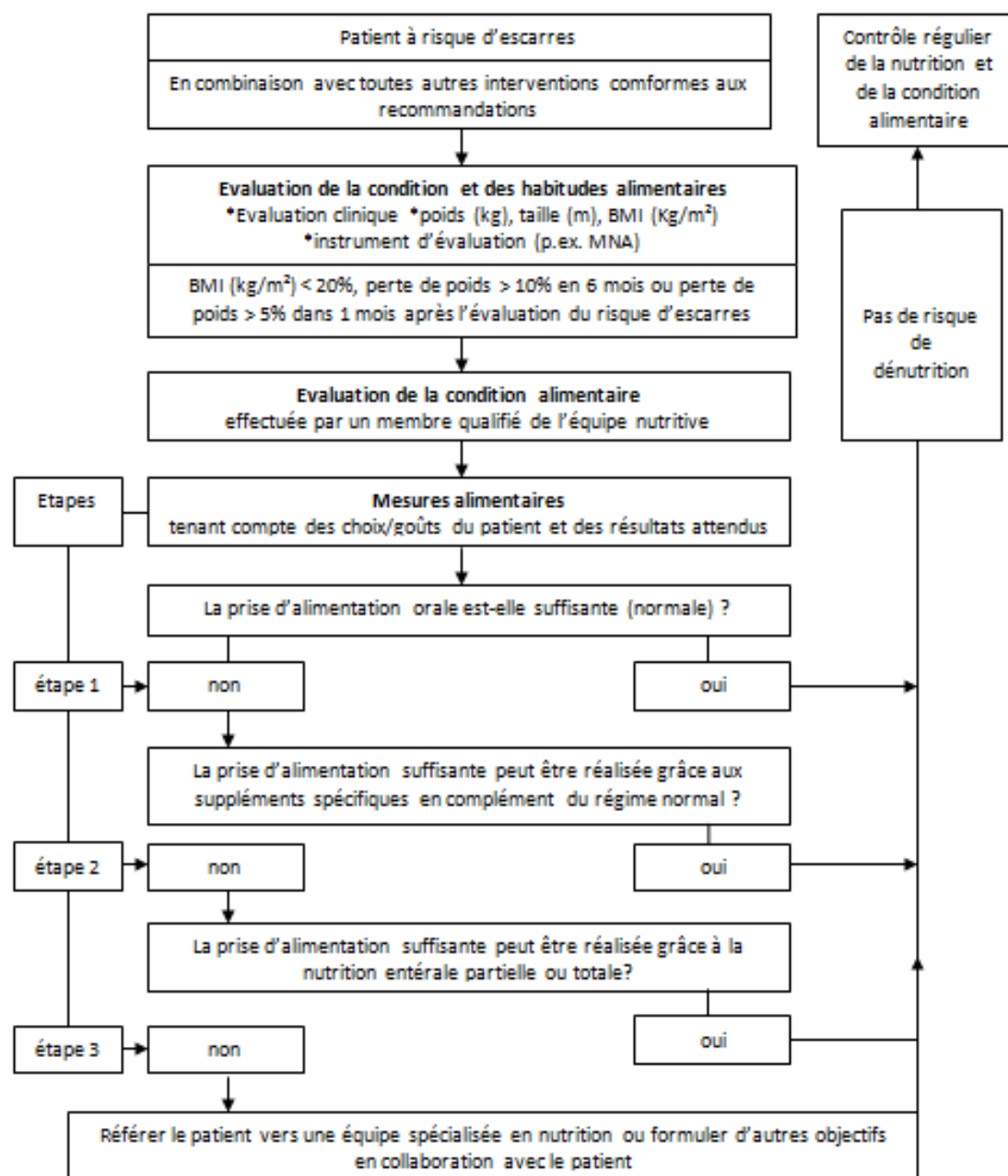
ÉCHELLE DE BRADEN®

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

Copyright Barbara Braden; Nancy Bergstrom, 1988® Version française approuvée par les auteurs; Traduction et validation : Diane St-Cyr; Nicole Denis 2004®

Annexe 5: Arbre décisionnel « intervention alimentaire escarres »

Arbre décisionnel « intervention alimentaire escarres¹ »



¹ Source: EPUAP, *Nutritional Guidelines for Pressure Ulcer Prevention and Treatment* (2003) ; Schols et al. *Een Europese richtlijn over voeding en decubitus*. Tijdschrift voor VerpleeghuisGeneeskunde, 32 (2007), 100-103.

