

« Personnes handicapées hospitalisées : Éviter le sur-handicap »

Posture, installation et points de vigilance

18 Novembre 2014

Antoine CHICHOUX ergothérapeute SAMSAH Valmante



Surhandicap et facteurs environnementaux :

Le surhandicap est une aggravation d'un **handicap déjà existant**.

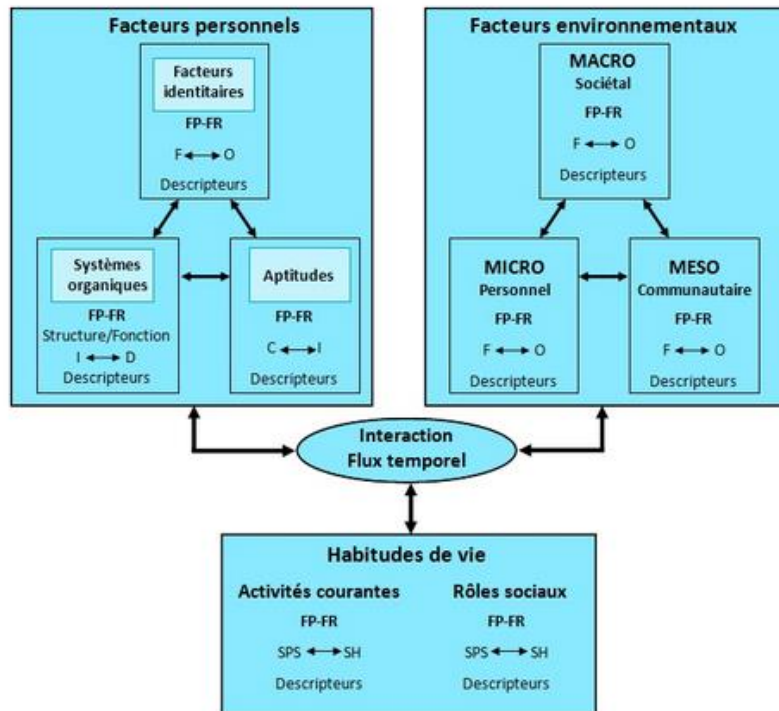
Dans le cadre d'une hospitalisation, cette situation est d'autant plus complexe à gérer du fait de la diversité des intervenants, de leur non connaissance de la situation, et des possibles troubles associés.



Conceptualisation du handicap :

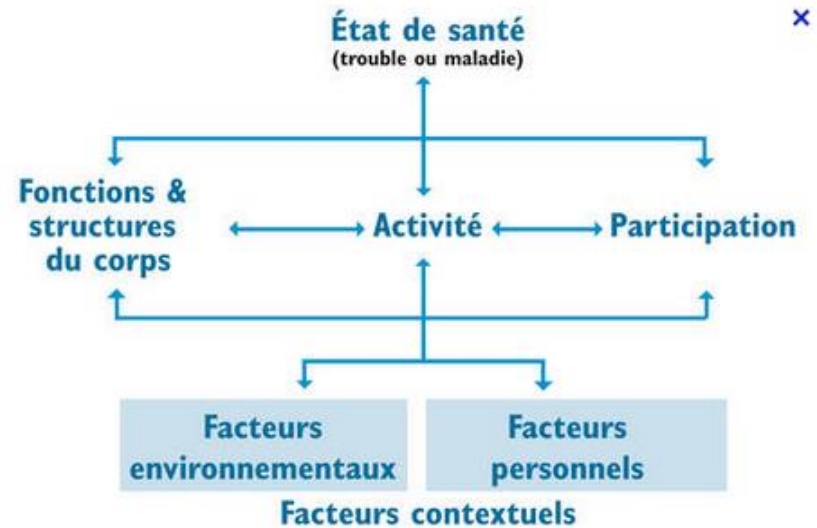
UNE VERSION BONIFIÉE DE LA COMPOSANTE PPH DU MDH-PPH (2010)

Modèle de développement humain
et Processus de production du handicap (MDH-PPH 2)
(Fougeyrollas, 2010)



