



Année Universitaire 2018-2019

**Le rôle de l'infirmière coordinatrice dans la prise
en soin de l'altération de l'état cutané**

MEMOIRE COLLECTIF

**EN VUE D'OBTENIR LE DIPLÔME UNIVERSITAIRE
INFIRMIER(E) COORDINATEUR(TRICE) ~~ET MEDECIN CORDONNATEUR~~
EN SSIAD OU EN EHPAD**

Soutenance le 22 novembre 2019

Patricia BEAUJON

Aurore COLIN

Sylvie PAYOT

Corinne RICHE

Directrice de mémoire : Valérie BERTAIN

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tout d'abord notre directrice de mémoire, Valérie BERTAIN, pour ses précieux conseils et sa disponibilité.

Un grand merci à tous les agents des soins et aux encadrants qui ont bien voulu jouer le jeu en répondant à notre questionnaire.

Merci à l'équipe pédagogique pour cette formation qui nous aidera dans notre future fonction.

Merci aussi à nos entourages pour leur soutien et leur patience.

SOMMAIRE

Table des matières

I.	INTRODUCTION	5
II.	PROBLEMATIQUE.....	7
III.	CADRE LEGISLATIF	8
IV.	DEFINITIONS.....	11
V.	RÔLE DE L'IDEC DANS LA PRISE EN SOINS DE L'ALTERATION DE L'ETAT CUTANE.....	15
VI.	ENQUÊTE	23
VII.	PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ENQUÊTE	25
VIII.	ANALYSE DE L'ENQUÊTE	30
IX.	CONCLUSION	33
X.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	35
XI.	ANNEXES	37

ACRONYMES

AEC : Altération de l'état cutané

ANAES : Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation de santé

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

ANESM : Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux.

ARS : Agence régionale de santé

CNRTL : Centre national des ressources textuelles et lexicales

CASF : Code de l'action sociale et des familles

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESMS : Etablissements sociaux et médico-sociaux

GREPHE : Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (Revue)

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

HPST : Loi hôpital, patient santé, territoire.

IDE : Infirmière diplômée d'état

IDEC : infirmière coordinatrice

SPES : réseau de santé pluri-thématiques.

SSIAD : service de soins infirmier à domicile

SSR : Soins de suite et rééducation

TPN : Thérapie par pression négative

I. INTRODUCTION

La démographie évolue dans notre société et amène les autorités en santé à définir une politique orientée sur une prise en soins gériatrique spécifique inscrite dans un parcours de santé défini avec une multitude de dispositifs en constant développement.

Notre travail de recherche s'est inscrit dans une démarche de réflexion sur un constat interpellant rencontré dans le cadre de nos exercices professionnels respectifs : Le suivi objectif qualifié et quantifié de l'état cutané des patients/résidents en établissements médico-sociaux. Nous sommes quatre participantes issues de quatre établissements médico sociaux différents. Soit deux infirmières coordinatrices de deux services de soins infirmiers à domicile associatifs, une infirmière coordinatrice en, établissement pour personnes âgées dépendante, et une infirmière référente en EHPAD. Nous avons toute une expérience professionnelle et un parcours différent, deux d'entre nous ont eu l'opportunité d'obtenir un diplôme universitaire en « plaies et cicatrisations ». C'est donc avec un regard appuyé sur la problématique de l'altération de l'état cutané que nous avons abordé ce travail de recherche.

L'objectif de la démarche est de lier notre pratique professionnelle courante à l'enseignement reçu lors de cette formation universitaire, en lien avec un état des lieux des recommandations des bonnes pratiques en gériatrie. Nous avons choisi de travailler sur une vision globale de l'altération de l'état cutané englobant la prévention, l'évaluation, le dépistage et la prise en soins de celle-ci. La place de l'infirmier coordonnateur est au centre de ce travail afin de mettre en avant le recours systématique à son encadrement malgré les outils institutionnels validés disponibles dans les établissements. Nous mettrons en avant au fil de ce travail la démarche de l'équipe soignante, le processus d'alerte, de traçabilité et l'usage effectif des outils mis à disposition par l'équipe d'encadrement. Nous formulerons des pistes méthodologiques en lien avec la démarche de qualité des soins recherchée par l'ensemble des professionnels en établissement

médico-social. L'objectif est de réfléchir à la position de l'infirmière coordinatrice garante de la globalité et de la pérennité des soins.

Dans un premier temps nous aborderons la problématique globale de l'AEC et le cadre législatif.

Puis nous parlerons du rôle propre de L'IDEC et nous présenterons notre enquête et son analyse pour conclure sur l'application de bonnes pratiques et sur l'innovation.

II. PROBLEMATIQUE

La variabilité des situations individuelles et l'évolution vers une réduction des capacités entraîne bien souvent une prise en soin de l'altération de l'état cutané.

Cette prise en soins est aléatoire, l'âge ne peut être défini, car la restriction des activités, arrive à tout âge et est multifactorielle (chute, fracture, problème de santé cardio vasculaire, diabète, troubles cognitifs...), il faut également avoir un regard global, et expert, sur l'état corporel de la personne soignée, d'où l'importance du moment de la toilette : L'accès au corps de l'autre devient indispensable.

Le moment de la toilette ou du change, permet aux soignants, de poser un regard global de l'état corporel de la personne.

Le soin doit permettre des gestes de dépistage, de surveillance, et de prévention des signes de l'altération de l'état cutané ou l'aggravation de problèmes cutanés.

Le regard global sur l'état cutané est également lié à l'expérience aux connaissances de chacun, l'expertise permet de reconnaître une simple rougeur, une phlyctène, un problème dermatologique selon sa propre expérience, sa sensibilité.

L'altération de l'état cutané implique une prise en charge complexe.

En effet, La prise en soin de l'altération de l'état cutané engage une multitude de professionnels (Aide à domicile, aide-soignante, kinésithérapeute, psychomotricien, etc...) qui sont à l'origine de la découverte de l'AEC et qui transmettent cette information à l'infirmière coordinatrice.

Il est nécessaire d'identifier ses personnes dès leur entrée en institution ou en SSIAD. L'entretien joue son rôle à cet instant ci : il détermine le champ d'autonomie de la personne, son alimentation et ses habitudes de vie... (le projet personnalisé).

A cela s'ajoute un panel de protocoles, de pansements, d'acte de prévention, de matériels.

Il devient alors indispensable d'avoir un regard expert et efficient avec des professionnels formés à la prévention des risques et au traitement des conséquences.

La mise en commun est multiple, par les transmissions orales, et écrites entre les professionnels de terrain.

Le rôle de l'infirmière coordinatrice et, son expérience permettent à chaque intervenant de coordonner ses actions par une collaboration efficace de chacun, dans l'objectif d'améliorer la prise en soins globale et plus spécifiquement l'AEC.

Ainsi de nombreux intervenants sont présents auprès des personnes âgées, et chacun peut être tenté de « soigner » du mieux qu'il peut avec ses connaissances. Il devient alors primordial de coordonner les soins.

Une approche logique et systématique pour prévenir et gérer l'AEC est incontournable.

Il y a de nombreuses étapes : l'évaluation du patient à l'entrée en SSIAD ou en EHPAD, les facteurs environnementaux, en EHPAD et le domicile et de ses contraintes, en SSIAD.

Des objectifs sont définis, en équipe, en faveur de la qualité de vie, du résident ou du patient. Il est nécessaire d'intégrer le patient et la famille dans la prise en soins globale. Ensuite la rédaction et la mise en œuvre d'un plan de soin et d'un projet personnalisé, est indispensable, pour évaluer et atténuer les facteurs de risque, et pour l'adhésion de l'équipe pluridisciplinaire, d'harmoniser les pratiques et être cohérent dans les soins.

III. CADRE LEGISLATIF

L'ensemble des professionnels qui gravitent autour de la personne âgée, fonctionnent avec un cadre législatif.

L'infirmier coordinateur est responsable du fonctionnement du service de soins infirmiers à domicile qui a pour mission d'aider au maintien à domicile des personnes âgées de plus de 60 ans conformément au décret de 2004. Il exerce sous l'autorité d'un directeur

d'établissement pour les SSIAD. L'infirmière coordinatrice en EHPAD, est sous la responsabilité hiérarchique du Directeur d'établissement.

L'infirmière exerce son rôle propre et son rôle en collaboration. Un décret réglemente son champ de compétences, elle est sous la responsabilité hiérarchique de l'IDEC.

Le décret IDE du 29 juillet 2004¹, chapitre I, décrit l'exercice de la profession infirmière, Article R4311-5, du rôle propre, et son rôle de collaboration.

Par un arrêté de 2012, les infirmières sont autorisées à prescrire certains dispositifs médicaux. Pansement, coussins anti-escarre, avec avis médical²....

Depuis le 01 janvier 2013, par application de la loi du 21 juillet 2009³ le dispositif de formation continu a été ajouté au dispositif de formation continue conventionnelle. Aujourd'hui le développement professionnel continu (DPC), est obligatoire pour les infirmières, tous les deux ans, il a pour but d'évaluer les bonnes pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, la prise en compte des priorités de santé publique, et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Pour l'aide-soignante, son action est régie selon l'arrêté de sa profession du 25 janvier 2005⁴, elle a un domaine commun avec l'infirmière qui est son rôle de collaboration.

¹JORF n°183 du 8 août 2004 page 37087 - texte n° 37086

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code -

NOR: SANP0422530D<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decree/2004/7/29/SANP0422530D/jo/texte>

²JORF n°0077 du 30 mars 2012 page 5768 - texte n° 34

Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire -

NOR: ETSH1208335A<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2012/3/20/ETSH1208335A/jo/texte>

³JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 - texte n° 1

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - NOR: SASX0822640L -

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/texte>

⁴JORF n°28 du 3 février 2005 page 1776 - texte n° 7

Arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant - NOR: SANH0520299A

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2005/1/25/SANH0520299A/jo/texte>

« Elle dispense, dans le rôle propre de l'infirmière, en collaboration avec lui, et sous sa responsabilité, des soins de prévention, de maintien de la relation d'éducation à la santé pour préserver, restaurer la continuité de la vie, bien être et autonomie de la personne »

Dans le cadre du Service polyvalent d'aide et de soin à domicile (SPASAD), Les aides à domicile, auxiliaires de vie sont amenées à réaliser les soins de la vie quotidienne, elles interviennent directement auprès de la personne, leur profession est régie par le code du travail. Article L-7232-1, son champ est régi par le décret N°2004-613, du 25 juin 2004⁵.

Une multitude de professionnels gravitent autour des patients les médecins généralistes, coordinateurs en EHPAD, kinésithérapeute, ergothérapeute, etc... Ils sont régis par leurs propres décrets de compétence, leur propre code de déontologie. Les interventions des différents professionnels, quels qu'ils soient, doivent être coordonnées en SSIAD et en EHPAD, car le patient est au centre de la démarche de prise en soins.

⁵JORF n°148 du 27 juin 2004 page 11713 - texte n° 15

Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile -

NOR: SANA0421055D<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2004/6/25/SANA0421055D/jo/texte>

IV. DEFINITIONS

a. La peau (derme, épiderme, hypoderme)

Afin de bien cibler et comprendre notre problématique voici quelques définitions indispensables à notre mémoire.

