ESCARRE:
EVALUATION, PREVENTION ET SUPPORTS

Dr Ombeline Hamy,
Assistant spécialiste de MPR, CHU Amiens
Le 29/11/2014, pour l'AMPR

Escarre, Pourquoi la prévenir?

- Complication REDOUTABLE, d'apparition INSIDIEUSE, qui compromet l'AUTONOMIE

- Cause de comorbidité:
  - En phase aïgue (urgences) et à long terme
  - Prévalence = 8,6% et Incidence = 4,3% de la populati hospitalisée

- Poids médico économique:
  - 4500 €/escarre de surcoût
  - Dépistage: 1.15 €/j (MEAH)
  - Prévention: 70.87 €/j (kiné, ergo, diet…)
  - Coût direct et indirect de traitement

Stade 1	Stade 2	Stade 3	Stade 4
3.90 €/j	7.89 €/j	28.8 €/j	52.97 €/j

ESCARRE: EVALUATION, PREVENTION ET SUPPORTS

Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

PRÉVENTION ÉDUCATION RECHERCHE SOINS ESCARRES

SFFPC

AVEC LA PARTICIPATION DE

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

Conférence de consensus

Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé

Jeudi 15 et vendredi 16 novembre 2001

Hôpital Européen Georges-Pompidou - Paris

- 1ères recommandations pour la prise en charge des patients porteurs d'escarre ou à risque
- → **novembre 2001**, ANAES

- **PERSE** (Prévention, Education, Recherche, Soins, Escarre) a été promoteur de la publication de nouvelles recommandations en 2012 après 18 mois de travail collectif
  - SOFMER
  - Société Française de gérontologie
  - SFPC

- Recommandations européennes: **guide de référence abrégé, développé par epuap et npuap**

Synthèse des recommandations pour la prise en charge des patients à risque et/ou porteurs d'escarres par consensus formalisé d'experts PERSE en partenariat avec la SFGG, la SOFMER et avec participation de la SFFPC

Les propositions de recommandations ont été élaborées par un groupe d'experts et soumises au groupe de relecture pour élaborer la version définitive. Les questions posées sont centrées sur la prise en charge locale. La prise en charge générale du sujet est l'autre axe de soins.

(Q1) Quels sont les facteurs de risque prédictifs d'escarres ?

L'immobilité doit être considérée comme un facteur de risque prédictif d'escarre (Grade B).
La dénutrition est possiblement un facteur de risque prédictif d'escarre (Grade C). Sa prise en charge est indispensable même si le niveau de preuve est faible.
L'incontinence mixte, urinaire et fécale, doit être prise en compte dans l'analyse globale des risques d'escarres (à dire d'experts).

Il y a un intérêt à l'évaluation du risque prédictif d'escarres et à une prise en charge spécifique dès l'admission en établissement de santé (à dire d'experts).
Il faut utiliser les échelles de risque (à dire d'experts). Elles constituent une aide à la décision, mais sont toujours à pondérer par le jugement clinique de l'équipe soignante. L'échelle de Braden est la plus pertinente (à dire d'experts).

(Q2) Quel support et/ou quel accessoire choisir pour un patient à risque et/ou porteur d'escarre(s) ?

Il est recommandé (Grade A) d'utiliser des supports pour aider à la prévention des escarres chez les patients à risque.
Les matelas en mousse structurée ont une efficacité supérieure au matelas hospitalier standard.
Un matelas à air alterné réduit l'incidence des escarres talonnières par rapport à un support viscoélastique.
Un matelas à perte d'air est plus efficace qu'un matelas à air pulsé mixte sur l'incidence des escarres talonnières.
Certains types de peau de mouton réduisent l'incidence des escarres sacrées des patients souffrant de pathologies de l'appareil locomoteur à faible risque d'escarre.
L'utilisation d'un surmatelas sur une table d'opération réduit l'incidence des escarres par le post opératoires (Grade A).
Il n'existe pas d'algorithme décisionnel validé pour choisir un support.

Il est recommandé d'utiliser des supports pour aider au traitement des escarres chez les patients porteurs d'escarres.
Le lit fluidisé accélère la cicatrisation des escarres (Grade A).
D'autres classes de supports sont utilisées dans le traitement curatif. Le choix du support est fait par l'évaluation clinique (à dire d'experts).
Il n'existe pas d'algorithme décisionnel validé pour choisir un support.

L'utilisation des supports s'inscrit dans une stratégie globale préventive ou curative (à dire d'experts).

(Q3a) Quel dispositif médical et/ou quel médicament local choisir pour un patient à risque d'escarres pour assurer la prévention ?

La mise en œuvre du traitement préventif local chez un patient à risque d'escarre a un intérêt pour assurer la prévention dès l'admission en établissement de santé (Grade C). Les soins de nursing sont indiqués (Grade C).
Ils incluent l'inspection des zones à risque, l'utilisation de produits non irritants pour le lavage, l'hydratation de la peau avec des émollients, la protection des peaux fragilisées par l'incontinence par application d'un protecteur cutané. Ils incluent également l'application de pansements en regard des proéminences osseuses pour réduire les forces de cisaillement.
Tout patient à risque bénéficie d'une mise en décharge des zones à risque et d'alternatives, à l'exclusion des pansements (à dire d'experts).