Annexe 6: MNA-SF®

Nom:		Prénom:		
Sexe:	Age:	Poids, kg:	Taille, cm:	Date:

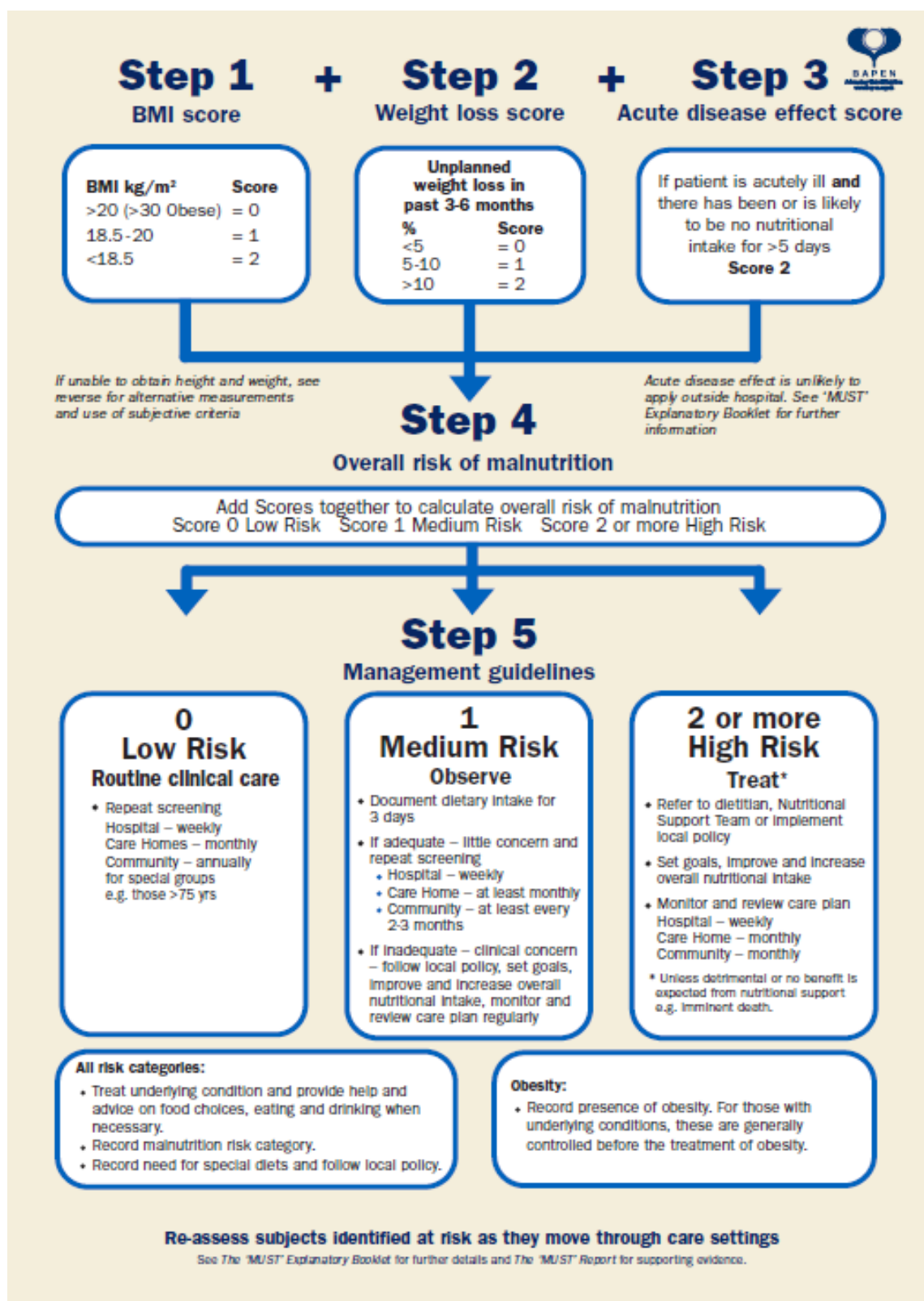
Répondez au questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points pour obtenir le score de dépistage.

Dépistage	
A Le patient a-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition? 0 = sévère baisse de l'alimentation 1 = légère baisse de l'alimentation 2 = pas de baisse de l'alimentation	<input type="checkbox"/>
B Perte récente de poids (<3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids	<input type="checkbox"/>
C Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	<input type="checkbox"/>
D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non	<input type="checkbox"/>
E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence modérée 2 = pas de problème psychologique	<input type="checkbox"/>
F1 Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²) 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
SI L'IMC N'EST PAS DISPONIBLE, REMPLACER LA QUESTION F1 PAR LA QUESTION F2. MERCI DE NE PAS RÉPONDRE À LA QUESTION F2 SI LA QUESTION F1 A ÉTÉ COMPLÉTÉE.	
F2 Circonférence du mollet (CM) en cm 0 = CM <31 3 = CM ≥31	<input type="checkbox"/>
Score de dépistage (max. 14 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 points: état nutritionnel normal 8-11 points: risque de malnutrition 0-7 points: malnutrition avérée	