Légende :
 FP-FR : Facteur protecteur-Facteur de risque
 F ↔ O : Facilitateur ↔ Obstacle
 I ↔ D : Intégrité ↔ Déficience
 C ↔ I : Capacité ↔ Incapacité
 SPS ↔ SH : Situation de participation sociale ↔ Situation de handicap

CIH-2 : La classification internationale des handicaps de l'OMS



Une personne, une installation, plusieurs regards :

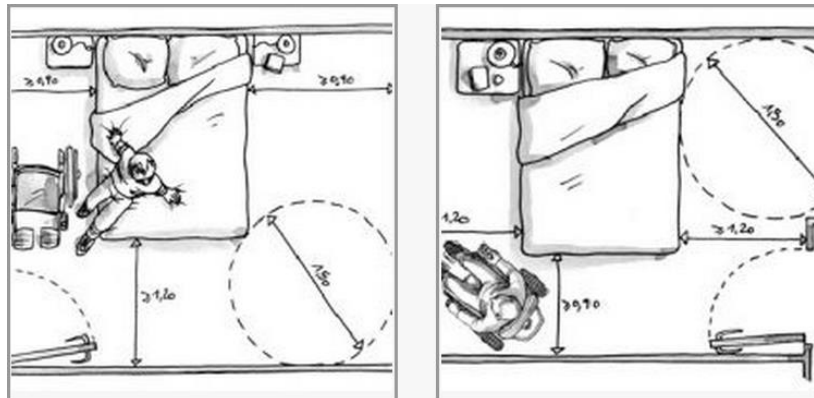
Quand une personne est hospitalisée, son positionnement est susceptible d'être modifié par de nombreuses personnes:

- La personne elle même
- Sa famille
- Les infirmières
- Les aides soignantes
- Les kinésithérapeutes
- Les médecins des différentes spécialités
- Les brancardiers
- Les ambulanciers
- Le personnel non soignant.



L'installation au lit: multidépendante

- Des déficiences de la personne
- De la pathologie de la personne et des contre indications ou indications qui en découlent
- De son risque d'escarre (évalué)
- De ses troubles associés (cognitifs, sensoriels...)
- De ses choix personnels
- De ses habitudes de vie au domicile
- De l'aménagement de la chambre



L'installation au lit: Les points à surveiller:

- Vérifier que le matelas de prévention escarre visco élastique est dans le bon sens.
- Vérifier que le réglage du matelas à air n'a pas été modifié.
- Vérifier que la contention (barrières de lit) a été pensée en équipe et protocolisée.
- Se poser la question de l'évaluation du risque d'escarre
- Quelles sont les possibilités d'interaction pour la personne avec son environnement?