(Q3b) Quel dispositif médical et/ou quel médicament local choisir pour réaliser la détersion d'une escarre constituée ?

Il n'existe pas de recommandation formelle à cette question.
Il y a un intérêt à utiliser les alginates, les hydrogels et les hydrocolloïdes dans la détersion de l'escarre (Grade C).
L'intérêt de la Thérapie par Pression Négative (TPN) pour compléter la détersion de plaies faiblement fibrineuses est controversé (Grade C). Il y aurait un intérêt à utiliser de nouveaux pansements détersifs comme la larvothérapie ou les systèmes irrigo-absorbants (Grade C).
Les techniques de détersion physique d'une escarre au lit du patient ont leur place en pratique clinique (à dire d'experts).

Tant que l'escarre n'est pas cicatrisée, l'appui sur la lésion reste proscrit (à dire d'experts).

(Q3c) Quel dispositif médical et/ou quel médicament local choisir pour un patient avec escarre(s) constituée(s) pour assurer le bourgeonnement et la réépidermisation d'une escarre constituée ?

Il y a un intérêt à utiliser les hydrocolloïdes pour assurer le bourgeonnement et la réépidermisation d'une escarre constituée (Grade B).

Tant que l'escarre n'est pas cicatrisée l'appui sur la lésion reste proscrit (à dire d'experts).

(Q3d) Quel dispositif médical et/ou quel médicament local choisir pour traiter une escarre infectée ?

Le diagnostic d'une escarre infectée est clinique (à dire d'experts).
Le traitement local antibactérien à l'exclusion des antibiotiques locaux peut être envisagé en présence de signes locaux d'infection de l'escarre (Grade C).
Les pansements à l'argent, les dérivés iodés et la TPN auraient un intérêt (Grade C). Leur durée d'utilisation est limitée de 2 à 4 semaines et doit être réévaluée à chaque réfection. Le pansement doit être renouvelé tous les jours (à dire d'experts).
Le traitement antibiotique par voie systémique doit être mis en place en présence de signes généraux d'infection (Grade B).

Tant que l'escarre n'est pas cicatrisée l'appui sur la lésion reste proscrit (à dire d'experts).

(Q4) Quelle est la place de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du patient à risque et/ou porteur d'escarre(s) ?

L'éducation thérapeutique du patient et/ou de ses aidants (ETP) a un intérêt dans la prise en charge ou la prévention de l'escarre chez les personnes à risque chronique d'escarre : les blessés médullaires (Grade B) et les sujets âgés (Grade C).
Elle est réalisée en groupe ou en séances individuelles et nécessite une adaptation aux besoins de l'individu et un suivi multidisciplinaire (à dire d'experts).

ESCARRE: EVALUATION

- Dépistage des facteurs de risque
- Échelles de risque
- Évaluation clinique pluridisciplinaire dans une démarche globale

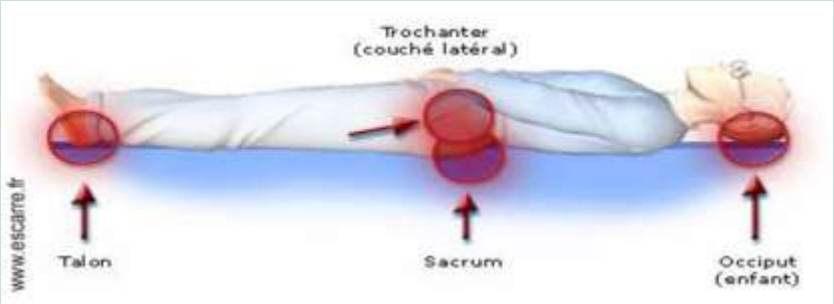
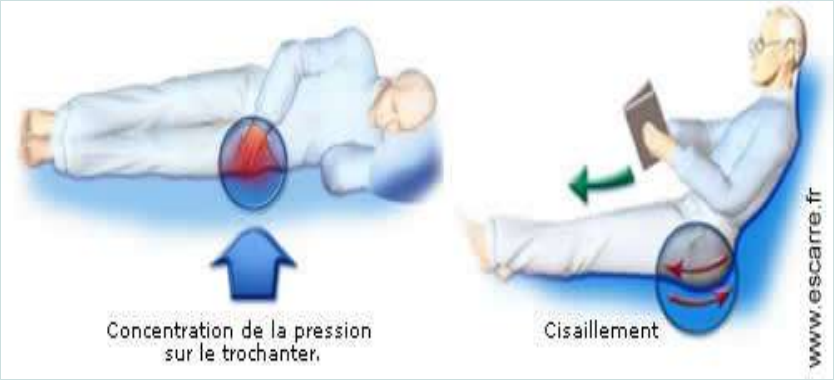
→Définir le projet de soins du patient

→Formaliser la démarche de soins dans le dossier des paramédicaux

Quels sont les facteurs de risque prédictifs d'escarre?