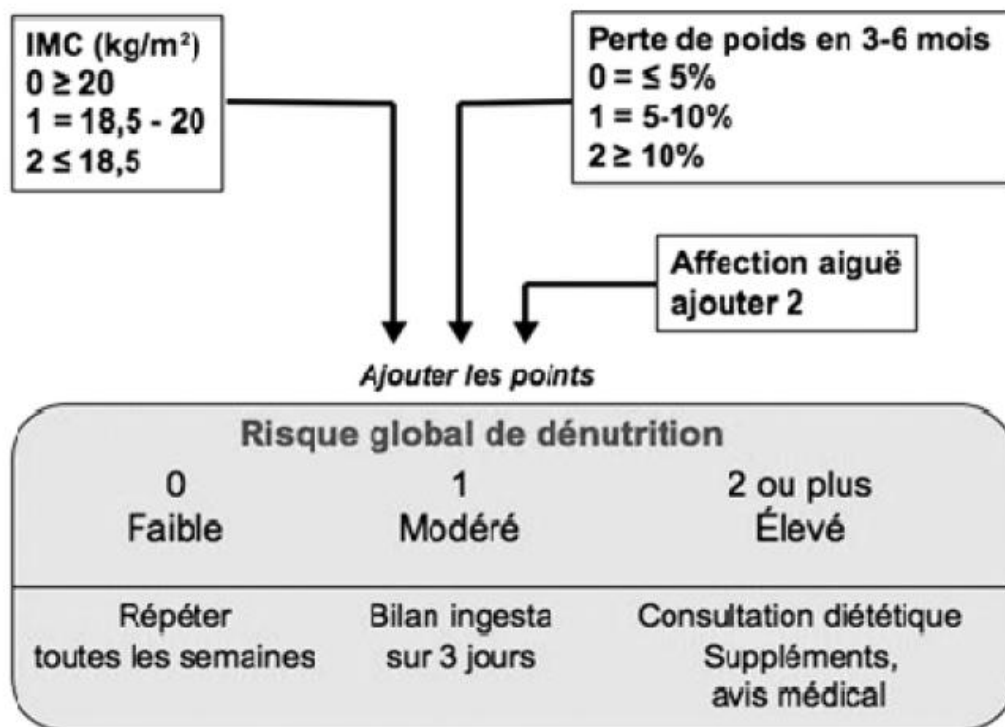
Pour une évaluation plus en profondeur, nous vous référons à la version complète du MNA® disponible sur www.mna-elderly.com

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Hanker JO, Salva A, Gulgoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Gulgoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
 Pour plus d'information: www.mna-elderly.com

Annexe 7: MUST®



Echelle MUST® : Traduction en français



Source : <http://www.nursingscales-guidelines.be/>

Annexe 8: Echelle de Katz

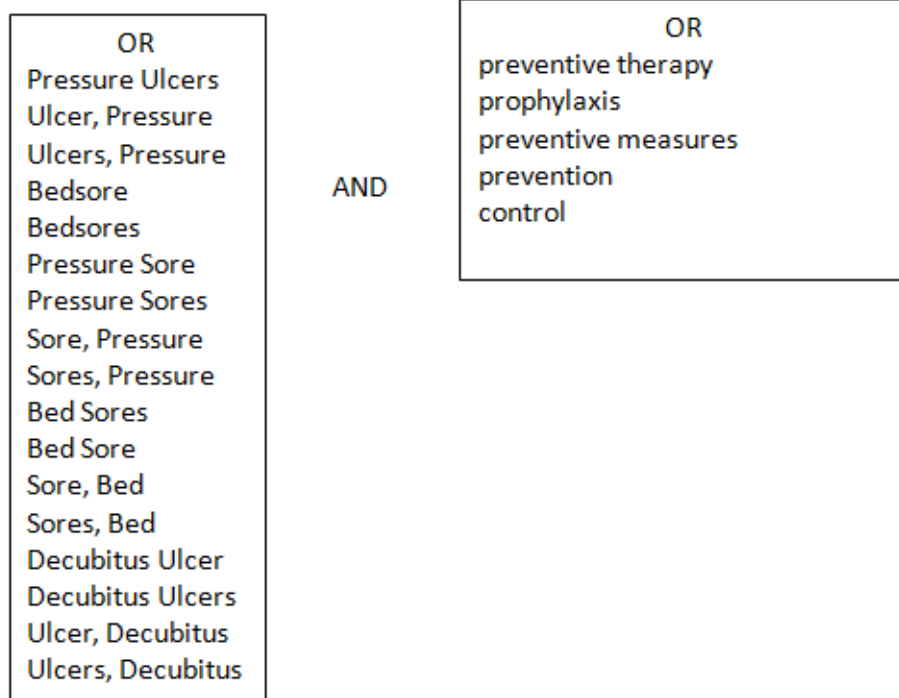
Critère	Score	1	2	3	4
Se laver		est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture
S'habiller		est capable de s'habiller et se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en--dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture
Transfert et déplacement		est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante, ...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
Aller à la toilette		est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller ou de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	a besoin d'aide pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer
Continence		est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
Manger		est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger et boire