Celui-ci porte sur l'altération de l'état cutané, qui est défini selon le CNRTL⁶ comme une « *Dégradation par rapport à l'état initial ou normal d'une chose, ou aspect de l'être humain.* » à contrario de la peau saine « *Qui ne présente pas de lésion, d'affection.* » d'après le CNRTL.

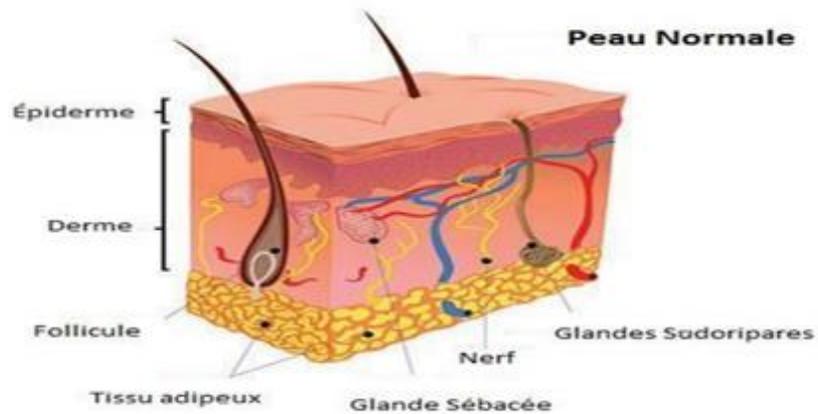
La peau est composée de différentes couches :

- L'épiderme : est une couche superficielle de la peau, un bouclier contre les agressions extérieures. Il ne contient aucun vaisseau sanguin mais compte de nombreuses terminaisons nerveuses qui rendent notre peau extrêmement sensible au toucher.
- Le derme : selon le LAROUSSE MEDICAL⁷ « *le derme est un tissu conjonctif. Le derme contient les vaisseaux sanguins et les nerfs de la peau.* ». Les principales cellules du derme sont les fibroblastes, qui synthétisent deux types de fibres protéiques : le collagène et l'élastine. L'élastine rend le derme souple et extensible, tandis que le collagène lui confère sa résistance et permet la cicatrisation des tissus endommagés en cas de blessure de la peau.
- L'hypoderme : selon le LAROUSSE MEDICAL est une « *Partie profonde de la peau, située sous le derme, constituée par du tissu conjonctif plus lâche* ». « *Il est formé de cellules très riches en graisse, les adipocytes, réunies en lobules et séparées par des cloisonnements conjonctifs.* ». Les adipocytes et les cellules graisseuses forment un matelas protecteur contre les pressions auquel la peau

⁶<https://www.cnrtl.fr>

⁷<https://www.larousse.fr>

est soumise. Il est donc très épais dans les zones qui doivent supporter des impacts fréquents (les fesses ou les talons par exemple), et beaucoup plus fin dans les autres régions du corps. Un choc traumatique peut provoquer de lésions des tissus des vaisseaux. Un œdème peut se former et ainsi créer un contexte favorable à l'évolution d'une escarre.



Par définition « *L'escarre est une "plaie de pression" et est consécutive à une hypoxie tissulaire provoquée par une pression excessive et prolongée.* » selon les sites escarre.fr⁸

b. Les différentes phases de la constitution d'une altération de l'état cutané(plaie)

Il existe 4 stades au niveau de l'escarre, mais on peut aussi intégrer le stade 0 selon le Docteur Sylvie Meaume (Gériatre – Dermatologue / Présidente de la Société française et francophone de plaies et cicatrisations

- Stade 0 : rougeur qui disparaît à l'appui

Selon l'HAS⁹ (CONFÉRENCE DE CONSENSUS/ PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES ESCARRES DE L'ADULTE ET DU SUJET ÂGE / RECOMMANDATIONS Jeudi 15 et vendredi 16 novembre 2001 Hôpital Européen Georges-Pompidou – Paris).

⁸<https://www.escarre.fr>

⁹<https://www.has-sante.fr>

Les 4 stades sont définis comme suit :

« *Tableau 1. Classification des stades de l'escarre du National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP ; 1998, www.npuap.org).*

- Stade I : « *est une altération observable d'une peau intacte...* » C'est une rougeur qui ne blanchit pas lorsque l'on appui dessus : c'est l'érythème persistant.
- Stade II : « *Perte d'une partie de l'épaisseur de la peau.... Se présente cliniquement comme une abrasion, une phlyctène ou une ulcération peu profonde.* » C'est une atteinte de la peau incluant l'épiderme et parfois le derme : escarre superficielle.
- Stade III : « *Perte de toute l'épaisseur de la peau avec altération ou nécrose du tissu sous-cutané. L'escarre se présente cliniquement comme une ulcération profonde avec ou sans envahissement des tissus environnants.* ». Atteinte complète de la peau incluant l'hypoderme : ulcération, nécrose, fibrine.
- Stade IV : « *Perte de toute l'épaisseur de la peau avec destruction importante des tissus, ou atteinte des muscles, des os, ou des structures de soutien.... Un envahissement et des fistules peuvent être associés au stade IV de l'escarre.* ».

c. Epidémiologie

D'après le Dr Sylvie MEAUME (Gériatre – Dermatologue / Présidente de la Société française et francophone de plaies et cicatrisations) il existe peu de données sur l'épidémiologie en France.

Selon une enquête faite par les Dr BARROIS, COLLIN, ALLAERT et NICOLAS¹⁰, menée en 2014, montre que 8,1% des patients sont porteurs d'au moins une escarre. Le nombre de cas varie selon les services (chirurgie orthopédique, SSR).

¹⁰Revue Francophone de Cicatrisation
Volume 1, Issue 3, July–September 2017, Pages 10-14

Une enquête de prévalence¹¹ a été menée dans des EHPAD gérés par le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris en 2007, confirme une prédominance de la plaie au niveau talon et sacrum.

L'ARS d'ILE DE FRANCE¹² a mené une enquête de prévalence du risque d'escarres en juin 2015 après de 249 établissements. Il en ressort que 36% des 22 000 patients ou résidents enquêtés étaient à risque élevé de développer des escarres. 47% des escarres ont été acquises dans le service. Les principales localisations sont le sacrum et le talon.

¹¹La revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie. CLEMENT (F.); COUSIN (J.); MOREAU (E.); MORILLE (H.)

¹²<https://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/plaies-cicatrisations/risque-escarre-ars-tire-conclusions-enquete.html>

V. RÔLE DE L'IDEC DANS LA PRISE EN SOINS DE L'ALTERATION DE L'ETAT CUTANE.

C'est une infirmière de terrain, une experte. Elle assure la qualité, l'organisation des soins. Elle participe à l'élaboration des protocoles et procédures en collaboration avec le médecin coordonnateur, en garantissant le respect, le suivi. Elle participe au contrôle, et à l'évaluation. Elle est le lien entre les équipes de soins, le médecin coordonnateur et les médecins traitants, ainsi que la Direction.

Elle évalue les connaissances des équipes sur l'évaluation de l'altération de l'état cutané. Au besoin, L'IDEC propose des formations sur ce sujet.

Elle participe au contrôle du suivi nutritionnel des résidents. Elle se met en relation avec la diététicienne afin de mettre en place des apports protéiques afin de limiter et/ou d'améliorer l'altération de l'état cutané.

L'IDEC collabore, avec l'IDE et l'équipe soignante, à l'évaluation des premiers signes d'altération de l'état cutané. Elle en réfère au médecin coordonnateur en EHPAD et au médecin traitant en SSIAD, afin de mettre en place une stratégie de soins.

Elle peut demander l'intervention de l'ergothérapeute afin de trouver le matériel adapté, également en SSIAD elle demande l'intervention de différents partenaires : Réseau SPES, hospitalisation à domicile...

Par le biais de prescription médicale, l'IDEC peut solliciter le kinésithérapeute.

Elle informe la Direction du coût éventuel des soins (Pansements, matériels...).

Elle évalue le temps que l'IDE met pour faire le pansement afin de voir avec le médecin coordonnateur de la pertinence de l'intervention des dispositifs extérieurs (HAD).

a. La prévention

Les recommandations des bonnes pratiques sont issues de la Conférence de consensus en 2001 concernant la Prévention des escarres avec la participation de l'Agence

Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation de Santé)¹³. En Octobre 2014, l'EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel), le NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) et le PIA (Pressure Injury Alliance) ont réalisé et publié un guide de recommandations (Prévention et traitement des escarres : Guide de Référence Abrégé)¹⁴ destiné aux professionnels de santé. L'objectif du comité d'experts associé à des personnes compétentes dans le domaine de la Prévention et du Traitement des escarres est d'apporter des preuves scientifiques : « Force de l'évidence (ensemble des preuves) et Force de recommandations (indicateur de confiance) ».

Les mesures de prévention s'appliquent aux personnes à risque mais aussi aux personnes présentant une altération de l'état cutané ou des escarres constituées. L'ensemble des professionnels de santé : Médecin coordonnateur, Médecin traitant, Infirmière Coordinatrice, Infirmière Référente Plaies et cicatrisation, Infirmière, Aide-soignante, Agent Hospitalier, Auxiliaire de vie, Kinésithérapeute, Ergothérapeute sont impliqués dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des protocoles. La prévention des escarres s'inscrit dans une démarche de qualité. Il est indispensable d'y associer : aidants, famille, proches, personne de confiance.... et le patient/résident permettant l'adhésion et la participation aux mobilisations, aux soins.

En outre, le patient/résident ou son représentant légal (ou Personne de confiance) doit être informé des soins qui lui sont prodigués (Loi du 2 Janvier 2002-2 rénovant l'action sociale et médicosociale – Code de l'Action Sociale et des Familles L311-3)¹⁵. Une relation de confiance doit s'installer entre le patient/résident , l'équipe soignante et l'équipe pluridisciplinaire.

¹³Prévention et traitements des escarres de l'adulte et du sujet âgé
https://www.has.fr/uploads/docs/application/pdf/escarresdef_long.pdf

¹⁴Prévention et Traitements des Escarres : Guide De Référence Abrégé – European Ulcer Advisory Panel
- www.epuap.org/wp-content/uploads/2017/05/fra_201705

¹⁵Loi du 2 Janvier 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale
Code de l'action sociale et des familles Art L311-3<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle?idArticle>

La mise en place des mesures de prévention commence par l'identification des facteurs de risque. Selon la Conférence de Consensus¹⁶ et l'Evaluation De La Prévention Des Escarres de l'ANAES¹⁷, les facteurs de risques se classent en 2 catégories : les facteurs prédictifs et les facteurs explicatifs. Les facteurs explicatifs sont répartis en 2 catégories : les facteurs extrinsèques ou mécaniques et les facteurs intrinsèques ou cliniques. Il existe 4 facteurs extrinsèques : La pression, la friction, le cisaillement et la macération de la peau.