- *L'immobilité doit être considérée comme un facteur de risque prédictif d'escarre (grade B).*
- *La dénutrition est possiblement un facteur de risque prédictif d'escarre (grade C). Sa prise en charge est indispensable même si le niveau de preuve est faible.*
- *L'incontinence mixte, urinaire et fécale, doit être prise en compte dans l'analyse globale des risques d'escarre (à dire d'experts).*
- *Il y a un intérêt à l'évaluation du risque prédictif d'escarre et à une prise en charge spécifique dès l'admission en établissement de santé (à dire d'experts).*

FACTEURS PREDISPOSANTS GENERAUX

EXTRINSEQUES	INTRINSEQUES
• COMPRESSION PROLONGEE 60 à 80 mm Hg – 3 heures  • CISAILLEMENT • MICRO-TRAUMATISMES à l'origine de bursites  	• Déficit sensitivo-moteur, Troubles de la MOBILITE • SPASTICITE • INCONTINENCE urinaire et fécale • DYSAUTONOMIE, HYPOVOLEMIE • TROUBLES VENTILATOIRES • Troubles Cardiaques Et Vasculaires (insuffisnace circulatoire, altération des vaisseaux, thromboses..) • Dénutrition et maigreur • Dégradation du collagène (vieillissement, polypatho ……) • Certains médicaments: neuroleptiques, anesthésie, sédatifs, AINS, corticoïdes au long cours)

CHU Amiens Picardie	GRILLE DES PEUPLIERS MODIFIEE Evaluation toutes les semaines Domaine : SOINS	ESC - Doc 1	Version 1
		Date d'application : Octobre 2003	

Etiquette patient

SERVICE :

DATE D'ENTREE :

Existence d'escarre(s) constituée(s) ❑ Oui ❑ Non
Avant admission dans l'unité ❑ Oui ❑ Non

Age :

Facteurs de risques :
- ❑ Troubles circulatoires
- ❑ Troubles neurologiques
- ❑ Anémie
- ❑ Diabète
- ❑ Patient sédaté
- ❑ Patient curarisé
- ❑ Patient sous thérapeutique vasopressive ou adrénergique
- ❑ Obésité
- ❑ Infection
- ❑ Cachexie
- ❑ Stade terminal

Note Critère	0	1	2	3	Note			
Etat nutritionnel	SATISFAISANT Apport nutritionnel Suffisant Alimentation palliative	MOYEN Apport nutritionnel limité en calorie, en protéines	MAUVAIS Apport nutritionnel insuffisant	TRES MAUVAIS Ne se nourrit plus.				
Hydratation	SUFFISANTE > 1L Boit seule ou sous perf	MOYENNE De 800 à 1 L	INSUFFISANTE Inf. à 800 ou sup. ou égal à 500	TRES INSUFFISANTE < 500				
Etat psychique	SATISFAISANT	MOYEN Déprimé Besoin d'être stimulé	MAUVAIS Confus, agité	TRES MAUVAIS Comateuse				
Mobilisation	MOBILE Capacité à changer la position de son corps	LIMITEE Assistance pour les activités de la vie quotidienne	TRES LIMITEE Met les pieds à terre, ensuite doit être aidée pour aller au fauteuil	IMMOBILE				
Continence	CONTINENT	INCONTINENCE IRREGULIERE	INCONTINENCE URINAIRE ou FECALE	INCONTINENCE URINAIRE et FECALE				
Etat cutané	PEAU SAINE	PEAU FINE	COLORATION MODIFIEE	ALTERATION CUTANEE				
				Score				
				Date				

Score :
< 4 : **sans risque**
De 4 à 6 : risque **modéré**
De 7 à 9 : **à risque**
De 9 à 12 : **haut risque**
> 13 : **très haut risque**

Evaluation du risque d'escarre: Les échelles…

Il faut utiliser les échelles de risque (à dire d'experts).

Elles constituent une aide à la décision, mais sont toujours à pondérer par le jugement clinique de l'équipe soignante.

ECHELLE DE NORTON

(Evaluation du Risque d'Escarres)

Nom et Prénom du Patient :

N° SS :

Présence d'Escarres au début de la prise en charge OUI NON

ETAT GENERAL	ETAT MENTAL	ACTIVITE AUTONOME	MOBILITE	INCONTINENCE
Bon 4	Bon 4	Sans Aide 4	Totale 4	Aucune 4
Moyen 3	Apathique 3	Marche avec Aide 3	Diminuée 3	Occasionnelle 3
Mauvais 2	Confus 2	Assis au Fauteuil 2	Très Limité 2	Urinaire ou Fécale 2
Très Mauvais 1	Inconscient 1	Totalement Alité 1	Immobile 1	Urinaire et Fécale 1

SCORE SUP. A 14 : SANS RISQUE SCORE INF. A 14 : RISQUE

DATE :
SCORE : ..... + ... + ... + ... + ... **TOTAL :**

DATE :
SCORE : ..... + ... + ... + ... + ... **TOTAL :**

DATE :
SCORE : ..... + ... + ... + ... + ... **TOTAL :**

Etat général : Etat clinique et santé physique (considérer le statut nutritionnel, l'intégrité des tissus, la masse musculaire, l'état de la peau)

- Bon : état clinique stable, paraît en bonne santé et bien nourri.
- Moyen : état clinique généralement stable, paraît en bonne santé.
- Mauvais : état clinique instable, en mauvaise santé.
- Très mauvais : état clinique critique ou précaire.