Source : <http://www.riziv.be/care/fr/other/infirmiers/forms/pdf/formscale.pdf>

Annexe 9 : Termes Mesh

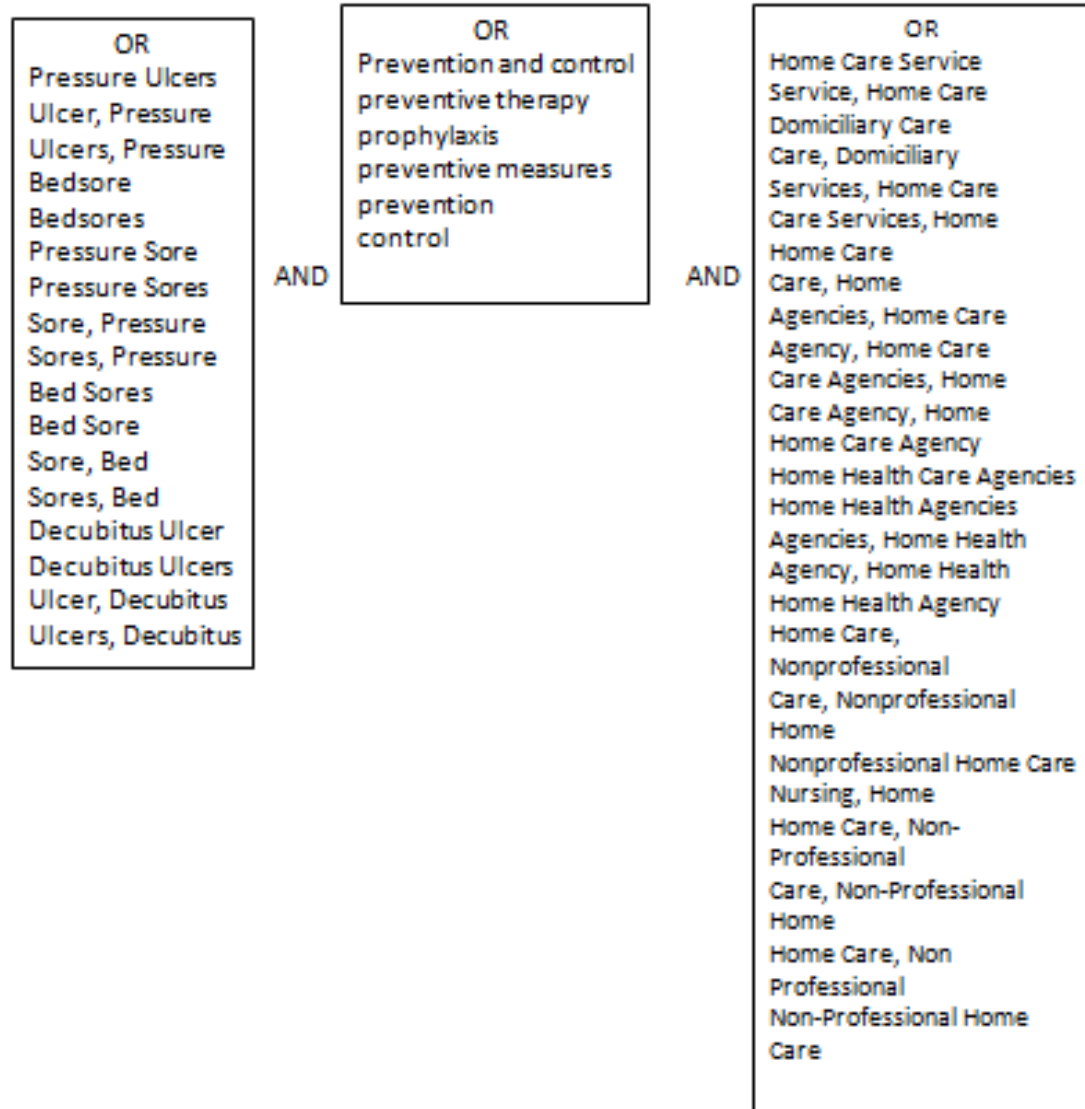
Recherches de janvier 2008 à août 2011 : prévention des escarres, sans précision du contexte des soins à domicile.