La pression : Les zones de pression se localisent le plus souvent au niveau des saillies osseuses : les talons, le sacrum, les ischions, la colonne vertébrale, les poignets, les coudes, les épaules, l'occiput, L'altération de l'état cutané peut être la conséquence d'une négligence : les objets oubliés dans le lit ; les sondes, les tubulures de perfusion, les contentions physiques mal installées, les bas de contention « roulés » sur la cuisse et le choix de matériel inadapté (matelas, coussin).

La friction : est le frottement de la peau au contact d'un support, d'un linge, d'une autre partie du corps. Ces lésions sont souvent superficielles à type de rougeur, phlyctènes, fissures. Il est à signaler que toute friction énergique, le massage appuyé des zones à risque et l'utilisation d'alcool à 90° sont à proscrire.

Le cisaillement : est lié à la position du corps : la personne glisse du fauteuil ou au fond de son lit. Il peut provoquer des plaies profondes.

La macération de la peau : est souvent due à l'incontinence ou à la transpiration qui peut être provoquée par des vêtements non respirants et des protections de mauvaise qualité. Il est recommandé de ne pas laisser le bassin (au lit ou au fauteuil) trop longtemps.

¹⁶Prévention et traitements des escarres de l'adulte et du sujet âgé
https://www.has.fr/upload/docs/application/pdf/escarresdef_long.pdf

¹⁷Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé Juin 1998 -
psa.auvergne.free.fr/telechargement/page_infirmier_escarres_i3bi

Les facteurs intrinsèques sont : l'âge, l'état général (grabataire, fin de vie, ...), les troubles psychocomportementaux (agitation), l'état de la peau (fragile), l'incontinence, les pathologies neurologiques et vasculaires, la déshydratation, les maladies aiguës (infections) et chroniques (diabète).

Il existe 2 facteurs prédictifs : la dénutrition et la perte ou l'absence de mobilité.

b. Les mesures de Prévention de l'altération de l'état cutané :

Les Docteurs Marie-Line Gaubert-Dahan et Brigitte Barois lors de La présentation de la 4^{ème} demi-journée régionales pour la maîtrise du risque d'escarre¹⁸ (Juillet 2017) évoquent « *1 principe = lever d'appui* » : pas plus de 4 heures au lit et 30 minutes au fauteuil. Il faut mobiliser de façon passive au lit et au fauteuil et faire des changements de position régulièrement (verticalisation, alterner lit-fauteuil, en décubitus latéral et dorsal). Le Kinésithérapeute ainsi que l'Educateur d'Activité Physique Adapté (APA) préservent les capacités physiques. Les changements de positions et les mobilisations doivent se faire avec le personnel suffisant et le matériel adapté (lève-malade, disque de transfert, verticalisateur, barrières de lit, potence) ce qui nécessite une information et une formation du personnel soignant et de l'entourage du patient/résident.

Les massages doux à type d'effleurage favorisent la vascularisation des tissus ; l'effleurage se fait sans crème, sur une peau propre et sèche.

Le Dr Thierry Guyadec (Dermatologue) et le Dr Marie Caroline Chenilleau (Médecin généraliste) évoquent « *l'équilibre nutritionnel* » et « *maintenir un état d'hydratationcorrecte* » (L'escarre vue par le Dermatologue)¹⁹. Le personnel soignant

¹⁸Sauve ma peau, maîtriser le risque d'escarre - ARS Ile de France « Les présentations de la 4^{ème} demi-journée régionale pour la maîtrise du risque d'escarre », le 06/07/2017, auteurs : Dr Marie-Line Gaubert-Dahan et Dr Brigitte Barois - www.iledefrance.ars.sante.fr/sauve-ma-peau-maitiser-le-risque-d-escarre

¹⁹Point de vue du dermatologue – www.cicatrisation.fr/plaies-chroniques>escarres>points-de-vue-du-dermatologue.html

relève le poids du patient/résident et calcule son IMC tous les mois (les valeurs sont tracées dans son dossier papier ou informatisé). Le médecin traitant prescrit un bilan sanguin systématique tous les 3 mois avec les marqueurs biologiques suivants : CRP (N<3g/l), l'albuminémie (N>35g/l) et la pré-albuminémie (N<0,2g/l) L'évaluation de son état nutritionnel se fait avec l'échelle MNA (**Annexe 1**). La dénutrition est compensée par des apports protéiques (CNO, poudre protéinée), vitaminiques (vitamine D, B12), caloriques (N : 30 à 40 Kcal/kg/j). L'hydratation est de 1l à 1l5/j (on y ajoute les apports comme le café, la soupe, les jus de fruits). Le recours à la prescription de perfusion sous-cutanée peut-être envisagée. La diététicienne intervient sur prescription médicale pour programmer dans la journée des collations et un régime hyperprotidique. Il est nécessaire de faire de la renutrition, une alimentation plaisir.

L'hygiène corporelle : la toilette se fait avec un savon doux. Une lotion hydratante est utilisée pour éviter la sécheresse cutanée. Les draps sont propres et bien tendus. Les vêtements (en coton) sont amples et changés régulièrement. Les règles d'hygiène et de propreté sont respectées.

c. L'évaluation et les outils

L'évaluation de l'état cutané doit être la plus objective possible afin de mettre en place des mesures de préventions adéquates et un protocole de soins adapté. Selon les recommandations du guide de référence²⁰, l'évaluation se fait « *dans un délai de huit heures maximum après l'admission* » en EHPAD.

L'examen clinique comprend l'observation de la peau : la couleur (rouge pour l'érythème, le jaune pour la fibrine et le noir pour la nécrose), la localisation, la dimension et la profondeur (utiliser des mètres papiers) ; et la palpation : la peau reste rouge après la

(2006) Auteurs : Thierry Le Guyadec et Marie Caroline Chenilleau

²⁰Traitement des escarres. Guide de référence abrégé NPUAP EPUAP 2009 p. 9. Site internet : <https://www.actusoins.com/304485/escarres-echelle-de-braden-un-moyen-action-pertinent-pour-prevenir-les-escarres.html>

pression. L'évaluation se fait à chaque fois qu'il est nécessaire (toilette, mobilisations, réfection du pansement), mais aussi lorsque l'état de santé du patient/résident évolue (dégradation ou amélioration de son état général). Le suivi s'inscrit dans une continuité de soins. L'évaluation et son suivi sont tracés par l'équipe soignante dans le dossier du patient/résident.

En plus de l'évaluation de l'altération de l'état cutané, le personnel soignant doit repérer, évaluer (**Annexes 2 et 3**) la douleur afin qu'elle soit traitée rapidement. La douleur est toujours une urgence.

A l'examen clinique s'associe des outils d'évaluations : les échelles.

« Il n'y ni mauvaise méthode, ni méthode parfaite. Chacune va mettre l'accent sur certains facteurs par rapport à d'autre » escarre.fr: le site de référence des escarres²¹.

Celles-ci doivent être facile de compréhension et d'utilisation pour les soignants en EHPAD et au domicile. Elles comportent des items qui correspondent aux facteurs de risque : humidité, nutrition, mobilité, incontinence, âge, ... Chaque item est coté et la somme de chaque item donne un score. Pour certaines échelles, plus le score est élevé, plus le risque de développer une escarre est élevé ; pour d'autres, plus le score est élevé plus le risque est faible.

L'échelle de Braden créée en 1987 (**Annexe 4**) est la plus utilisée. Elle comporte 6 items d'un score de 1 à 4 : sensibilité, mobilité, activité, nutrition, humidité, friction et cisaillement. Plus le score est élevé, plus le risque est bas.

L'échelle de Norton créée en 1962 (**Annexe 5**) est la plus ancienne : elle note 5 items d'un score de 1 à 4 : condition physique, état mental, activité, mobilité, incontinence. Plus le score est élevé, plus le risque est faible.

L'échelle de Waterlow créée en 1985 (**Annexe 6**) est la moins exploitée.

D'autres échelles d'évaluations peuvent être utilisées : l'échelle de Perse (**Annexes 7 et 8**), Gonesse, Colin et Lemoine.

²¹Escarre.fr : le site de référence des escarres - <https://www.escarre.fr>

d. Les traitements

La collaboration de l'équipe soignante et de l'équipe pluridisciplinaire associée à la participation du patient/résident et de son entourage aboutit à la réalisation et à la mise en œuvre d'un protocole de traitement prescrit par le médecin traitant.

Le traitement de l'altération de l'état cutané dépend du stade de l'escarre. Cependant tout pansement débute par un nettoyage de la peau avec de l'eau et du savon neutre.

Stade 1 : Mettre les points d'appui (saillies osseuses) en décharge grâce au matelas à mémoire de forme, matelas à air, coussins anti-escarre, boudins à billes latéraux, protections talonnières. L'infirmière applique un hydrocolloïde transparent pour surveiller l'évolution.

Stade 2 : Les matelas à air, le coussin anti-escarre, les bottes de décharge sont privilégiés. L'infirmière perce la phlyctène et met des compresses ou découpe la phlyctène et pose un hydrocolloïde (laisser la phlyctène sert de protecteur). Pour maintenir le pansement, on utilise une bande de crêpe plutôt que Nilex pour éviter toute compression ; de même les bandes de contention peuvent être prescrites plutôt que des bas de contention.

Stade 3 : Si la plaie est fibrineuse, il faut retirer la fibrine avec un scalpel et mettre un alginate (si c'est très humide) ou un hydrocellulaire. Si la plaie est nécrosée, l'infirmière scarifie avec un scalpel et met de l'hydrogel pour ramollir la plaque de nécrose et applique un hydrocolloïde. Au renouvellement de pansement, elle pourra retirer progressivement la nécrose (détersion manuelle). Les matelas à pression discontinue sont préférés au matelas à air continu. Seule l'infirmière est habilitée à effectuer les pansements prescrits par le médecin traitant (Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004).

Lorsque l'escarre est infectée (suspectée par des signes locaux et confirmée par des marqueurs biologiques), elle est traitée par des antiseptiques locaux non colorés et des antibiotiques. Le pansement au charbon est utilisé en cas d'odeurs nauséabondes.

Selon Anne Philippe (infirmière consultante plaies et cicatrisation) et Martine Barateau (infirmière experte en plaies et cicatrisation) la Thérapie par Pression Négative est utilisée pour favoriser le décapage avant tout geste chirurgical²².

Le choix des supports se détermine en fonction des facteurs de risques, de l'évaluation de l'escarre, des moyens humains et matériels. Le site de référence des escarres²³ préconise 2 types de supports :

Les supports statiques sont utilisés pour la prévention des escarres, ils augmentent la surface de contact entre le corps et le support : matelas en mousse avec ou sans plot, matelas à eau, à mémoire de forme.

Les supports dynamiques à pression continue ou discontinue sont privilégiés dans le traitement des escarres pour répartir les zones de pression sur tout le corps : matelas et coussin à air.

L'apparition des escarres est toujours associée à la douleur. On distingue 2 types de douleurs : la douleur chronique liée à la plaie et la douleur aiguë liée aux mobilisations, aux pansements. Traiter la douleur est une priorité absolue. Il est recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé d'utiliser des antalgiques de palier 3. La douleur génère du stress, de l'anxiété. L'équipe soignante a pour mission de réassurer le patient/résident, de prodiguer des soins dans un climat de bienveillance et de bientraitance.