Etat mental : Niveau de conscience et orientation

- Bon : orienté, a conscience de son environnement.
- Apathique : orienté (2 fois sur 3), passif.
- Confus : orienté (1 fois sur 2) conversation quelquefois inappropriée.
- Inconscient : généralement difficile à stimuler, léthargique.

Activité : Degré de capacité à se déplacer

- Ambulant : capable de marcher de manière indépendante (inclut la marche avec canne)
- Marche avec Aide : incapable de marcher sans aide humaine.
- Assis au Fauteuil : marche seulement pour aller au fauteuil, confiné au fauteuil à cause de son état et/ou sur prescription médicale.
- Alité : confiné au lit en raison de son état et/ou sur prescription médicale.

Mobilité : Degré de contrôle et de mobilisation des membres

- Totale : bouge et contrôle tous ses membres volontairement, indépendant pour se mobiliser
- Diminuée : capable de bouger et de contrôler ses membres, mais avec quelques degrés de limitation, a besoin d'aide pour changer de position.
- Très limitée : incapable de changer de position sans aide, offre peu d 'aide pour bouger, paralysie, contractures.
- Immobile : incapable de bouger, de changer de position.

Incontinence : Degré de capacité à contrôler intestins et vessie

- Aucune : contrôle total des intestins et de la vessie, ou présence d'une sonde urinaire.
- Occasionnelle : a de 1 à 2 incontinences d'urine ou de selles /24 h, a une sonde urinaire ou un Pénilex mais a une incontinence fécale.
- Urinaire ou Fécale: a de 3 à 6 incontinences urinaires ou diarrhéiques dans les 24 h.
- Urinaire et Fécale : ne contrôle ni intestins ni vessie, a de 7 à 10 incontinences/ 24 h.

FICHE D'EVALUATION DU RISQUE D'ESCARRE DE WATERLOO

Masse corporelle (poids par rapport à la masse)		Mobilité		Risques supplémentaires particuliers	
Moyenne	0	Complète	0	Malnutrition des tissus	
Au dessus/moyenne	1	Agité	1	Cachexie terminale	8
Obèse	2	Apathique	2	Déficience cardiaque	5
En dessous/moyenne	3	Restreinte	3	Insuf vasculaire périphérique	5
Continence		Immobilisation/traction	4	Anémie	2
Totale / sonde	0	Patient mis au fauteuil	5	Tabagisme	1
Occasionnellement (nuit)	1	Sexe et âge		Déficience neurologique	
Incontinence fécale sonde	2	Masculin	1	Diabète, SEP, AVC, déficit sensoriel	4
Incontinence double	3	Féminin	2	Paraplégie	6
Aspect visuel de la peau		14 - 49	1	Chirurgie /traumatisme	
Saine	0	50 - 64	2	Orthopédie partie inférieure colonne	5
Fine / frêle	1	65 - 74	3	Intervention de plus de 2 heures	5
Sèche / déshydratée	1	75 - 80	4	Médicaments	
Oedémateuse	1	81 et +	5	Cytotoxique, haute dose de corticoïdes, antiinflammatoires	4
Etat inflammatoire	1	Appétit			
Décolorée	2	Moyen	0		
Irritation cutanée	3	Faible	1		
		Alim par sonde gastrique unique	2		
		A jeun , anorexique	3		

Rappels

1) IMC = $\frac{poids(Kg)}{Taille^2(m^2)}$ homme = 20 - 25, femme = 19 - 24

Obésité : > 30

2) Insuffisance cardiaque ≥ stade II (Symptômes à l'effort)

3) Tabagisme : supérieur à 5 cigarettes/j

4) en local : dès la première application de corticoïdes

SCORE TOTAL =

le patient est considéré :

A RISQUE si le score > 10
A HAUT RISQUE si le score > 15
A TRES HAUT RISQUE si le score > 20

L'échelle de Braden est la plus pertinente.

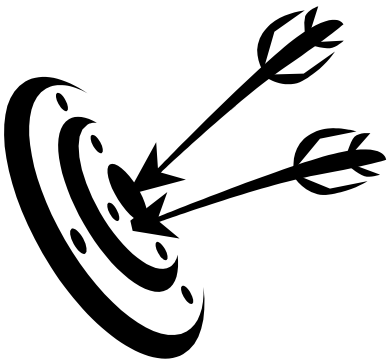
Echelle de BRADEN

Sensibilité	Humidité	Activité
1 complètement limitée 2 très limitée 3 légèrement limitée 4 pas de gêne	1 constamment humide 2 très humide 3 parfois humide 4 rarement humide	1 confiné au lit 2 confiné en chaise 3 marche parfois 4 marche fréquemment
Mobilité	**Nutrition**	**Frictions et frottements**
1 totalement immobile 2 très limitée 3 légèrement limitée 4 pas de limitation	1 très pauvre 2 probablement inadéquate 3 correcte 4 excellente	1 problème permanent 2 problème potentiel 3 pas de problème apparent

≥ 18 : risque bas 13 à 17 : risque modéré 8 à 12 : risque élevé ≤ 7 : risque élevé

http://www.escarre.fr/

Objectifs…



- **Analyser les besoins fondamentaux physiques, psychologiques et sociaux du patient :**
  - habitudes de vie antérieures ou actuelles, hygiène, élimination, et impact sur la constitution de l'escarre
  - potentiel de participation du patient aux soins
  - aide possible de la famille