("Pressure Ulcer"[Mesh]) AND "prevention and control" [Subheading] **Janvier 2008 – août 2011**

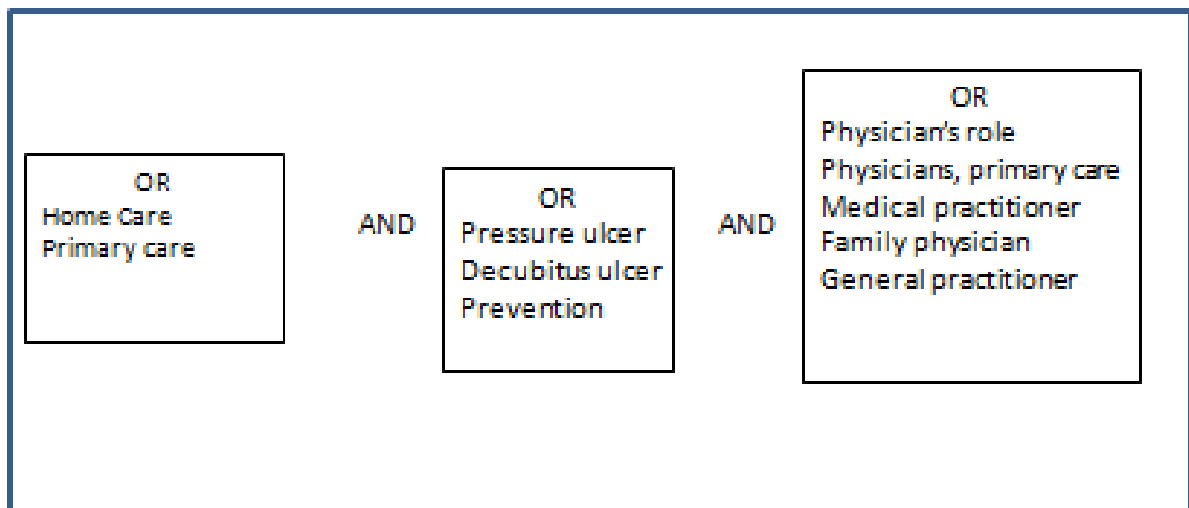


Recherches de janvier 2000 à août 2011 : prévention des escarres en soins à domicile.

((("Pressure Ulcer"[Mesh]) AND "prevention and control" [Subheading]) AND ("Home Care Services"[Mesh] OR "Home Health Aides"[Mesh] OR "Home Nursing"[Mesh])



Recherches complémentaires : rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des escarres en soins à domicile (mai 2011).



Annexe 10 : Evaluation du groupe de résonance

Evaluation de la RBP « Prévention des escarres » par le groupe de résonance via la grille AGREE II

La RBP a été évaluée par 13 infirmier(e)s de terrain et 3 médecins généralistes au moyen d'une grille AGREE II (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation). Deux médecins généralistes ont également lu la RBP (sans remplir la grille AGREE II) et ont donné un avis favorable.

Ci-dessous, les résultats moyens des différentes grilles:

Thèmes de la grille AGREE.	Moyenne des scores
<u>1. Champ et objectif(s) de la RBP</u>	
Les objectifs de la RBP sont décrit explicitement	5,8
Les questions cliniques couvertes par la RBP sont décrites explicitement	5,6
Les patients auxquels la RBP doit s'appliquer sont décrits explicitement	5,6
Score min - max.: 3 - 21	16,9
Score standardisé par domaine (%)	77,40%
<u>2. Participation des groupes concernés</u>	
Le groupe ayant élaboré la RBP inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés	5,4
Les opinions et les préférences des patients ont été identifiées	5,1
Les utilisateurs cibles de la RBP sont clairement définis	5,9
Score min - max.: 3 - 21	16,4
Score standardisé par domaine (%)	74,30%
<u>3. Rigueur d'élaboration de la RBP</u>	
Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves	6,1
Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits	5,9
Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies	6,0
Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites	5,9
Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en terme de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.	5,6
Il y a un lien explicite entre les RBP et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent	5,9
La RBP a été revue par des experts externes avant sa publication.	6,2
Une procédure d'actualisation de la RBP est décrite.	5,3
Score min - max.: 8 - 56	46,3
Score standardisé par domaine (%)	76,60%
<u>4. Clarté et présentation:</u>	
Les recommandations sont précises et sans ambiguïté	6,1
Les différentes options pour la prise en charge de la situation clinique sont clairement présentées	6,1
Les recommandations clés sont clairement identifiables	6,1
Score min - max.: 3 - 21	18,3
Score standardisé par domaine (%)	85,10%

5. Applicabilité:	
La RBP décrit les éléments facilitant son application et les obstacles	5,2
La RBP offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique	5,7
Les répercussions potentielles de l'application des recommandations sur les ressources ont été examinés	4,9
La RBP propose des critères de suivi et de vérification	4,9
Score min - max. : 4 - 28	20,0
Score standardisé par domaine (%)	70%
6. Indépendance éditoriale	
Le point de vue des organismes de financement n'ont pas influencé le contenu de la RBP	5,6
Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RBP ont été pris en charge et documenté	5,3
Score min - max. : 2 - 14	9,8
Score standardisé par domaine (%)	75,30%
Evaluation de la qualité générale de la RBP? Score min-max : 1-7	5,93

Globalement, la RBP montre un score satisfaisant ($\geq 75\%$) pour 4 des 6 domaines abordés : champ et objectifs de la RBP, rigueur d'élaboration, clarté et présentation, indépendance éditoriale. Les membres du groupe de résonance ont cependant manifesté certaines réserves sur l'applicabilité de la RBP sur le terrain et ont proposé quelques pistes (cfr Analyse des commentaires).

Une recommandation globale de la RBP a été donnée par les 16 relais. 7 d'entre-eux ont cependant recommandé la RBP moyennant quelques adaptations/précisions au niveau du texte qui ont été apportées, en tenant compte des choix opérés par l'équipe de recherche et spécifiés dans le texte de la recommandation.

<u>Evaluation générale: recommanderiez-vous l'utilisation de cette RBP en pratique?</u>	fois
OUI	9
OUI, avec certaines modifications	7
NON	0

Analyse des commentaires

1. Champ et objectif(s) de la RBP

Au niveau du public cible, ne pas oublier de sensibiliser les aides soignant(e)s et garde-malades qui passent beaucoup de temps auprès des patients.

Les objectifs de la RBP sont clairement expliqués.

Les patients concernés sont présentés comme étant principalement des personnes âgées, mais il ne faut pas oublier les enfants IMC, accidentés de la route qui sont également des patients à risque de développer des escarres.

Au niveau des questions cliniques couvertes par la RBP, il n'y a pas de différences selon les pathologies.

En ce qui concerne la population de patients ciblées, le terme « palliatifs » est trop imprécis. Il faudrait davantage le préciser avant de l'exclure.

Le groupe de travail ayant élaboré la RBP ne comprend, au niveau des infirmier(e)s à domicile, que des salariés issus d'une seule structure et pas d'indépendant(e)s (cité 2 fois).

Il est dommage que les autres intervenants du domicile (kinés, diététicien(ne)s, pharmacien(ne)s, etc.) n'aient pas été impliqués dans le processus d'élaboration de la RBP, en tant qu'équipe pluridisciplinaire.

2. Participation des groupes concernés

Il n'y a pas suffisamment de critères identifiés concernant les opinions et préférences de la population cible.

Les éléments à destination des médecins généralistes sont peu développés.

Le groupe d'utilisateurs pourrait être plus large et englober les aides soignantes, ainsi que les autres professionnels de 1^{ère} ligne : kinés, diététiciens, pharmaciens, etc.

Selon 1 avis, il n'est pas nécessaire de nommer et préciser la fonction/les titre(s) académique(s) des membres du groupe de résonance.

3. Rigueur d'élaboration de la RBP

Il est dommage que cette RBP soit construite à partir d'une RBP existante et que les liens vers les soins de 1^{ère} ligne reposent le plus souvent sur des recherches effectuées par une seule société de soins à domicile.

La méthodologie est présentée de manière claire et complète mais est parfois fastidieuse à lire.

Il y a une grande cohérence entre les recommandations énoncées et les résultats présentés.

La procédure d'actualisation est juste citée mais non décrite (citée 3 fois).

La bibliographie est très large. De nombreuses études récentes et antérieures ont été prises en compte.

Le lien entre les recommandations et les preuves scientifiques est explicite et bien décrit.

Les motifs d'exclusion de certaines études ne sont pas toujours clairs.

Les effets secondaires et les risques en termes de santé n'ont pas été pris en considération alors que les avantages et bénéfices sont largement décrits.

4. Clarté et présentation:

RBP bien étayée avec des photos.

La RBP pourrait être plus concise pour être plus attractive par rapport à un public cible modérément enclin au changement, ou alors nécessité d'un incitant ou stimulant.

Les facteurs de risque devraient être plus détaillés avec des exemples, ainsi que la gestion de la douleur.

Il faudrait insister davantage sur la prise en charge globale, incluant tous les facteurs de risque.

Les différentes options de prise en charge du problème de santé sont décrites, mais pas toujours de manière suffisamment détaillée.

La chronologie au niveau des recommandations clés et spécifiques n'est pas toujours logique. (elles n'ont pas été classées de manière chronologique).

Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé ne sont pas toujours identifiables de manière évidente dans le texte.