La prévention est Le moyen de lutter contre l'altération de l'état cutané. Sa réussite repose sur l'identification précoce des patients/résidents à risque, l'évaluation de l'altération de l'état cutané et son suivi permettant la mise en œuvre de protocoles de traitement adaptés aux besoins de la personne.

²²Escarres prise en charge, prévention et traitement chez la personne âgée
<https://www.actusoins.com>la-prise-en-charge-des-escarres-chez-la-personne>

²³Escarre.fr : le site de référence des escarres - <https://www.escarre.fr>

VI. L'ENQUETE

Dans le cadre de notre travail de recherche, nous avons privilégié la diffusion d'un questionnaire au sein de six établissements médico-sociaux. Les établissements concernés soit quatre EHPAD (deux établissements publics, un privé, un associatif) et deux SSIAD (deux établissements associatifs) ont été choisis sur les critères suivants : terrain de stage dans le cadre du DU IRCO ou établissement d'activité professionnel des participants au mémoire collectif. Les 6 établissements médico-sociaux concernés sont situés sur trois grandes régions françaises, les Hauts de France, le Grand Est et l'Île de France.

Le choix a été fait de diffuser le questionnaire de manière présentielle, soit sur des temps de rencontre planifiés avec les équipes soignantes. Ce temps d'échange a permis une présentation de l'outil d'enquête et de situer le contexte de notre recherche et sa finalité.

La campagne de distribution de l'outil d'enquête s'est faite sur le mois de juin 2019.

La population ciblée dans le cadre de l'enquête est l'équipe pluridisciplinaire qui interagit sous la liaison de l'infirmière coordinatrice dans la prise en soins globale d'une altération de l'état cutané en établissement médico-social soit :

- L'infirmière coordinatrice de l'établissement,
- L'infirmier(e) diplômé d'état,
- L'aide-soignant(e),
- L'agent de soins en EHPAD.

La recherche porte sur le profil du soignant et son parcours professionnel (type de fonction, ancienneté dans la fonction, formation reçue), mais aussi sur la connaissance des outils de l'établissement pour la prise en soins des plaies (formations internes, externes, professionnels référents identifiés, outils de prévention et d'évaluation utilisés (échelles ou grille), accès aux informations du dossier patients, protocoles validés), sur

les supports de traçabilité et leur accès et enfin sur les moyens d'appuis extérieurs existants (réseau de santé et démarche parcours). Le tout en lien avec les recommandations L'Agence Nationale d'Appuis à la Performance, de l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux) et les protocoles d'évaluation type MOBIQUAL ou issus du GREPHH.

Nous avons réfléchi à la construction du questionnaire dans l'optique de réaliser un bref état des lieux des connaissances théoriques de l'équipe soignante (propre à chaque fonction et à la formation initiale reçue) mais aussi des outils institutionnels, de l'établissement et de la démarche globale réalisée auprès du patient, de la prévention à l'évaluation de l'état cutané et ce, jusqu'au traitement d'une altération de l'état cutané avérée (escarre constituée).

Le cœur de la recherche reste le rôle identifié par l'équipe pluridisciplinaire de l'infirmier coordonnateur et l'analyse de sa pratique au sein de son établissement d'exercice en lien avec sa compétence gériatrique et les outils managériaux utilisés.

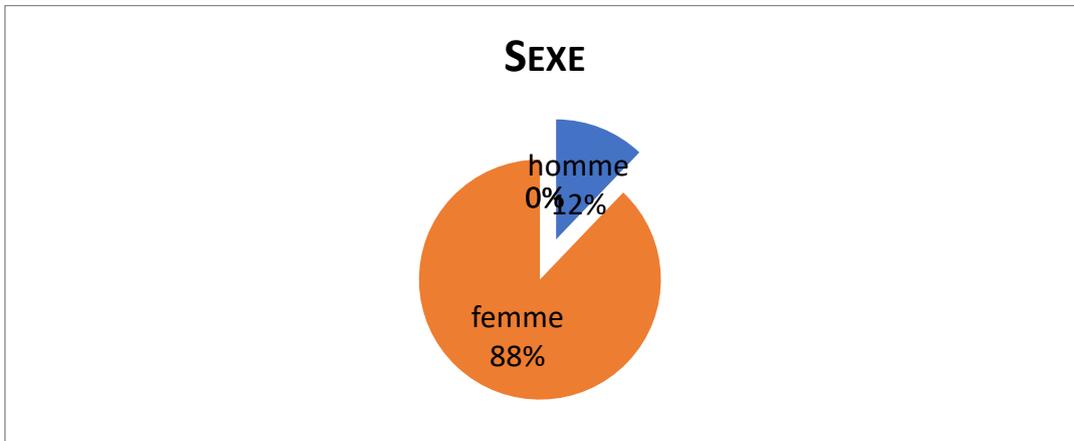
Le nombre total de questionnaires déposés est de 200 avec 182 questionnaires récupérés à l'issue de la campagne du mois de juin soit un taux de retour élevé de plus de 91%.

Les soignants du SSIAD sont 77 à avoir été interrogés pour 105 soignants en EHPAD. La représentation des établissements médico-sociaux est donc significative pour développer la thématique de ce travail de recherche.

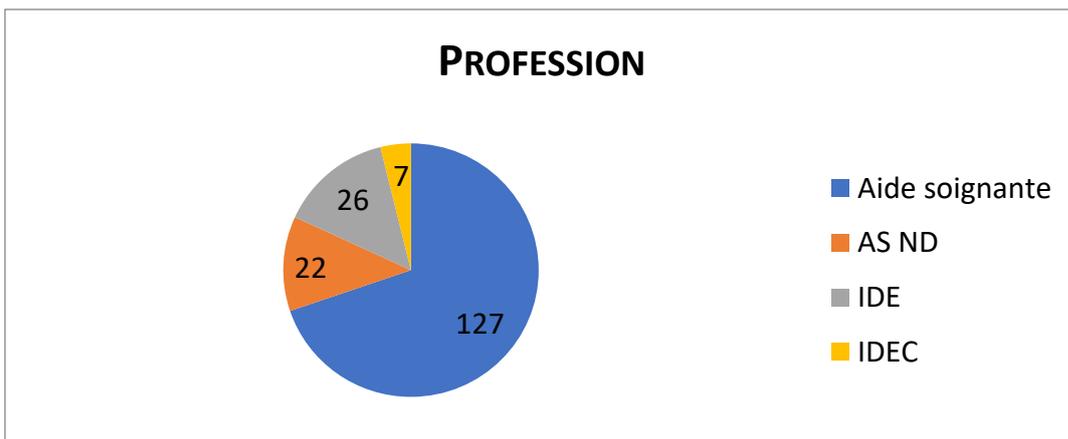
Document d'enquête : Voir Annexe 9

VII. PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE

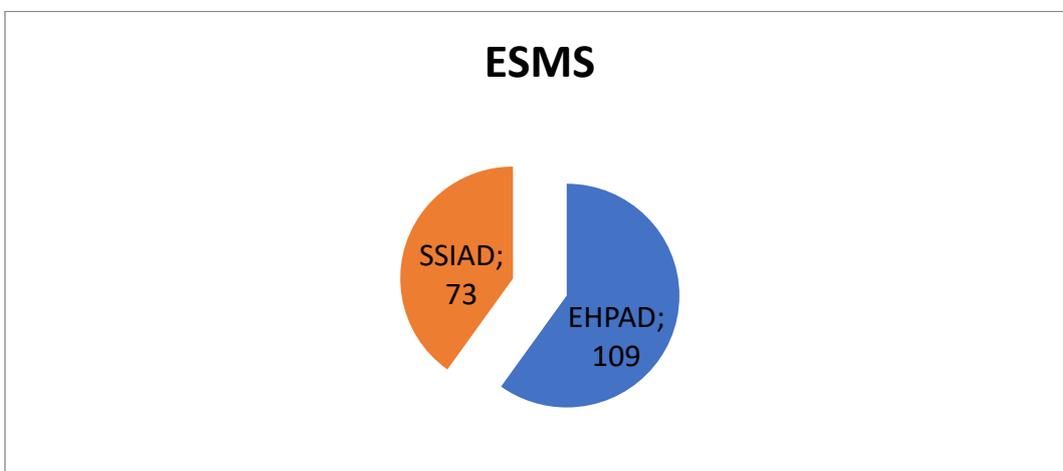
QUESTION 1 : répartition par sexe des personnes interrogées



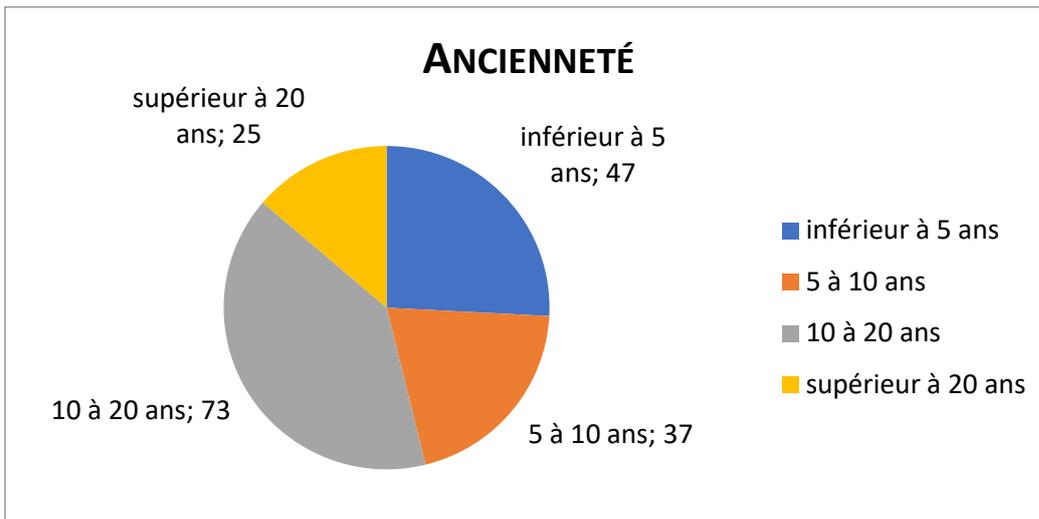
QUESTION 2 : fonction des personnes interrogées