- **Identifier les facteurs en cause dans le processus d'escarre**

→Jugement clinique

Actions à entreprendre

évaluer le risque prédictif d'escarres

utiliser des échelles de risque
échelle de Braden

= aide à la décision, toujours à pondérer par le jugement clinique de l'équipe soignante

prendre en charge dès l'admission en établissement de santé
grade C

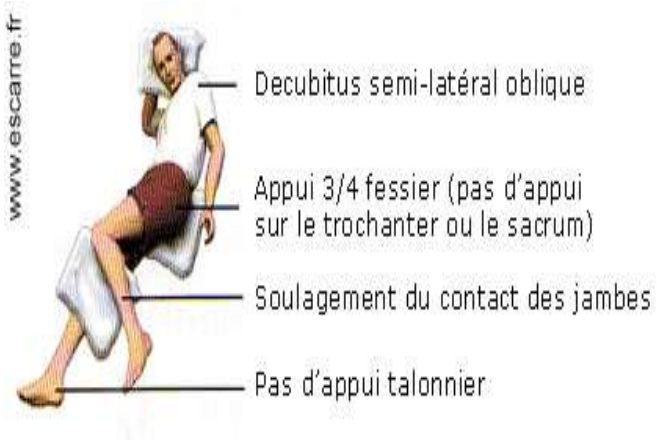
Quel dispositif médical et/ou quel médicament local choisir pour un patient à risque d'escarres pour assurer la prévention ?

- La mise en oeuvre du traitement préventif local chez un patient à risque d'escarre a un intérêt pour assurer la prévention dès l'admission en établissement de santé (Grade C).
- Les soins de nursing sont indiqués (Grade C).
- Ils incluent l'inspection des zones à risque, l'utilisation de produits non irritants pour le lavage, l'hydratation de la peau avec des émollients, la protection des peaux fragilisées par l'incontinence par application d'un protecteur cutané. Ils incluent également l'application de pansements en regard des proéminences osseuses pour réduire les forces de cisaillement.
- Tout patient à risque bénéficie d'une mise en décharge des zones à risque et d'effleurages, à l'exclusion des pétrissages (à dire d'experts).

ESCARRE: PREVENTION

- Facteurs de risque corrigeables
  - Nutrition hyperprotéinée, hydratation, installation…
- Dispositif médical
- Education thérapeutique
- Stratégies de prévention et d'adaptation:
  - supports, bottes de décharges etc

- Smartphone
- Travail en réseau



ESCARRE: éducation thérapeutique

- EDUCATION :
  - « donne un niveau de compétences aux patients pour leur permettre d'être autonome »
  - Diminue le taux de récidive
- RESPONSABILISATION: patient et entourage!!
  - Mais peut-être aussi les équipes soignantes des urgences, de bloc, de chirurgie…

(Q4) Quelle est la place de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du patient à risque et/ou porteur d'escarre(s) ?

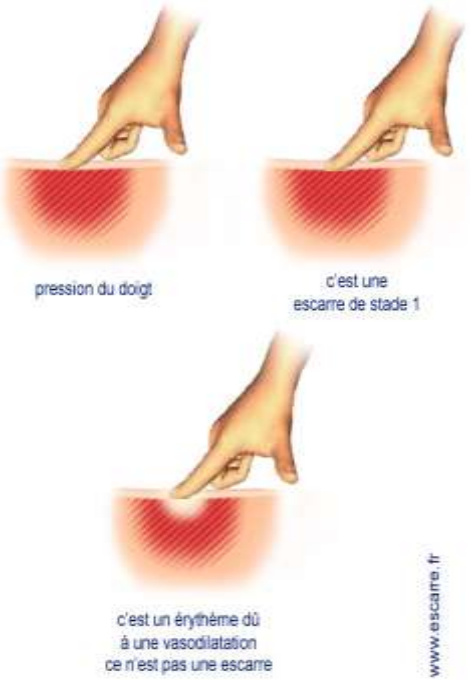
- L'éducation thérapeutique du patient et/ou de ses aidants (ETP) a un intérêt dans la prise en charge ou la prévention de l'escarre chez les personnes à risque chronique d'escarre :
  - **les blessés médullaires (Grade B) et les sujets âgés (Grade C).**

- **Elle est réalisée:**
  - **en groupe ou en séances individuelles**
  - **nécessite une adaptation aux besoins de l'individu**
  - **un suivi motivationnel (à dire d'experts).**

Education thérapeutique

- Connaissance des facteurs de risque et de la conduite à tenir si lésion

Rougeur de la peau : décharge



- Inspection- palpation-photos
- Les push up
- La bonne PEC vésico sphinctérienne
- La gestion des positionnements et l'installation
- La qualité des transferts (voiture..)
- La stratégie en cas de problème

TOILETTE

- **Toilette** → quotidienne et à chaque change
  → rinçage et séchage soigneux

- **Effleurage** →1 minute avec une huile de texture
  → fluide
- **Réfection du lit** → drap tendu
  → pas de miette
- **Changement de position**
  → au lit au moins toutes les 3 heures
  → au fauteuil au moins toutes les 2 heures

ALIMENTATION – HYDRATATION

- **Alimentation** → régime hyperprotidique
  (fromage, viande, laitage)

- **Hydratation** → boisson : 1500 ml par jour
  (eau, potage, tisane)

MOBILISATION ACTIVE ET MATERIEL ADAPTE

- **Mobilisation** → marche (seul ou avec aide)

  → inciter la personne alitée à bouger régulièrement tête, épaules, bras et jambes

- **Matériel adapté** → lit, fauteuil, matelas, coussin,
  → vêtements amples

AUTO SURVEILLANCE

Le patient et/ou sa famille doit observer les points d'appui plusieurs fois par jour

Toute douleur est un signal d'alarme

Pôle d'appui à la qualité et à la performance

Améliorer la prise en charge des escarres

Campagne « Sauve ma peau »

Maitriser le risque escarre

septembre 2013 – juin 2014

participe au programme

SAUVE MA PEAU

Supports: recommandations de grade A

- Le matelas en mousse est supérieur au matelas standard.
- Le lit fluidisé accélère la cicatrisation des escarres.

- Un des matelas à air alterné réduit l'incidence des escarres talonnières par rapport à un support visco élastique mais les escarres qui surviennent sont plus sévères sur les matelas à air alterné.
- Un des lits à perte d'air est plus efficace qu'un matelas mixte (basse P et/ou alternance P) sur l'incidence des escarres talonnières.

- L'utilisation d'un surmatelas sur une table d'opération réduit l'incidence des escarres en per et post opératoie.
- La peau de mouton réduit l'incidence des escarres sacrées, pour des patients orthopédiques, avec faible risque d'escarre en post opératoire.

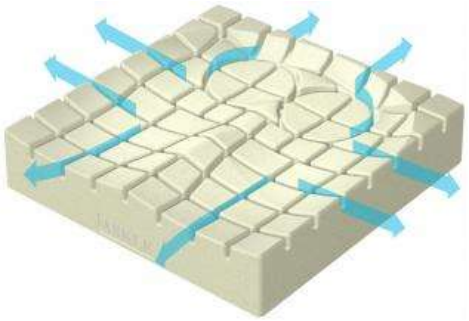
- Attention: niveau de preuves faible, car études de bon niveau méthodologique difficile à mener, études peu nombreuses, et matériels étudiés différents selon les pays

ESCARRE: QUELS SUPPORTS?

- *Il est recommandé d'utiliser des supports pour aider à la prévention des escarres chez les patients à risque.*
- *Il est recommandé d'utiliser des supports pour aider au traitement curatif des escarres constituées.*

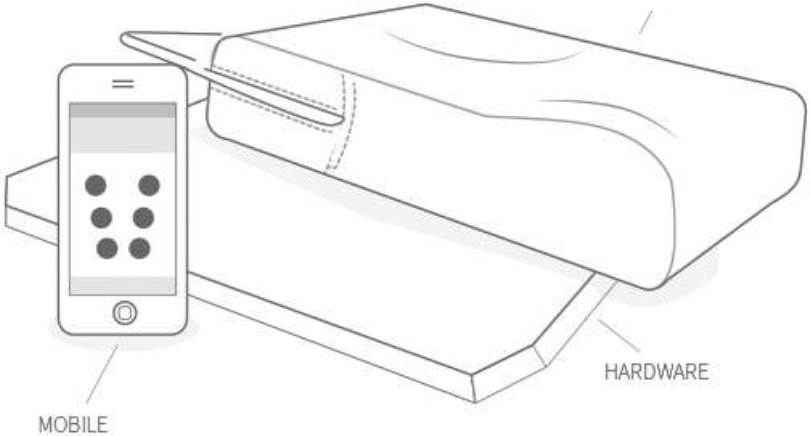
- L'utilisation des supports dans une stratégie globale!!
- Le choix du support est fait par l'évaluation clinique.

ESCARRE: SUPPORTS

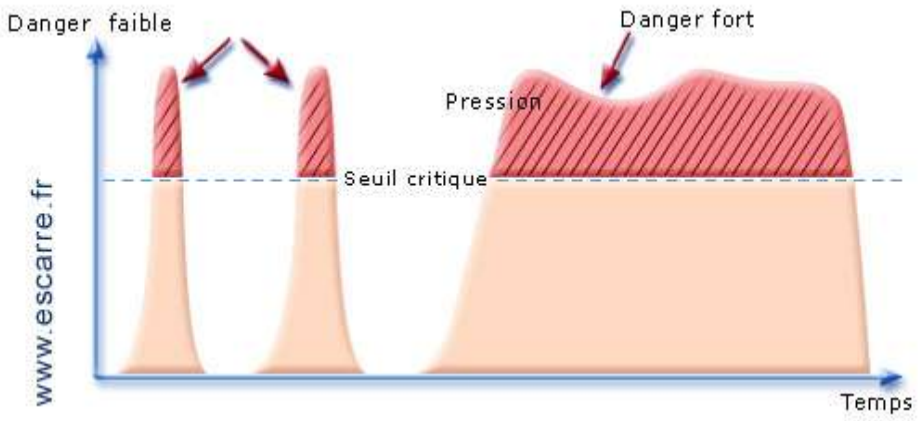


- Coussins
- Matelas
- Coussins de positionnement

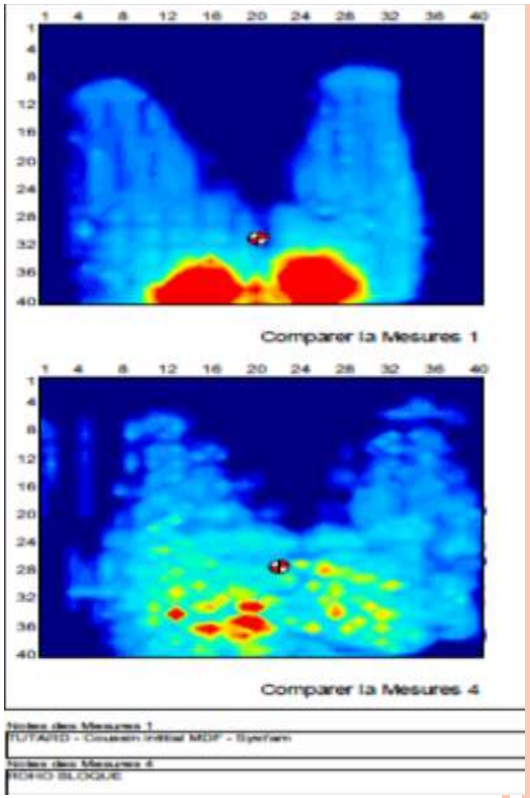
CHOIX→ Respect de la forme anatomique, transfert, mobilité, transpiration niveau de risque de l'escarre,

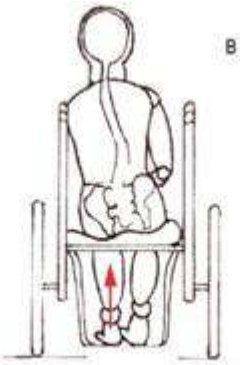


But : Répartition des pressions



- Bonne installation dans le fauteuil
- Associé à un bon dossier, qui maintient le tronc et assure stabilité du bassin
- Gestion de l'équilibre postural
- Une installation contrôlée et adaptée
- Rôle de l'ergothérapeute+++





Recommandations HAS décembre 2009

- Avis de la Commission Nationale d'Evaluation des dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé (CNEDIMTS)

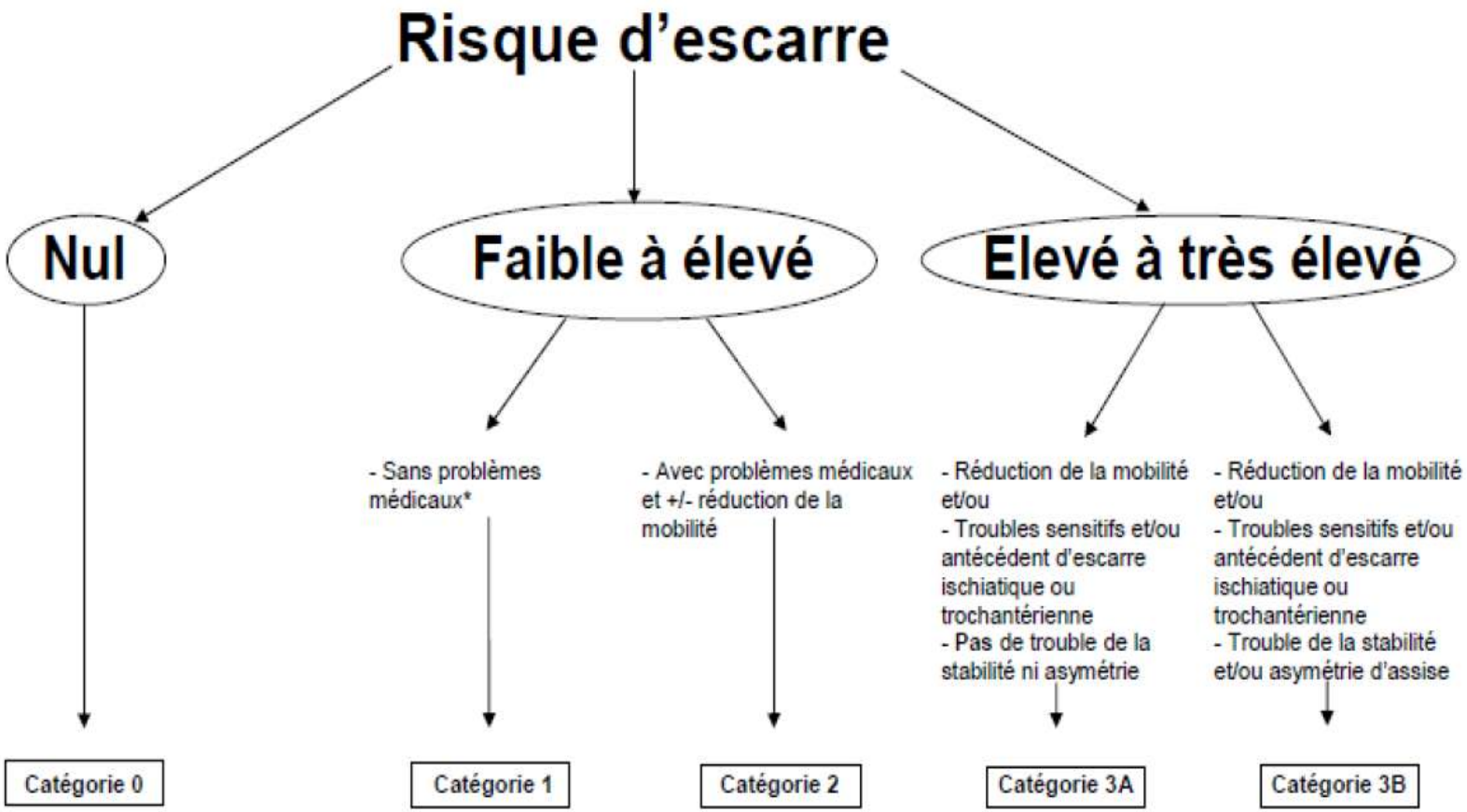
- Concernent:
  - La nomenclature d'inscription
  - Modifications des classifications
  - Validité par des tests établis
  - Modalités d'inscription
  - Prestations et recommandations cliniques associés à l'achat.
  - Délai de renouvellement de PEC des dispositifs.

Support de fauteuil d'aide à la prévention de l'escarre

Catégorie d'indications	Liste des coussins d'assise pour fauteuil	Mode d'inscription
Catégorie 0 : coussins pour des patients à risque nul de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles) Usage en association avec un véhicule pour personne handicapée. Usage transitoire ou partiel du fauteuil chez une personne en bon état général.	- gel viscoélastique ou viscofluide	- ligne générique
Catégorie 1 : coussin de prévention pour des patients à risque faible à modéré de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles) ***cf. critères d'exclusion*** [a]	- à air non motorisé autre qu'à cellules télescopiques ou pneumatiques individuellement déformables - mixte constitué de mousse et incluant un élément en gel viscoélastique et/ou viscofluide	- nom de marque - ligne générique
Catégorie 2 : coussin de prévention pour des patients à risque modéré à élevé de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles), sans asymétrie d'appui et sans risque de glisser avant	- mousse viscoélastique type à mémoire de forme	- ligne générique
Catégorie 3a : coussin de prévention pour des patients à risque élevé à très élevé de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles) et/ou des risques spécifiques d'escarre ischiatique, sans asymétrie d'appui [b]	- à air non motorisé à cellules télescopiques individuellement déformables, mono-compartiment [c]	- nom de marque
Catégorie 3b : coussin de prévention pour des patients à risque élevé à très élevé de survenue d'escarre (selon jugement clinique et échelles) et des risques spécifiques d'escarre ischiatique, avec asymétrie d'appui [b]	- à air non motorisé à cellules télescopiques individuellement déformables, multi-compartiment [c]	- nom de marque

(a) Critères d'exclusion de la catégorie « risque faible à modéré » :
- antécédents d'escarre ischiatique ou sacro-coccygienne
- paralysie du tronc et/ou des membres inférieurs
- troubles de la sensibilité des membres inférieurs
- spasticité
- asymétrie d'appui (frontal ou sagittal)
- amputé vasculaire
(b) Catégories 3a/3b : prescription réservée au médecin de rééducation physique, neurologue ou gériatre.
(c) Le prescripteur doit s'assurer que le patient ou son entourage sont capables d'assurer les réglages du support. Le patient devra faire l'objet d'une consultation par le prescripteur dans le mois suivant.

Arbre décisionnel : Aide au choix d'une catégorie de coussin, en prévention des escarres, en fonction du cas clinique du patient.



* Sans problèmes médicaux : dénutrition et/ou baisse de pression artérielle et/ou incontinence urinaire, pathologie neurologique avec troubles sensitifs

Il n'existe pas d'algorithme de choix de support adapté.

La prescription médicale

- Sur la prescription : « achat d'un matelas ou d'un coussin anti-escarre de classe II/III avec housse de protection », renouvelable par le médecin traitant
  - Score sur une échelle Norton.
  - Attention au poids!!!

- Renouvelable SS tous les 1-2-3-5 ans pour les coussins, 2 ans pour le matelas
  - Coût++ (tarif LPPR: de 102 à 180 pour un coussin, jusque 400€ pour un matelas)
  - Location matelas nimbus: 11€/sem

- Le tarif de responsabilité :achat du matelas ou du coussin, de sa housse et la livraison dans le cas d'un matelas et le service de suivi au niveau technique

- PEC d'1 matelas adapté au couchage de 2 personnes est acceptée dans la limite du tarif de responsabilité (1personne).

PREVENTION SECONDAIRE

- Suivi par des intervenants habitués+++

- Clinique du positionnement

- Savoir proposer la chirurgie au bon patient, au bon moment, avec une chirurgie réfléchie et économisatrice

- Injection autologue de graisse
  - Effet paracrine et angiogénique
  - Thérapie cellulaire (PRP+graisse)
  - Cicatrices instables, douloureuses, MPP

- Travail en réseau,
  - avec l'IDE libérale, la tablette, le médecin du réseau
  - CICAT-LR: télémédecine et plaie en languedoc roussillon)

EN CONCLUSION

- PREVENTION = OUI, par l'évaluation et l'éducation+++
- Aide des supports
- Importance du contexte

- FATALITE = NON

DEFI QUOTIDIEN

Consultations régulières et sytématiques
Relais médicaux et para-médicaux de proximité

- www.escarre.fr