5. Applicabilité:

Il demeure un problème majeur à l'applicabilité de la RBP lié à un manque d'information et de formation des prestataires (infirmier(s), médecin(s)) qui continuent à appliquer des mesures de prévention inadéquates (application d'éosine, massage à la glace, utilisation de peaux de mouton, etc.). Si l'infirmier(e) n'a pas suffisamment de connaissances, elle ne sait pas défendre son point de vue auprès du médecin généraliste qui parfois, continue à appliquer les anciennes méthodes de prévention, qui s'avèrent être inadéquates. D'où l'intérêt d'une diffusion de la RBP et des outils vers les médecins généralistes et les infirmier(e)s.

A domicile, le patient et son entourage reste les décideurs de la mise en place des éléments de prévention recommandés (matelas alternating, etc.). Par manque de moyens financiers, et malgré l'insistance du personnel soignant, certains refusent la mise en place des mesures de prévention.

La brochure à destination des prestataires de soins et de l'entourage du patient devra être présentée de manière plus ludique et pratique que la RBP avec des schémas, dessins etc.

Aucun coût n'est mentionné dans la RBP. Cependant, au domicile, le coût du matériel est la première question posée. Il serait intéressant de proposer une gamme de prix et de lieux où acheter ou louer du matériel adéquat ou mentionner où ces renseignements peuvent être obtenus.

Il n'est pas fait mention de l'énergie qui doit être fournie par les aidants informels en tant qu'obstacle à la mise en œuvre des recommandations.

La prévention des plaies de macération n'est pas envisagée, or il existe du matériel (ex : étui pénien chez l'homme) pour prévenir ce type de plaie.

Les critères de suivi et d'évaluation ne sont pas suffisamment développés. Les éléments facilitant l'application des recommandations ainsi que les obstacles sont décrits dans la RBP mais pas toujours de manière très claire et facilement identifiable.

Les répercussions potentielles de l'application des recommandations sur les ressources ne sont pas clairement mises en évidence.

En ce qui concerne l'alimentation, les quantités de protéines conseillées pourraient être, par exemple, illustrées par des exemples plus concrets.

Préciser également qu'il s'agit de quantités recommandées par kg de poids corporel (du patient).

Un membre du groupe de résonance propose également de suggérer les prix des compléments nutritionnels.

6. Indépendance éditoriale

Il n'y a pas de participation d'infirmier(e)s indépendant(e)s lors de la phase de rédaction de la RBP.

Il est difficile d'identifier les intérêts divergents du groupe de travail et de savoir s'ils ont été pris en charge.

Conclusion

De manière générale, le groupe de résonance évalue cette recommandation sur « *La prévention des escarres en soins à domicile* » comme un outil de bonne qualité reposant sur une méthodologie solide. Elle est bien documentée (preuves probantes, photos, etc.). Moyennant quelques adaptations/précisions au niveau du texte, cette RBP est à recommander à tous les prestataires du domicile.

Une information sur la RBP serait également utile en complément de sa diffusion afin d'informer les prestataires de soins sur l'évolution des moyens mis à leur disposition.