Un principe de base: l'accès à l'environnement

-Appel malade

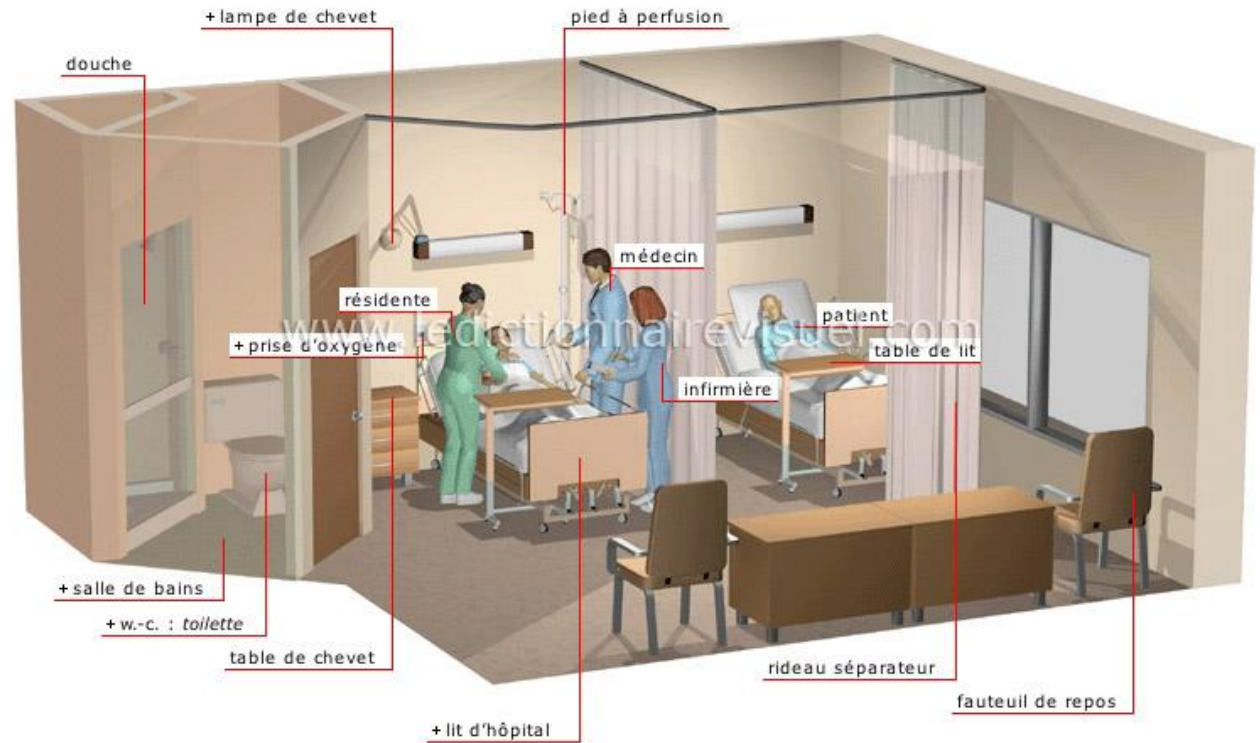
-Téléphone

-Eau

-Urinal

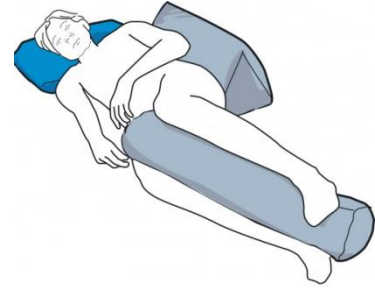
-Fauteuil roulant

-Tablette de communication



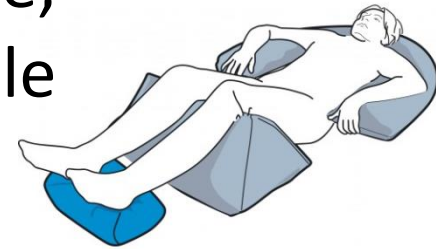
En cas de dépendance majeure :

-vérifier qu'un protocole de changement de position ou de positionnement a été mis en place, si oui est-il respecté? Est-il affiché?



-vérifier que la personne a accès à un système d'alarme adapté.

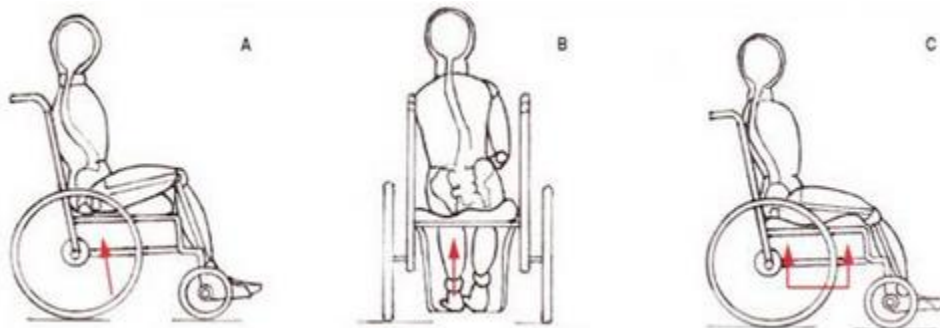
-si position vicieuse ou partie du corps dans le vide ou en contact avec une surface dure, prévenir l'équipe soignante et réévaluer le positionnement.