QUESTION 3 : établissement médico-social d'exercice professionnel



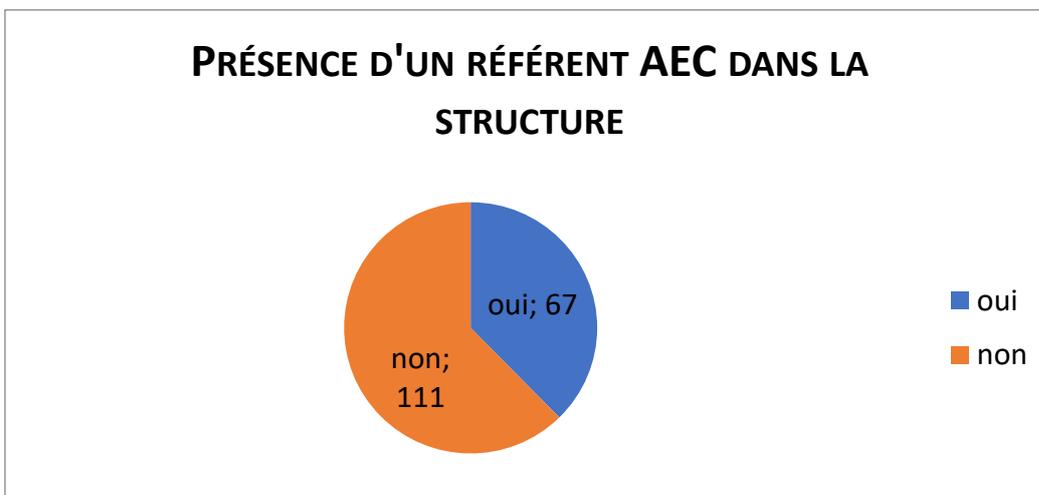
QUESTION 4 : ancienneté dans la fonction



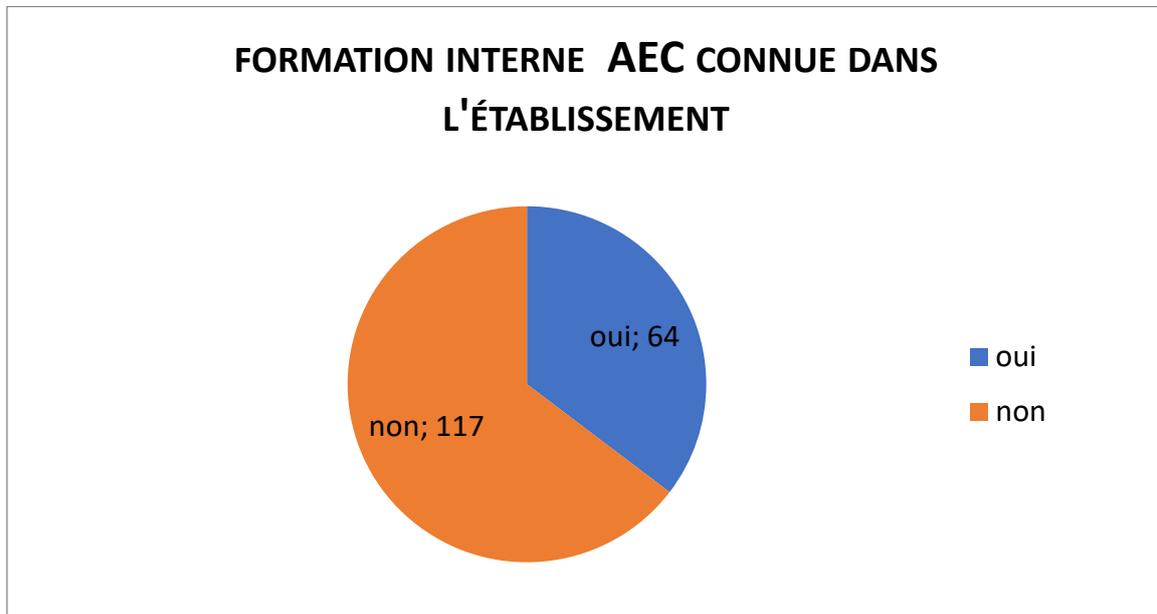
QUESTION 5 : définition de l'Altération de l'Etat Cutané en 3 mots– réponses obtenues

Classement	Mot	Nombre	Classement	Mot	Nombre
1	Phlyctène	93	8	Lésion	13
2	Rougeur	90	9	Dénutrition	10
3	Escarre	62	10	Nécrose	8
4	Plaie	49	11	Coupure	8
5	Douleur	33	12	Ecoulement	4
6	Points d'appuis	25	13	Erythème	3
7	Chaleur	19			

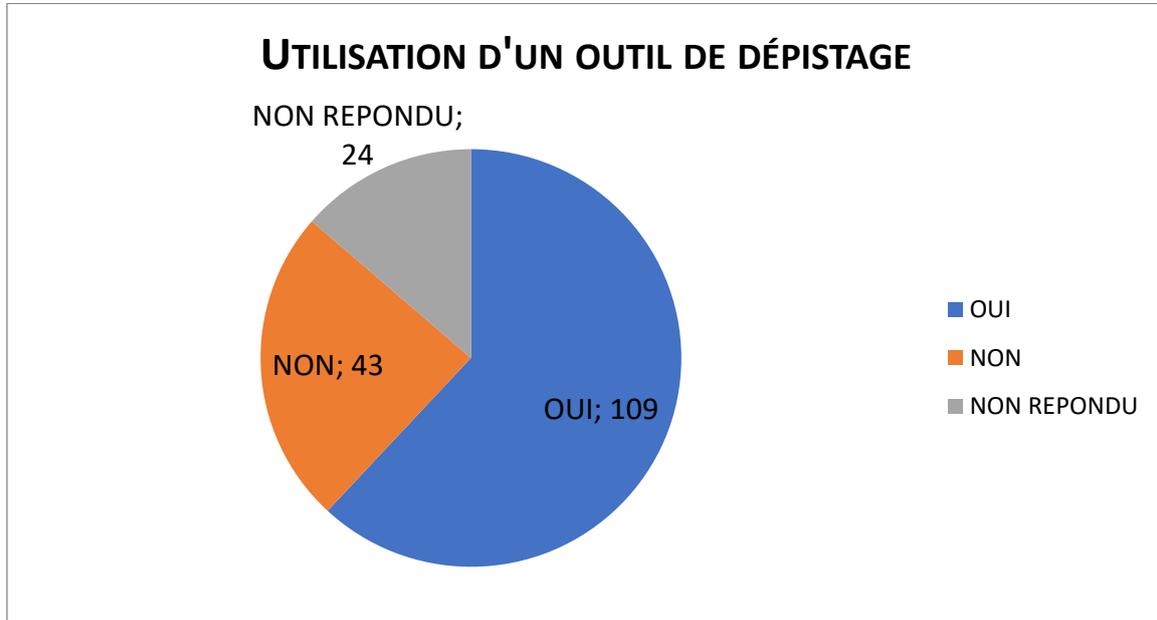
QUESTION 6 : présence d'un référent identifié « plaies et cicatrisations » dans l'ESMS



QUESTION 7: formation spécifique identifiée sur les plaies dispensées en interne au sein de l'ESMS



QUESTION 8 : connaissance et utilisation des échelles de dépistage du risque d'AEC (échelles validées type « Braden, Waterloo, Perse...)



QUESTION 9 : identification de l'outil de signalement d'une AEC constatée

Moyen de signalement de l'AEC

- **Transmission orale** : 169 soignants utilisent ce moyen sur 182,
- **Dossier patient** : 153 soignants tracent dans le dossier de soins sur 182,
- **Appel téléphonique à l'IDE** : 94 soignants contactent l'IDE sur 182.

QUESTION 10 : l'altération de l'état cutané d'un patient est-elle évoquée sur un temps dédié en équipe pluridisciplinaire,

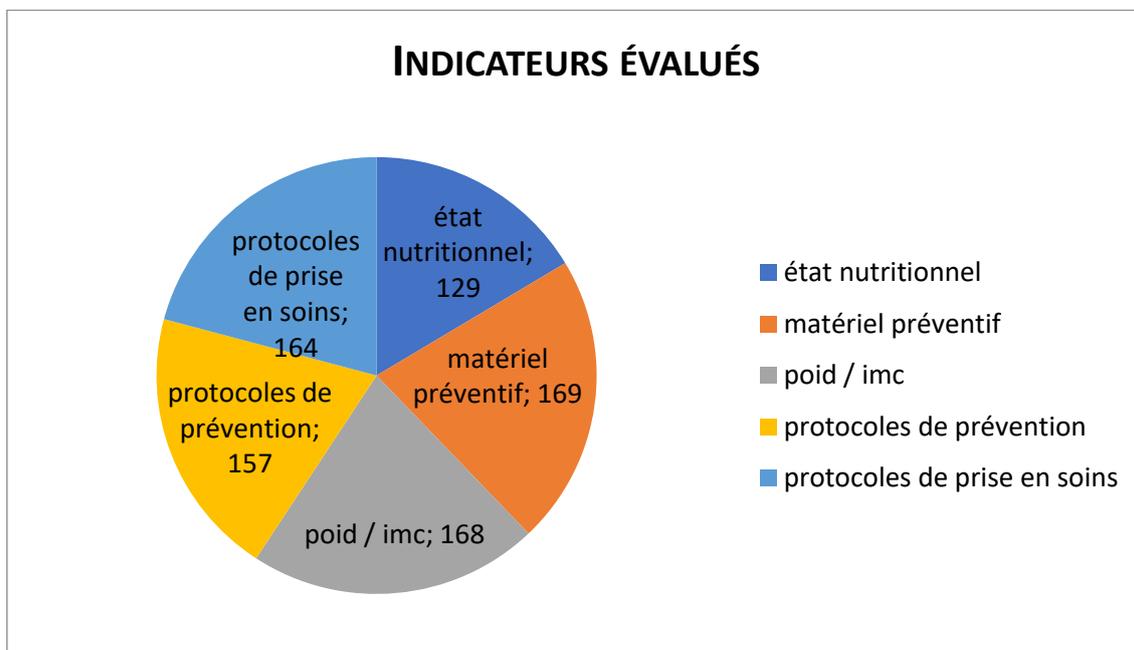
171 soignants sur les 182 soignants interrogés ont un temps d'échange formel sur l'AEC dans leur établissement.

Si oui, pour 69 soignants c'est un temps d'échange avec IDE ou IDEC.

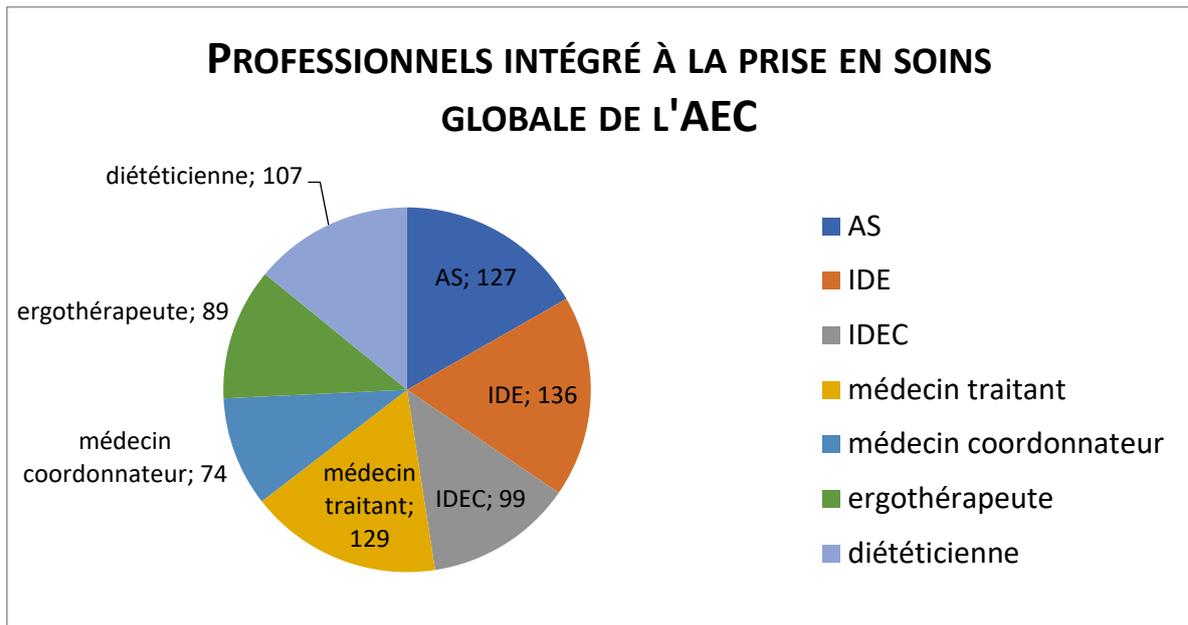
L'IDEC est la seule à animer ce temps pour 25 soignants interrogés

Un temps d'échange avec le médecin traitant ou coordonnateur est identifié par 8 soignants.