Score min - max.	Thèmes de la grille AGREE.	Evalua- teur 1	Evalua- teur 2	Evalua- teur 3	Evalua- teur 4	Evalua- teur 5	Evalua- teur 6	Evalua- teur 7	Evalua- teur 8	Evalua- teur 9	Evalua- teur 10	Evalua- teur 11	Evalua- teur 12	Evalua- teur 13	Evalua- teur 14	Evalua- teur 15	Evalua- teur 16	Moyenne des scores
	1. Champ et objectif(s) de la RBP	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR	NL	NL	FR M	NL	FR	FR M	FR M	FR	NL	
1-7	Les objectifs de la RBP sont décrit explicitement	5	7	5	6	6	6	7	6	6	5	4	7	7	6	4	5	5,8
1-7	Les questions de santé couverte par la RBP sont décrites explicitement	5	7	6	5	5	5	5	6	6	7	5	7	6	6	5	4	5,6
1-7	La population à laquelle la RBP doit s'appliquer sont décrits explicitement	5	6	5	5	7	6	5	4	6	7	4	7	6	5	6	5	5,6
	Score min - max.: 3 - 21	15	20	16	16	18	17	17	16	18	19	13	21	19	17	15	14	16,9
	Score standardisé par domaine (%)	66,6	94,4	72,2	72,2	83,3	77,8	77,8	72,2	83,3	88,9	55,5	100,0	88,9	77,8	66,6	61,1	77,40%
	2. Participation des groupes concernés																	
1-7	Le groupe ayant élaboré la RBP inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés	5	5	5	5	6	6	1	7	6	7	6	7	7	6	4	3	5,4
1-7	Les opinions et les préférences des patients ont été identifiées	4	5	5	5	5	5	4	6	6	5	5	6	7	4	7	2	5,1
1-7	Les utilisateurs cibles de la RBP sont clairement définis	5	7	6	6	6	6	7	6	6	6	5	7	6	5	7	4	5,9
	Score min - max.: 3 - 21	14	17	16	16	17	17	12	19	18	18	16	20	20	15	18	9	16,4
	Score standardisé par domaine (%)	61,1	77,8	72,2	72,2	77,8	77,8	50,0	88,9	83,3	83,3	72,2	94,4	94,4	66,7	83,3	33,3	74,30%
	3. Rigueur d'élaboration de la RBP																	
1-7	Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques	6	7	4	6	7	7	7	6	6	7	7	7	6	6	3	5	6,1
1-7	Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits	6	7	5	6	7	7	7	3	6	7	7	7	6	6	3	4	5,9
1-7	Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies	5	7	5	6	6	7	7	5	6	7	7	7	6	6	3	6	6,0
1-7	Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites	5	7	6	5	6	6	7	/	6	6	7	7	6	6	3	6	5,9
1-7	Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en terme de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.	5	7	5	5	6	6	7	4	6	5	7	6	7	5	5	4	5,6
1-7	Il y a un lien explicite entre les RBP et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent	6	6	5	6	6	6	7	6	6	6	7	7	6	4	5	6	5,9
1-7	La RBP a été revue par des experts externes avant sa publication.	6	6	6	5	7	6	7	7	6	7	7	6	6	5	7	5	6,2
1-7	Une procédure d'actualisation de la RBP est décrite.	6	6	5	5	4	6	7	5	4	/	7	7	6	2	5	5	5,3
	Score min - max.: 8 - 56	45	53	41	44	49	51	56	36	46	45	56	54	49	40	34	41	46,3
	Score standardisé par domaine (%)	77,1	93,7	68,7	0,8	85,4	89,6	100,0	69,0	79,2	90,5	100,0	95,8	85,4	66,7	54,2	68,8	76,60%

4. Clarté et présentation:																			
1-7	Les recommandations sont précises et sans ambiguïté	7	6	5	5	6	7	7	7	6	6	3	7	7	6	7	6		6,1
1-7	Les différentes options pour la prise en charge de la situation clinique sont clairement présentées	7	6	6	5	7	5	7	6	6	6	5	7	7	4	7	6		6,1
1-7	Les recommandations clés sont clairement identifiables	6	5	6	5	7	6	7	6	7	7	6	7	7	5	5	6		6,1
	Score min - max. : 3 - 21	20	17	17	15	20	18	21	19	19	19	14	21	21	15	19	18		18,3
	Score standardisé par domaine (%)	94,4	77,8	77,8	66,7	94,4	83,3	100,0	88,9	88,9	88,9	61,1	100,0	100,0	66,7	88,9	83,3		85,10%
5. Applicabilité:																			
1-7	La RBP décrit les éléments facilitant son application et les obstacles	/	/	6	5	7	6	1	6	5	6	2	7	5	5	6	6		5,2
1-7	La RBP offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique	7 /		4	5	7	5	7	6	5	6	5	7	6	5	7	4		5,7
1-7	Les répercussions potentielles de l'application des recommandations sur les ressources ont été examinés	6 /		5	5	6	6	1 /		5	5	5	6	7	3	5	3		4,9
1-7	La RBP propose des critères de suivi et de vérification	7 /		4	5	7	6	6	4	5	7	1	7	6	2	5	1		4,9
	Score min - max. : 4 - 28	20 /		19	20	27	23	15	16	20	24	13	27	24	15	23	14		20,0
	Score standardisé par domaine (%)	94,4 /		62,5	66,7	95,8	79,2	45,8	72,2	66,7	83,3	37,5	95,8	83,3	45,8	79,2	41,7		70,00%
6. Indépendance éditoriale																			
1-7	Le point de vue des organismes de financement n'ont pas influencé le contenu de la RBP	5	4 /	/		4	5	7	6	6	7	6	7	7	5	4	5		5,6
1-7	Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RBP ont été pris en charge et documenté	6	5	5 /		4	5 /		6	4	5	6	7	7	5	4 /			5,3
	Score min - max. : 2 - 14	11	9	5 /		8	10	7	12	10	12	12	14	14	10	8	5		9,8
	Score standardisé par domaine (%)	75,0	58,3	66,7 /		50,0	66,7	100,0	83,3	66,7	83,3	83,3	100,0	100,0	66,7	50,0	80,0		75,30%
1-7	Evaluation de la qualité générale de la RBP?	7	6	6	5	6	6	7	5	6	7	6	7	7	5	4	5		5,93