L'installation au fauteuil roulant:

Un fauteuil roulant est bien plus qu'un simple moyen auxiliaire à quatre roues permettant un déplacement autonome.

- Incidence directe sur la qualité de vie
- Incidence sur les activités de son utilisateur
- Nécessite toujours une adaptation ergonomique optimale.



Au fauteuil: Une installation optimale?

- Le patient se sent en **sécurité** et confortablement installé
- La position est **tolérable dans le temps**
- Elle entraîne le moins possible de **position vicieuse**
- Elle est endurante face à l'effet d'apesanteur : **évite l'affaissement**

Position « idéale »:

- tête et colonne vertébrale droite
- épaules même hauteur avec les bras appuyés
- hanches, genoux et chevilles 90°
- poids également réparti sur les 2 fesses
- pieds à plat



Au fauteuil: Les points de vigilance

- Si un matelas de prévention escarre est installé au lit, il faut vérifier qu'au fauteuil, le même type de prévention est mis en place, sinon la protection est inopérante.
- La personne est-elle bien assise au fond du fauteuil?
- Ses pieds sont-ils sur des cale-pieds?
- Le coussin de prévention escarre est-il bien dans le bon sens?
- L'inclinaison du dossier est-elle correcte, évite-t-elle que l'utilisateur ne glisse vers l'avant?



Prévenir les complications :

Deux complications majeures peuvent intervenir:

-Lésion ostéo-musculaires et articulaires:

-Troubles trophiques: « l'escarre »

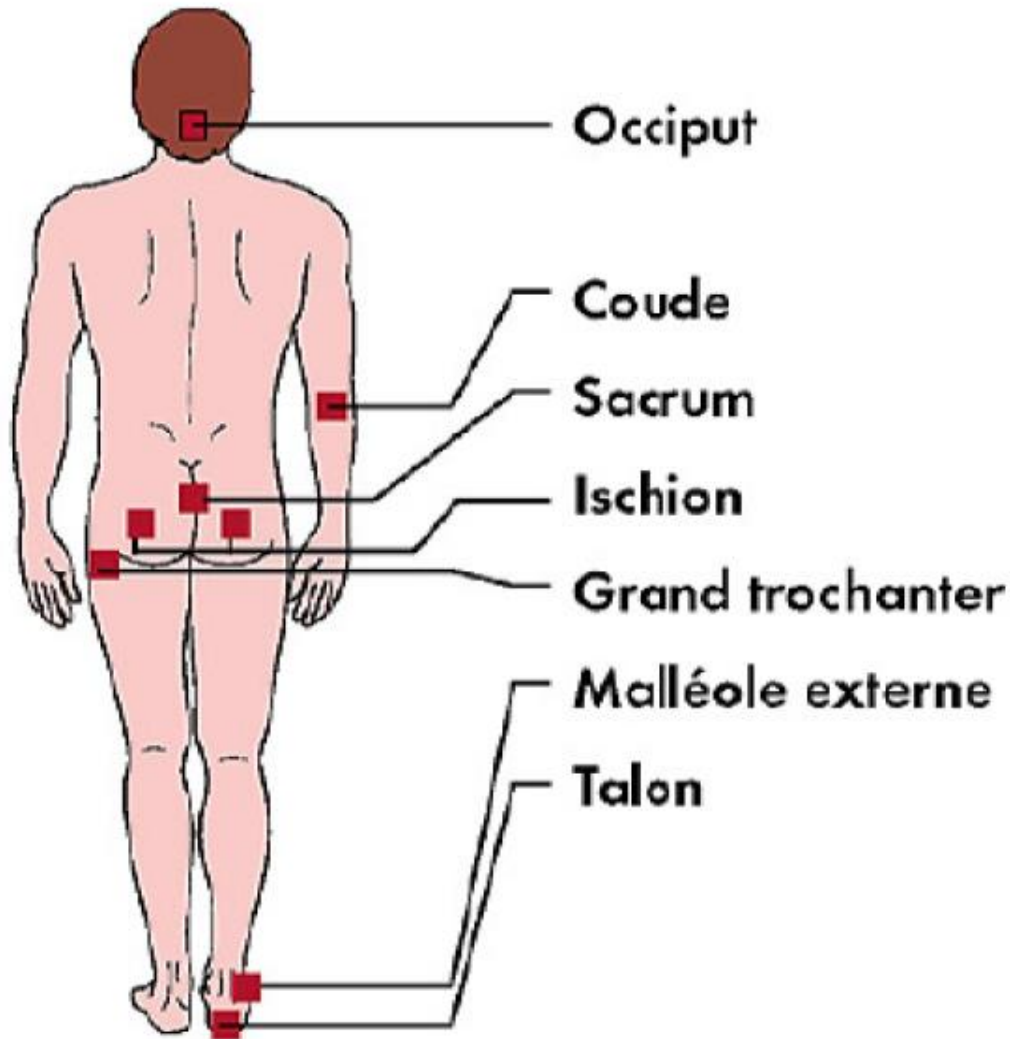
Une escarre peut apparaître en 15 minutes, mais il faut plusieurs semaines, voir plusieurs mois pour la traiter.