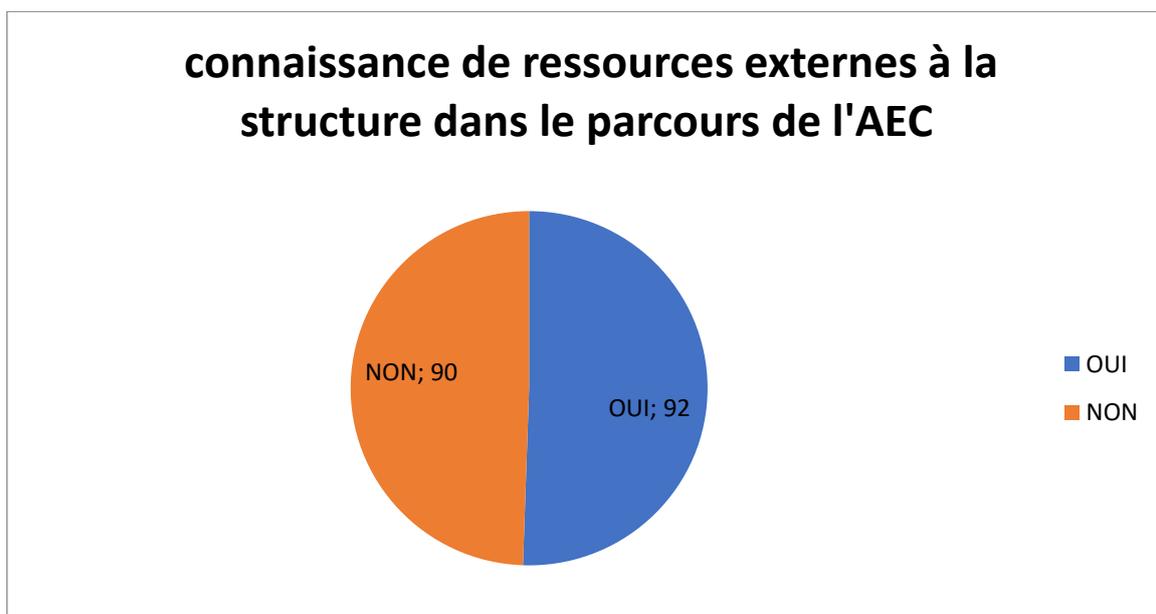
QUESTION 11 : indicateur du risque d'AEC identifiés par l'équipe et suivis



QUESTION 12 : composition de l'équipe pluridisciplinaire dans le parcours d'une AEC



QUESTION 13 : moyens d'appuis identifiés par l'équipe soignante de l' ESMS



Sur 92 soignants connaissant une ressource externe à leur établissement pour la prise en soins d'une AEC :

4 ont cité la consultation en dermatologie,

14 ont cité l'HAD.

VIII. ANALYSE DE L'ENQUÊTE

- La problématique liée à ce travail de recherche repose sur le rôle de l'infirmière coordinatrice dans la prise en soins globale d'une altération de l'état cutané. L'infirmière coordinatrice est le chevron opérationnel de l'établissement médico-social, elle fait le lien entre les différents professionnels, assure la mise à disposition des outils nécessaires tant humains que matériels et assure une prise en soins globale du patient dans le respect des bonnes pratiques professionnelles et des recommandations législatives et déontologiques.
- Les équipes des établissements médico-sociaux coordonnées par les infirmières coordinatrices sont composées d'une majorité d'aides-soignantes (parfois non diplômée en EHPAD) et d'infirmières diplômées d'état. La coordination se prolonge sur la collaboration pluridisciplinaire avec les autres professionnels médicaux et paramédicaux intervenants dans l'établissement. Tous sont identifiés par les soignants interrogés dans le cadre de l'enquête comme inscrits dans le parcours de soins d'une altération de l'état cutané. Cependant, il faut noter que le lien est fait dans la majorité des cas par l'IDEC lors d'un temps de coordination. L'IDEC est le référent identifié par les IDE et les AS. L'AS fait le retour de son constat à l'IDE qui fait le lien avec l'IDEC. C'est ensuite l'IDEC qui fait le lien avec l'ergothérapeute ou la diététicienne ou encore avec le médecin coordonnateur.
- Les résultats de l'enquête mettent en avant un recours fréquent à l'IDEC lors de la prévention, l'évaluation et du traitement d'une altération de l'état cutané. L'IDEC s'assure de la formation initiale des soignants lors de leur recrutement. Dans la continuité, elle met à disposition des formations internes ou externes à l'ESMS (fonction du plan de formation) ainsi que des outils à l'usage de l'équipe. Le panel de soignants interrogés est pour plus de 75% en première partie de carrière professionnelle avec de fait un enseignement théorique relativement récent en

mains. Le « turn-over » de personnel des ESMS est peut-être une piste explicative sur la méconnaissance de certains outils et dispositifs comme par exemple le professionnel soignant référent pour la problématique des plaies (61% des soignants interrogés n'ont pas connaissance de celui-ci). De plus cet élément peut être corrélé avec l'usage incomplet et non systématique des outils de traçabilité réglementaires autour de la prise en soins du patient. Le recours à la transmission orale est quasi systématique (92%), et le constat s'impose que la traçabilité dans le dossier de soins ne se fait que pour 84% des soignants interrogés. L'appel téléphonique de l'aide-soignante à l'infirmière se fait dans 51 % des découvertes d'une altération de l'état cutané. Cette démarche implique la nécessité pour l'IDEC de faire le lien quotidien entre l'ensemble des professionnels de l'équipe pour limiter la perte des informations nécessaires à la bonne prise en charge du patient et aux actions qui en découlent dans le cadre du rôle propre puis après concertation avec l'équipe médicale dans le cadre du rôle sur prescription.

- Les supports recommandés par les autorités de tutelle sont bien disponibles dans les établissements mais encore peu utilisés par les équipes soignantes. Seuls 60% des soignants interrogés connaissent les outils de dépistage et de prévention ce qui induit un non usage ou l'utilisation unique de ce support par l'infirmière coordinatrice parfois en lien avec le médecin coordonnateur (campagne AGGIR et PATHOS).
- Il est à noter également que les soignants ont une connaissance globale des indicateurs de fragilité en termes de risque d'altération cutané tels que l'état nutritionnel, les facteurs environnementaux facilitant (matériel de prévention et de positionnement, matériel curatif et autres dispositifs médicaux...). Dans cette dynamique l'ensemble des données est transmis à l'IDEC qui se charge de déléguer les actions et l'élaboration d'une démarche de soins pluridisciplinaire. Les protocoles et fiches techniques relatifs aux supports d'aide à la prévention sont connus pour 20% des soignants interrogés et identifiés dans leur usage défini. Cette observation

révèle un besoin de communication et de rappel constant pratiqué par les infirmières coordinatrices sur la démarche globale d'une prise en soins d'une altération de l'état cutané de la prévention, au dépistage, à l'évaluation et au traitement de celle-ci.

- Enfin, le dernier aspect mis en avant dans le cadre de cette démarche diagnostique est la méconnaissance des professionnels d'une structure des moyens d'appuis externes à leur établissement. Plus de la moitié des personnes interrogées toute profession confondue ignore les recours possibles à l'accompagnement d'un patient dont l'état cutané va nécessiter une collaboration spécifique avec un partenaire particulier. Le lien semble être fait en aval de l'équipe de soin de l'établissement. Seuls 50% des soignants ont signifié avoir connaissance d'un dispositif d'appuis à la prise en soins en ESMS dans le cadre d'une altération de l'état cutané mais seulement 10% ont identifié un type de dispositif avec en priorité l'hospitalisation à domicile suivie de la consultation en dermatologie.

IX. CONCLUSION

La prévention et la prise en soin de l'altération de l'état cutané reste insuffisante dans les EHPAD et en SSIAD. L'altération de l'état cutané est un problème majeur rencontré par les soignants au quotidien. Les actions menées par l'IDEC en collaboration avec le Médecin coordonnateur (et/ou médecins traitants), l'équipe soignante et pluridisciplinaire sont déterminantes dans l'amélioration de l'état de santé du patient/résident.

L'information et la formation des équipes aux bonnes pratiques professionnelles garantissent une prise en soin de qualité et adaptée aux besoins du patient/résident. De nombreux dispositifs de prévention (supports, échelles) et de traitement (pansements, TPN, chirurgie) se sont développés pour améliorer la qualité de vie en EHPAD et à domicile.

En accord avec la direction et en collaboration avec le Médecin coordonnateur, l'IDEC doit disposer de moyens humains et matériels pour mettre en place les plans de soins personnalisés des patients/résidents. Le manque de personnel qualifié et/ou le manque de temps auprès des personnes à risques ou porteuses d'escarres au sein des unités de vie ou à domicile, engendre « le glissement de tâches » entre infirmières et aides-soignantes. Le rôle de l'IDEC s'avère primordial lors du recrutement du personnel en évaluant les compétences des professionnels de santé et en réalisant leurs fiches de postes déterminant les actions de chacun.

D'autres thèmes peuvent être mis en avant lorsque le sujet de l'altération de l'état cutané est abordé. Les nouvelles technologies permettent une réponse plus précise et plus rapide aux besoins identifiés. La télémédecine est de plus en plus utilisée pour évaluer, diagnostiquer, traiter et mettre en place une évaluation de suivi de l'altération de l'état cutané. La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) du 21 juillet 2009 et l'article L6316-1 du Code de Santé Publique donnent une définition et les actions de la télémédecine. Elle permet de sécuriser les actes et s'inscrit dans une amélioration de

qualité de soins. Elle met en lien direct le médecin traitant ou le spécialiste avec le personnel de santé, ce qui permet aussi de réduire les déplacements (et leurs coûts) des patients/résidents. La télémédecine devient un « outil » nécessaire et indispensable dans la prise en soin de l'altération de l'état cutané.

La télémédecine une innovation de santé publique ?

X. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES – DANS L'ORDRE DE CITATIONS

- JORF n°183 du 8 août 2004 page 37087 - texte n° 37086
Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code - NOR: SANP0422530D Site Internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2004/7/29/SANP0422530D/jo/texte>
- JORF n°0077 du 30 mars 2012 page 5768 - texte n° 34
Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire - NOR: ETSH1208335A Site Internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2012/3/20/ETSH1208335A/jo/texte>
- JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 - texte n° 1
LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - NOR: SASX0822640L - Site Internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/texte>
- JORF n°28 du 3 février 2005 page 1776 - texte n° 7
Arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant - NOR: SANH0520299A
Site Internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2005/1/25/SANH0520299A/jo/texte>
- JORF n°148 du 27 juin 2004 page 11713 - texte n° 15
Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile - NOR: SANA0421055D
Site Internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2004/6/25/SANA0421055D/jo/texte>
- Site Internet : <https://www.cnrtl.fr>
- Site Internet : <https://www.larousse.fr>
- Site Internet : <https://www.escarre.fr>
- Site Internet : <https://www.has-sante.fr>
- Revue Francophone de Cicatrisation
Volume 1, Issue 3, July–September 2017, Pages 10-14
La revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie. CLEMENT (F.); COUSIN (J.); MOREAU (E.); MORILLE (H.)
Site Internet : <https://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/plaies-cicatrisations/risque-escarre-ars-tire-conclusions-enquete.html>
- Prévention et traitements des escarres de l'adulte et du sujet âgé

Site Internet :

[https://www.has.fr>upload>docs>application>pdf>escarresdef_long.pdf](https://www.has.fr/upload/docs/application/pdf/escarresdef_long.pdf)

- Traitement des escarres. Guide de référence abrégé NPUAP EPUAP 2009 p. 9.
Site internet : <https://www.actusoins.com/304485/escarres-echelle-de-braden-un-moyen-action-pertinent-pour-prevenir-les-escarres.html>
- Loi du 2 Janvier 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale
Code de l'action sociale et des familles Art L311-3 Site Internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle?idArticle>
- Prévention et traitements des escarres de l'adulte et du sujet âgé
Site Internet :
[https://www.has.fr>upload>docs>application>pdf>escarresdef_long.pdf](https://www.has.fr/upload/docs/application/pdf/escarresdef_long.pdf)
- Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé Juin 1998 - Site Internet :
[psa.auvergne.free.fr>telechargement>page_infirmier_escarres_i3bi](http://psa.auvergne.free.fr/telechargement/page_infirmier_escarres_i3bi)
- Sauve ma peau, maîtriser le risque d'escarre - ARS Ile de France « Les présentations de la 4^{ème} demi-journée régionale pour la maîtrise du risque d'escarre », le 06/07/2017, auteurs : Dr Marie-Line Gaubert-Dahan et Dr Brigitte Barois - Site Internet : [www.iledefrance.ars.sante.fr>sauve-ma-peau-maitriser-le-risque-d-escarre](http://www.iledefrance.ars.sante.fr/sauve-ma-peau-maitriser-le-risque-d-escarre)
- Site Internet : Escarre.fr : le site de référence des escarres -
<https://www.escarre.fr>
- Escarres prise en charge, prévention et traitement chez la personne âgée
Site Internet : [https://www.actusoins.com>la-prise-en-charge-des-escarres-chez-la-personne](https://www.actusoins.com/la-prise-en-charge-des-escarres-chez-la-personne)

XI. ANNEXES

Annexe 1 : MNA

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]



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

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

<div style="background-color: #003366; color: white; padding: 2px;">Dépistage</div> <p>A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? 0 = baisse sévère des prises alimentaires 1 = légère baisse des prises alimentaires 2 = pas de baisse des prises alimentaires <input type="checkbox"/></p> <p>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"/></p> <p>C Motricité 0 = au lit ou au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile <input type="checkbox"/></p> <p>D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non <input type="checkbox"/></p> <p>E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence légère 2 = pas de problème psychologique <input type="checkbox"/></p> <p>F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)² 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 <input type="checkbox"/></p> <p>Score de dépistage (sous-total max. 14 points) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>12-14 points: état nutritionnel normal 8-11 points: à risque de dénutrition 0-7 points: dénutrition avérée</p> <p>Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R</p>	<p>J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas <input type="checkbox"/></p> <p>K Consomme-t-il ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <p>0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ? 0 = non 1 = oui <input type="checkbox"/></p> <p>M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté <input type="checkbox"/></p> <p>O Le patient se considère-t-il bien nourri ? 0 = se considère comme dénutri 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition <input type="checkbox"/></p> <p>P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Q Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22 1,0 = CB > 22 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>R Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31 <input type="checkbox"/></p> <p>Évaluation globale (max. 16 points) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Score de dépistage <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Score total (max. 30 points) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <div style="background-color: #e6f2ff; padding: 5px;"> <p>Appréciation de l'état nutritionnel</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">de 24 à 30 points</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 60%;">état nutritionnel normal</td> </tr> <tr> <td>de 17 à 23,5 points</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>risque de malnutrition</td> </tr> <tr> <td>moins de 17 points</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>mauvais état nutritionnel</td> </tr> </table> </div>	de 24 à 30 points	<input type="checkbox"/>	état nutritionnel normal	de 17 à 23,5 points	<input type="checkbox"/>	risque de malnutrition	moins de 17 points	<input type="checkbox"/>	mauvais état nutritionnel
de 24 à 30 points	<input type="checkbox"/>	état nutritionnel normal								
de 17 à 23,5 points	<input type="checkbox"/>	risque de malnutrition								
moins de 17 points	<input type="checkbox"/>	mauvais état nutritionnel								

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, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-497.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994. Revision 2006. N67200 12/99 10M
 Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

Annexe 2 : Echelle ALGOPLUS



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

Identification du patient

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

COPYRIGHT

Annexe 3 : Evaluation Comportemental de la douleur – Echelle DOLOPLUS-2

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE (ECHELLE DOLOPLUS-2)		
<u>Identité du Patient :</u>		
RETENTISSEMENT SOMATIQUE		
1- Plaintes somatiques	- Pas de plaintes	0
	- Plaintes uniquement à la sollicitation	1
	- Plaintes spontanées occasionnelles	2
	- Plaintes spontanées continues	3
2 - Positions antalgiques au repos	- Pas de position antalgique	0
	- Evite certaines positions de façon occasionnelle	1
	- Position antalgique permanente et efficace	2
	- Position antalgique permanente et inefficace	3
3 – Protection des zones douloureuses	- Pas de protection	0
	- Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1
	- Protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soin	2
	- Protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3
4 - Mimique	- Mimique habituelle	0
	- Mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1
	- Mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2
	- Mimique inexpressive en permanence et de manière habituelle (atone, figée, regard vide)	3
5 - Sommeil	- Sommeil habituel	0
	- Difficultés d'endormissement	1
	- Réveils fréquents (agitation motrice)	2
	- Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3
RETENTISSEMENT PSYCHO-MOTEUR		
6 – Toilette et/ou habillage	- Possibilités habituelles inchangées	0
	- Possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1
	- Possibilités habituelles très diminuées (toilette et/ou habillage difficiles et partiels)	2
	- Toilette et/ou habillage impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3
7 - Mouvements	- Possibilités habituelles inchangées	0
	- Possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1
	- Possibilités habituelles actives et passives limités (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2
	- Mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL		
8 - Communication	- Inchangée	0
	- Intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1
	- Diminuée (la personne s'isole)	2
	- Absence ou refus de toute communication	3
9 – Vie sociale	- Participation habituelle aux différentes activités (repas, animations,...)	0
	- Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1
	- Refus partiel de participation aux différentes activités	2
	- Refus de toute vie sociale	3
10 – Troubles du comportement	- Comportement habituel	0
	- Troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1
	- Troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2
	- Troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3
DATE :	SCORE :	/ 30

Annexe 4 : Echelle de Braden

Échelle de Braden (www.escarre.fr)

Sensibilité	Humidité	Activité
<ol style="list-style-type: none"> 1 complétement limitée 2 très limitée 3 légèrement limitée 4 pas de gêne 	<ol style="list-style-type: none"> 1 constamment humide 2 très humide 3 parfois humide 4 rarement humide 	<ol style="list-style-type: none"> 1 confiné au lit 2 confiné en chaise 3 marche parfois 4 marche fréquemment
Mobilité	Nutrition	Friction et frottements
<ol style="list-style-type: none"> 1 totalement immobile 2 très limitée 3 légèrement limitée 4 pas de limitation 	<ol style="list-style-type: none"> 1 très pauvre 2 probablement inadéquate 3 correcte 4 excellente 	<ol style="list-style-type: none"> 1 problème permanent 2 problème potentiel 3 pas de problème

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

Annexe 5 : Echelle de Norton

Évaluation des facteurs de risque d'escarre avec l'Échelle de Norton

CONDITION PHYSIQUE		ETAT MENTAL		ACTIVITE		MOBILITE		INCONTINENCE		SCORE TOTAL
BONNE	4	BON, ALERTE	4	AMBULATOIRE	4	TOTALE	4	AUCUNE	4	
MOYENNE	3	APATHIQUE	3	MARCHE AVEC UNE AIDE	3	DIMINUÉE	3	OCCASIONNELLE	3	
PAUVRE	2	CONFUS	2	ASSIS	2	TRÈS LIMITÉE	2	URINAIRE	2	
TRÈS MAUVAISE	1	INCONSCIENT	1	TOTALEMENT AIDÉ	1	IMMOBILE	1	URINAIRE ET FÉCALE	1	
RÉSULTAT	...	RÉSULTAT	...	RÉSULTAT	...	RÉSULTAT	...	RÉSULTAT

ANALYSE DES RESULTATS

Score entre 5 et 12 : risque très élevé

Score entre 12 et 14 : risque élevé

Score entre 14 et 16 : risque moyen

Score entre 16 et 20 : risque faible

Annexe 6 : Echelle de Waterlow

Echelle de WATERLOW

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

> 10 : risque > 15 : haut risque > 20 : très haut risque

*Poids par rapport à la taille

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

Annexe 7 : Echelle de Perse

EVALUATION DES FACTEURS DE RISQUES D'ESCARRS : Echelle de Perse

Prescription matelas air dynamique

Etiquette patient

Service : _____ N° chambre : _____ Date : _____ Heure : _____ Nom et signature de l'IDE : _____

Motif d'hospitalisation et renseignements cliniques : _____

Etat cutané du patient : _____

Le patient présente au moins une escarre à l'entrée du service : OUI NON Origine du patient : _____ Poids : _____

Présence d'escarre ce jour : OUI NON Si oui, localisation et stade : _____

Support actuel : IMC :

Durée d'alitement le jour du recueil : < 12 heures 12 à – de 15 heures 15 à – de 20 heures 20 à – de 24 heures 24h /24

Mobilité du patient : Est capable de se retourner seul dans son lit : OUI NON

Prévention d'escarres mise en place : OUI NON

Palliatif : OUI NON

CAPACITE LOCOMOTRICE	FACTEURS DE RISQUES INTRINSEQUES	APPORT NUTRITIONNEL	ETAT MENTAL
1. Ambulant (marche sans aide) 2. Marche facilement avec aide technique 3. Assis au fauteuil 4. Totalemnt aidé Score <input type="text"/>	1. Aucun facteur de risque 2. Un facteur de risque 3. Deux facteurs de risque 4. Plus de 2 facteurs de risque 13 Etat critique : collapsum cardio-vasculaire > 2 heures, TA syst < 60mmHg Facteurs de risque : Vasculaire : tabac, diabète, artérite HTA, insuffisance cardiaque, arémie Pulmonaire : pneumonie, bronchite chronique, encombrement pulmonaire Neurologique : troubles de la sensibilité superficielle ou profonde Facteurs généraux : néoplasie, métastases, fièvre, infection Facteurs iatrogènes : traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens ou corticoïdés Chaque élément correspond à un risque, s'il y en a plus de 3, se contenter d'un score = 4	1. Bon : mange la totalité des 3 repas 2. Moyen : mange l'équivalent de 2 repas complets par jour 3. Mauvais : mange l'équivalent de 1 repas complet par jour 4. Très mauvais : mange moins de 1 repas complet par jour ou que des desserts ou rien Score <input type="text"/>	1. Lucide 2. Apathique : ralentissement cérébral 3. Confus : perturbé, désorientation temporo - spatiale 4. Inconscient Score <input type="text"/>
MOBILITE-CAPACITE DE MOUVOIR SES MEMBRES-SPASTICITE 1. Totale (effective des changements de position majeurs et fréquents sans aide) 2. Diminuée : impossibilité de mouvoir 1 ou 2 membres (plâtre, paralysie, pertusion, drainage) ou présence de spasticité modérée 3. Très limitée : ne peut plus se retourner seul dans son lit ou présence de spasticité importante 4. Immobilité totale Score <input type="text"/>			
INCONTINENCE 1. Aucune (le patient porteur d'une sonde n'est pas incontinent) 2. Partois : si utilisation d'un étui pélerin et absence d'incontinence fécale = 2 3. Urinaire ou fécale 4. Urinaire et fécale Score <input type="text"/>			
Risque faible < 14 Risque moyen : 14 à 17 Risque intermédiaire : 18 à 22 Risque élevé : 23 à 26 Risque très élevé > 26 SCORE TOTAL :			

Support souhaité **Objectif du support**

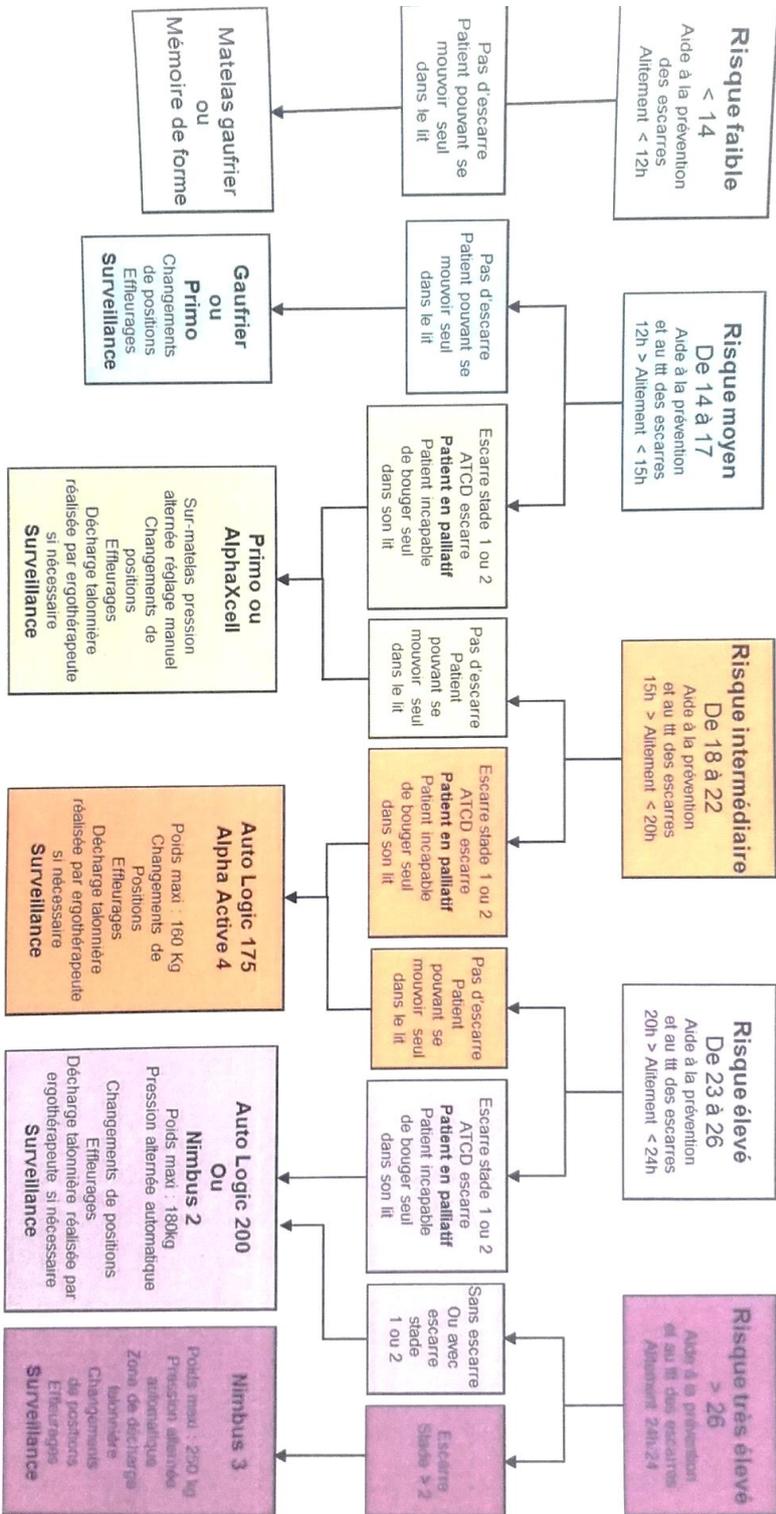
PRIMO Prévention
 ALPHAXCELL Traitement
 ALPHAACTIVE 4 Stabilisation
 AUTOLOGIC 175 Confort de fin de vie
 AUTOLOGIC 200
 COUSSIN air dynamique
 NIMBUS 3
 Nom et signature du médecin prescripteur : _____

Réception et traitement de la demande le à

Parc hospitalier Date/heure de livraison : _____
 Location N° biomédical : _____
 Surveillance 3 fois par 24h et réévaluation toutes les 24h avec une nouvelle échelle de Perse Date/heure de livraison : _____
 Nom de la personne ayant reçu la transmission : _____
 Date : _____ Heure : _____

Annexe 8 : Guide de choix de matelas basé sur le score de Perse

Guide de choix de matelas basé sur le score de Perse



Le choix du support se fait en fonction de l'objectif fixé avec le patient : prévention, traitement, stabilisation, confort de fin de vie .
 Le score de Perse doit être associé à votre jugement clinique .
 S'il n'y a pas de contre indication et que le positionnement du patient le permet, soyez sensible à la mise en place d'une décharge talonnière.
Afin d'assurer la continuité des soins entre le lit et le fauteuil, pensez à positionner un support adapté au fauteuil.

Annexe 9 : Outil d'enquête (Questionnaire)



Nous avons besoin de votre expérience, pour notre mémoire :

1) **Vous êtes :** **un homme** **Une femme**

2) **Votre profession :** **AS** **IDE** **IDEC**

3) **Votre établissement d'exercice :** **EHPAD** **SSIAD**

4) **Vous exercez dans votre fonction depuis :**

- Moins de 5 ans**
- Entre 5 et 10 ans**
- Entre 10 et 20 ans**
- Plus de 20 ans**

5) **Votre définition de l'altération de l'état cutané en 3 mots :**

1

2

3

6) Avez-vous un référent plaies et cicatrisations au sein de votre établissement ?

- Oui** **NON** Si oui quel est sa fonction ? _____

7) Avez-vous connaissance d'une formation spécifique, dispensée au sein de votre établissement ?

- Oui** **Non**

8) Par quel moyen signalez-vous une altération de l'état cutané ?

- Dossier patient**
- Transmissions orales**
- Appel téléphonique**
- Autre**

9) Utilisez-vous un outil de dépistage de l'AEC ?

- Echelle de Braden** **Echelle de Waterloo** **Autre**

10) Avez-vous un temps dédié pour échanger en équipe pluridisciplinaire autour d'un patient

- Oui** **Non** , si oui qui coordonne ce temps ? _____

11) Dans votre établissement (à votre connaissance), sont évalués et tracés :

- L'état nutritionnel du patient Oui Non
- Matériel de prévention : Oui Non
- Poids Oui Non
- Protocoles de prévention de l'AEC Oui Non
- Protocoles de prise en soins de l'AEC Oui Non

12) Selon vous quels sont les professionnels intégrés dans la prise en soins globale d'une AEC ?

- AS- ASND IDE IDEC Médecin traitant
- Médecin-coordonateur
- Ergothérapeute Diététicienne

13) Partagez-vous un temps commun de soins, IDE, AS, auprès d'un patient souffrant d'une AEC ?

- Oui Non

14) Avez-vous des commentaires ou des éléments à ajouter ?

RESUME / ABSTRACT

Résumé :

La prise en soin de l'altération de l'état cutané commence par l'identification des facteurs de risques. Ils déterminent la mise en œuvre des mesures de prévention et des protocoles thérapeutiques, pour lesquels les ressources matérielles et humaines sont déployées. L'analyse du questionnaire, auquel les professionnels de santé travaillant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et en service de soins à domicile ont participé, démontre une méconnaissance des moyens mis à disposition pour améliorer la qualité de la prise en soins. Nous préconisons une meilleure formation au repérage et une amélioration de la coordination des différents acteurs dans la prise en compte de la problématique. Le rôle de l'infirmière coordinatrice, garante des bonnes pratiques professionnelles, est majeur dans l'organisation de l'activité soignante et l'élaboration des plans de soins en collaboration avec l'équipe soignante, l'équipe pluridisciplinaire et les différents partenaires de la filière gériatrique. L'infirmière coordinatrice est le fil conducteur entre le soignant, le patient/résident et la famille. Alors seulement la prise en soin de l'altération de l'état cutané sera optimisée grâce au savoir, à la cohérence et au développement des compétences.

Abstract :

Taking into account of the deterioration of the skin condition begins with the identification of risk factors. They determine the implementation of preventive measures and therapeutic protocols, for which material and human resources are deployed. The analysis of the questionnaire, to which the health professionals working in retirement home for the elderly dependent and nursing home health service participated, demonstrates a lack of knowledge of the resources available to improve the quality of care. We advocate better training in locating and improving the coordination of the different actors in taking into account the problem. The role of coordinating nurse, guarantor of good professional practices, is major in the organization of the nursing activity and the development of care plans in collaboration with the health care team, the multidisciplinary team and the various partners of the community. geriatric pathway. IDEC (coordinating nurse) is the common thread between caregiver, patient / resident and family. The taking care of the deterioration of the skin condition will be optimized with knowledge, coherence and development of the competences.