La plaie est définie selon la profondeur du dommage de la peau aux tissus sous-jacents.



Localisation des escarres:

Les régions fréquemment touchées par les plaies de pression.
(Arcand, M., Hébert, R., 1997, p. 326)



Les points de sur-pression:



Concentration de la pression sur le trochanter.



Cisaillement

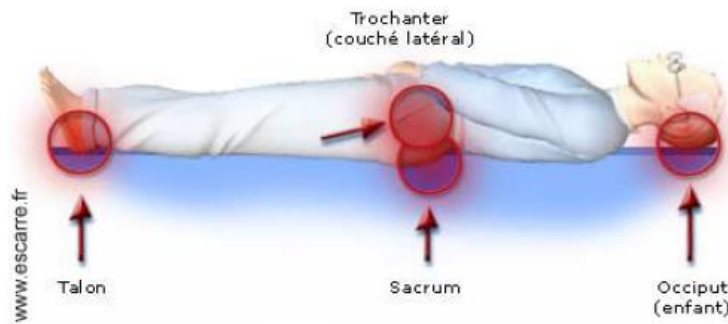
www.escarre.fr



sacrum



www.escarre.fr



Trochanter (couché latéral)

Talon

Sacrum

Occiput (enfant)

www.escarre.fr



Sacrum

Ischion

www.escarre.fr



ischion

www.escarre.fr



escarre du Trochanter

www.escarre.fr



Un échelle prédictive:

Echelle de BRADEN

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

≥ 18 : risque bas

13 à 17 : risque modéré

8 à 12 : risque élevé

≤ 7 : risque élevé

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



Les moyens de prévention :

Au fauteuil roulant:

- Push up
- Positionnement adapté
- Coussin d'assise

Au lit:

- Mobilisations
- Retournements et changements de position
- Favoriser l'utilisation des WC
- Surveiller l'alimentation et l'hydratation (surveiller le poids)
- Utiliser du matériel de prévention adapté



Le matériel de prévention :

Les surfaces statiques

À utiliser si le patient peut adopter lui-même diverses positions (sans s'appuyer sur sa lésion)

Les surfaces dynamiques

À utiliser si :

- Le patient ne peut adopter diverses positions
- Le patient, déjà sur un support statique, ne présente aucune amélioration de sa lésion après 2 à 4 semaines de soins optimaux
- Une lésion de pression qui stagne (chronique)



Le matériel de prévention :

Les coussins de prévention : composés de mousse de diverses densités si le patient à une bonne stabilité du tronc.

Les coussins de protection (classe IB) : composés de gel viscoélastique, de Zyprex ou d'Alova. Ils correspondent aux patients à risque modéré.

Les coussins anti-escarres (classe II) : à mémoire de forme ou à cellules pneumatiques ou en nid d'abeilles. Ils sont utilisés pour les patients à haut risque d'escarres.



Quelques aides au positionnement:

-Les cales de décubitus latéral



-Les bottes anti équin



-Les décharges talonnières



Conclusion:

